



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 09 de julio de 2015

OFICIO N° 25528-2015-SBS

Señor
Gerente General
**El Pacífico Peruano Suiza Compañía
de Seguros y Reaseguros**
Av. Juan de Arona N° 830, Piso 5
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 4037-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

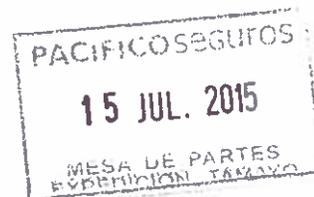
Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-3475



10:50am



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 09 JUL. 2015

Resolución S.B.S

N° 4037 - 2015

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por El Pacifico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero de 2014 y 16 de junio de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro Colectivo (Seguro Médico)", registrado con Código SBS N° AE0446400044 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

Que, mediante la Ley de Seguros, se dispuso que esta Superintendencia apruebe las condiciones mínimas de las pólizas de seguro que se comercialicen en el mercado peruano en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, a fin de brindar mayor protección a los usuarios del sistema;

Que, el Reglamento de Transparencia describe la facultad de esta Superintendencia para la aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas en las pólizas de seguro, así como para la determinación de cláusulas abusivas;

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento,





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.

b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.

c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.

e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.

f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en tomo a las primas pagadas.

g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.

h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.

j. Otras que determine la Superintendencia.

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas supervisadas;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de esta Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Seguro Colectivo (Seguro Médico)" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

Que, la Compañía ha manifestado mediante comunicación de fecha 16 de junio de 2015 que el presente producto será comercializado a través de corredores de seguros y dentro de los locales comerciales; por lo que no corresponde incluir la condición referida al derecho de arrepentimiento en el modelo de póliza de dicho producto, presentado para la aprobación de sus condiciones mínimas;

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; la Ley de Contratos de Seguro, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro Colectivo (Seguro Médico)", registrado con Código SBS N° AE0446400044 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de asistencia médica.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro Colectivo (Seguro Médico)", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro modificado, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Seguro Colectivo (Seguro Médico)", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de 60 (sesenta) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

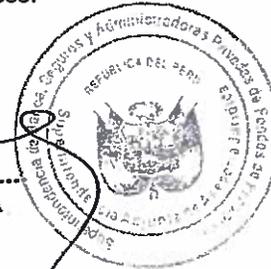
República del Perú

Artículo Cuarto.- La Compañía deberá informar a los contratantes de los seguros vigentes sobre los aspectos modificados por adecuación al nuevo marco normativo, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° de dicho Reglamento de Transparencia. Para tal efecto, se le otorga un plazo de 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese.



MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

Artículo N° 8

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que el PLAN DE SEGURO contemple dicho deducible, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades, precisándose que no existe plazo para el aviso del siniestro:

a) ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE PACIFICO SEGUROS)

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

Las formas de atención son las siguientes:

1) ATENCIÓN AMBULATORIA

Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado se pondrá en contacto con PACÍFICO SEGUROS para verificar el seguro y le cobrará al ASEGURADO solamente los montos a su cargo.

Las situaciones de EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA serán cubiertas al 100% sin COPAGO y/o COASEGURO según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES.

2) ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado su documento de identidad o carnet de ASEGURADO. El PROVEEDOR MÉDICO AFILIADO solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS con un mínimo de tres días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia. La Carta de Garantía es la autorización escrita que PACÍFICO SEGUROS otorga al centro de SALUD para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el DIAGNÓSTICO presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

Siempre y cuando la atención hospitalaria y/o quirúrgica esté cubierta, PACÍFICO SEGUROS otorgará la carta de garantía solicitada por el proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

3) ATENCIÓN EN CENTROSALUD

El ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita médica.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

4) CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD

La cobertura se inicia luego de realizada la primera CONSULTA en el CENTROSALUD o en la Clínica San Borja, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita.

El ingreso al programa estará sujeto a la evaluación médica y aceptación de PACÍFICO SEGUROS.

5) ATENCIÓN A DOMICILIO

• ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS.

• ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS y está sujeto a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO.

Bajo este sistema el ASEGURADO pagará solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza, salvo cuando se trate de atención médica por situaciones de emergencia en los que no se cobrará COPAGO ni COASEGURO alguno.

b) ATENCIÓN A REEMBOLSO (FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS)

En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de PACÍFICO SEGUROS indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a PACÍFICO SEGUROS el REEMBOLSO correspondiente de los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al TARIFARIO PACÍFICO y hasta los límites máximos ahí señalados.

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, en la página web de PACÍFICO SEGUROS:

www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS al número de teléfono señalado en las CONDICIONES PARTICULARES.

Todos los gastos ambulatorios y/u hospitalarios serán pagados por el ASEGURADO, quien luego deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS dentro de los 90 días calendarios posteriores a la atención, la siguiente documentación:

- SOLICITUD DE REEMBOLSO por la atención médica con la información completa y suscrita por el médico tratante.
- Original de la factura o recibo por honorarios profesionales del médico tratante.
- Original de la receta prescrita por el médico tratante.
- Original de la factura de farmacia a nombre de PACIFICO SEGUROS.
- Original de la orden de exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes y patología, entre otros).
- Original de la factura del laboratorio y proveedor de procedimientos.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Copia de resultados de todos los exámenes auxiliares (análisis, radiografías y exámenes especializados, entre otros).
- Fotocopia de REPORTE OPERATORIO, en caso de intervención quirúrgica.
- Copia de resultado de anatomía patológica, si hubo patología.
- Copia de EPICRISIS en caso de internamiento.

PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de solicitar al ASEGURADO que presente un Informe Médico ampliatorio, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de SALUD y facilite la atención de la SOLICITUD DE REEMBOLSO, lo que realizará dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene para consentir el siniestro, es decir aprobarlo o rechazarlo.

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de El PACIFICO-PERUANO SUIZA Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC N°20100035392. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del ASEGURADO. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

Presentada esta documentación y encontrada conforme por PACÍFICO SEGUROS, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido según el TARIFARIO PACIFICO, dentro de los 30 días calendario de consentido el siniestro.

El REEMBOLSO referido no se realizará por la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, sino por el porcentaje señalado en la TABLA DE BENEFICIOS y sobre la base de los montos máximos señalados en el TARIFARIO PACIFICO.

Artículo 17°

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

- Las ENFERMEDADES preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el periodo inmediato anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo. Lo establecido aplica aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. La nueva póliza podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.
- La(s) PREEXISTENCIA(s) deberá(n) ser declarada(s) por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS está autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros los antecedentes médicos y los alcances de su seguro anterior, a fin de otorgar la continuidad de la cobertura.
- En todo lo no establecido en la presente condición se aplicará lo dispuesto por la Ley 28770, la Ley 29946 y la Resolución SBS N° 3203-2013 o normas que las sustituyan y/o modifiquen.

Artículo 19°

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro, usando los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES.
- b) El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.
- c) EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.
- d) Si el CONTRATANTE no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.
- e) PACÍFICO SEGUROS entregará al CONTRATANTE la documentación suficiente y éste deberá poner en conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato de seguro.

Artículo 21°

INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro, ya sea del contrato de seguro o del certificado de seguro, se suspende automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

Antes del vencimiento de dicho plazo, PACÍFICO SEGUROS deberá comunicar de manera cierta al CONTRATANTE o al ASEGURADO, a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión del contrato de seguro o del certificado de seguro, respectivamente, como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. En dicha comunicación se indicará el plazo que dispone el CONTRATANTE o ASEGURADO para pagar la prima antes de la suspensión automática del contrato de seguro o del certificado de seguro.

La suspensión del contrato de seguro o del certificado de seguro no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

PACÍFICO SEGUROS no será responsable por los SINIESTROS ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver el contrato de seguro o el certificado de seguro cuya prima se encuentre impaga. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE o al ASEGURADO, según corresponda, con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro o el certificado de seguro por falta de pago de la prima.

En los casos en los que el CONTRATANTE sea el obligado al pago de la prima, procederá la suspensión y/o resolución del contrato de seguro directamente contra este, siguiendo el procedimiento de suspensión y resolución descritas líneas arriba.



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso PACÍFICO SEGUROS no reclame el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para pagar la prima se entiende que el contrato se extinguió. Esta disposición operará inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago. PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima devengada.

Artículo 25°

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, desde el momento de su celebración, por cualquier causal existente a ese momento.

La Póliza o el certificado de seguro serán nulos por las siguientes causales:

- a) Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o certificado de seguro al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.
- b) Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato o certificado de seguro se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) Retención y/o declaración inexacta, si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE o del ASEGURADO de circunstancia(s) por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de retención y/o declaración inexacta de un ASEGURADO será nulo sólo su certificado de seguro, manteniéndose vigente el contrato de seguro. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACÍFICO SEGUROS, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la retención o declaración inexacta.

Finalmente, en el caso de nulidad del Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS comunicará al CONTRATANTE sobre dicha nulidad, sin perjuicio de la comunicación realizada al ASEGURADO. En caso se produjera la nulidad del Contrato de Seguro, el CONTRATANTE será el encargado de comunicar este hecho a los ASEGURADOS, luego de recibir la comunicación de PACÍFICO SEGUROS.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza o del Certificado de Seguro por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada mediante abono en la cuenta bancaria del CONTRATANTE o ASEGURADO señalada en la solicitud o mediante pago directo. En el caso de nulidad por retención y/o declaración inexacta del CONTRATANTE o ASEGURADO, las primas pagadas quedan adquiridas por PACÍFICO SEGUROS, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Artículo 26°

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y DEL CERTIFICADO DEL SEGURO

La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro y/o el Certificado de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza.

La resolución puede darse:

- a) Sin expresión de causa:





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato. El ASEGURADO podrá solicitar también su desvinculación del contrato de seguro, siguiendo el mismo procedimiento señalado a continuación.

El contrato o el certificado de seguro se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que se reciba la comunicación escrita informándose sobre esta decisión, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza.

En el caso que quien solicite la resolución sea el CONTRATANTE, él será el encargado de comunicar su decisión directamente y por escrito a los ASEGURADOS, debiendo dar constancia por escrito de ello a PACIFICO SEGUROS.

Efectos sobre la prima

El CONTRATANTE o ASEGURADO tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, lo que se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria que el CONTRATANTE o ASEGURADO indique en la Solicitud de Seguro, o mediante pago directo. La devolución de las primas pagadas no se encontrará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución anticipada del contrato.

b) Por incumplimiento de obligaciones

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro podrá ser solicitada por PACIFICO SEGUROS, en caso de presentarse cualquiera de las causales señaladas a continuación:

i. Por falta de pago de la prima

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza o el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro, en caso sea el CONTRATANTE el obligado al pago de la prima, o el Certificado de Seguro, en caso sea el ASEGURADO el obligado al pago de la prima, se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO, según corresponda, reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

ii. Por agravación del riesgo

PACIFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que ésta fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE, según lo establecido en el artículo precedente sobre AGRAVACION DEL RIESGO - DEBER DE INFORMAR, de estas CONDICIONES GENERALES.

Este supuesto y lo regulado aplica también para el ASEGURADO, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.

iii. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

Este supuesto y lo regulado en el artículo sobre SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO de las presentes Condiciones Generales aplica también para el ASEGURADO, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- iv. Por la falta de aceptación del CONTRATANTE al ajuste de primas y/o de coberturas propuesto por PACIFICO SEGUROS en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del CONTRATANTE.

Este supuesto y lo regulado sobre el mismo en la Póliza, aplica también para el ASEGURADO, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.

En cualquiera de los supuestos señalados en los numerales i, ii, iii y iv, precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE o al ASEGURADO según corresponda, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. El Contrato de Seguro y/o el Certificado de Seguro se considerarán resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE o el ASEGURADO, reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión. En el caso de resolución de un Certificado de Seguro, PACIFICO SEGUROS comunicará al CONTRATANTE sobre su resolución, sin perjuicio de la comunicación realizada al ASEGURADO.

Efectos sobre la prima

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata si se producen los supuestos señalados en los literales precedentes, según corresponda, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En el caso que corresponda devolución de prima por el periodo no cubierto el CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada, lo que se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria que el CONTRATANTE o ASEGURADO indiquen o mediante pago directo. El mismo derecho y procedimiento para la devolución de la prima tendrá el ASEGURADO, en el caso que se le haya trasladado la responsabilidad del pago de la prima.

Artículo 35°

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

Una vez producido el SINIESTRO, las partes podrán acordar el sometimiento a arbitraje, debiendo acordarlo en forma expresa y siempre que el monto de lo reclamado sea igual o superior a 20 UIT.

Asimismo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también podrá acudir a entidades como la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones - SBS, o al INDECOPI a presentar sus consultas, denuncias o reclamos, según corresponda, además de lo señalado en el artículo siguiente sobre la DEFENSORIA DEL ASEGURADO.

