



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 12 OCT. 2016

Resolución S.B.S

Nº 5459 - 2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La comunicación presentada por La Positiva Vida Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 11 de julio y 28 de setiembre de 2016, por la cual solicita la modificación del producto "Seguro de Desgravamen en Grupo - Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° VI2077400142, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4222-2016;

CONSIDERANDO:

Que, mediante carta recibida con fecha 05 de julio de 2016, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Desgravamen en Grupo - Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° VI2077400142;

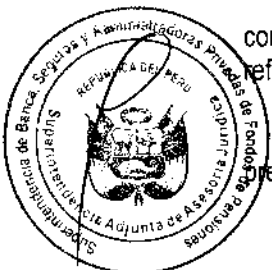
Que, a través de la Resolución SBS N° 4222-2016, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación de los modelos, las empresas no pueden emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

Que, tratándose de un seguro de desgravamen, no corresponde la aprobación de la condición mínima referida al derecho de arrepentimiento a que se refiere el artículo 41 de la Ley de seguros, en tanto no resulta aplicable al mencionado producto;

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento de Registro de Pólizas, y considerando que el





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de la condición mínima solicitada;

Que, la presente resolución modifica el artículo 10° del Condicionado General del producto "Seguro de Desgravamen en Grupo - Soles y Dólares", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4222-2016 de fecha 05 de agosto de 2016;

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, y el Reglamento de Registro de Pólizas;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación del artículo 10° del Condicionado General del producto "Seguro de Desgravamen en Grupo - Soles y Dólares", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 4222-2016 de fecha 05 de agosto de 2016, solicitada por la Compañía; conforme consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza del producto "Seguro de Desgravamen en Grupo - Soles y Dólares", incorporados en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Desgravamen en Grupo - Soles y Dólares" modificados, conjuntamente con la Resolución SBS N° 4222-2016 y la presente Resolución; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese

MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





ANEXO I
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAS

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD CONTRACTUAL:

(...)

7.2 La resolución deja sin efecto la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones existentes entre el Contratante, el Asegurado y la Aseguradora y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza o certificado de seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro. Dicha comunicación será dirigida al Contratante y/o Asegurado, respectivamente.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante o Asegurado, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que utilizó para contratar el seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia de DNI y vigencia de poder del apoderado.

En la fecha que se efectúe la resolución contractual, el Contratante o Asegurado deberá gestionar por escrito en las oficinas de la Aseguradora, salvo que el Comercializador informe al Asegurado lo contrario, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza similar. El reembolso requerido se podrá hacer efectivo en las oficinas de la Aseguradora o del Comercializador, luego de quince (15) días de efectuada la resolución contractual.

- c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá al Asegurado la revisión de las condiciones del seguro establecidas en el certificado de seguro en un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Asegurado, facultará a la Aseguradora a resolver el certificado de seguro mediante una comunicación dirigida al Contratante y Asegurado en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

El supuesto de resolución descrito en el presente literal también será aplicable con respecto al contrato de seguro, en caso que el Contratante incurra en reticencia o declaración inexacta sin dolo o culpa inexcusable. De ocurrir esto, dentro de los treinta (30) días indicado en el primer párrafo de este literal, la Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro al Contratante, quien deberá responder a los ajustes planteados por la Aseguradora dentro del plazo de diez (10) días -sin perjuicio de que el Asegurado también pueda ser informado de la propuesta por parte de la Aseguradora-, caso contrario la Aseguradora podrá resolver el contrato de seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente.

- d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante y/o Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 16 del presente condicionado general, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver la póliza o el certificado de seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- (i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- (ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
- (iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- (iv) La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales (i), (ii) y (iii) precedentes, La Aseguradora tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Contratante o Asegurado, según corresponda, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

Asimismo, en aquellas circunstancias en que se resuelva o extinga la póliza de seguro por decisión o, a consecuencia del incumplimiento de pago del Contratante, éste deberá informarlo a los Asegurados y ser responsable de cara a ellos por la falta de cobertura contratada¹.

1 20. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores (incluidos Bancaseguros), y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, la Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado por la cobertura contratada. Asimismo es responsable por los errores u





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En aquellos casos en que la resolución sea efectuada por la Aseguradora y El Contratante o Asegurado tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de la Aseguradora o del Comercializador, luego de quince (15) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución. En dicha comunicación también se precisará si el reembolso se realizará con la Aseguradora o el Comercializador. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro o del certificado de seguro, según corresponda, desde el momento que el Contratante celebra dicho contrato o desde que el Asegurado toma el seguro, respectivamente.

El contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, serán nulos en los siguientes supuestos:

- (i) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la celebración.
- (ii) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- (iii) Por reticencia y/o declaración inexacta si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso que esta causal sea incurrida por el Asegurado con respecto a la toma del seguro por parte suya, la nulidad afectará únicamente al certificado de seguro del cual dicho Asegurado es titular. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal mediante una notificación realizada por medio fehaciente, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.
- (iv) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año de duración del seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respondida en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

omisiones en que incurra el Comercializador sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o el beneficiario adicional al Comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza de seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido dirigidos a la Aseguradora. Así como los pagos efectuados por el Contratante y/o Asegurado y/o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a la Aseguradora.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- i. Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- ii. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.
- iii. Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- iv. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. PRIMA:

(...)

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro) al Contratante y Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima, plazo que no podrá ser menor a los 30 días antes mencionados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura, salvo lo dispuesto en el numeral 20 del presente condicionado general.

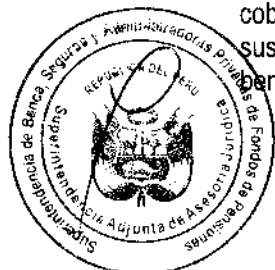
En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver la póliza o el certificado de seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante y/o Asegurado, según corresponda, con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza o el certificado de seguro por falta de pago de prima.

La Aseguradora remitirá la comunicación indicada en el párrafo precedente únicamente al Contratante si el incumplimiento le corresponde a este último y al Contratante y Asegurado si el incumplimiento de pago es del Asegurado. En este último supuesto, el plazo de treinta (30) días calendarios empezará a computarse desde la fecha en que el Asegurado reciba la comunicación remitida por la Aseguradora.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el certificado de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago.

Si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato o certificado de seguro queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante y/o Asegurado del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, y/o se indique el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura de seguro.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, sin que se haya suspendido la cobertura, la prima adeudada por el Contratante y/o Asegurado será deducida del beneficio correspondiente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Fallecimiento: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- c) DNI del Beneficiario Adicional, de haberlo.
- d) Historia clínica completa, foliada y fedateada.
- e) Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, se deberán presentar adicionalmente, según corresponda los siguientes documentos:

- a) Atestado o Informe Policial Completo.
- b) Protocolo de Necropsia.
- c) Dosaje Etílico, en caso de accidentes de tránsito; o,
- d) Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

En aquellos casos en que conforme a las condiciones particulares se otorgue el Beneficio Adicional, y sin embargo, no exista designación de Beneficiario Adicional, se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada o Declaratoria de **Herederos**.

Para la cobertura de invalidez total y permanente: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) DNI del Asegurado
- b) Historia Clínica del Asegurado completa, foliada y fedateada.
- c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.
- d) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente cuando corresponda deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas del Comercializador o de la Aseguradora cuya dirección se encuentra en las condiciones particulares, en un plazo no mayor a 360 días contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo de rechazo del siniestro, no obstante ello, en el supuesto que la presente póliza tenga contratada coberturas adicionales y las mismas incluyan el derecho de reducción a favor de la Aseguradora conforme a lo señalado en el artículo 70° de la Ley del Contrato de Seguro, la indemnización podrá ser reducida hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, en





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

caso que el Contratante, Asegurado o Beneficiario omite realizar el aviso del siniestro por culpa leve y se produzca con ello un perjuicio a La Aseguradora. Del mismo modo, perderá el derecho a ser indemnizado si es que la omisión se produjo de manera dolosa o con culpa inexcusable, dentro de los términos señalados en el artículo 72° de la mencionada Ley.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

Los teléfonos de la Aseguradora son 211-0-212, en la ciudad de Lima y 74-9001, en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Contratante o Beneficiario Adicional para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante o Beneficiario Adicional no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días calendario de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares y/o Asegurado, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario Adicional pueden pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado fuese igual o superior a 20 UIT.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

(...)

18.2 Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Aseguradora y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

La Aseguradora deberá proporcionar la información suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

