



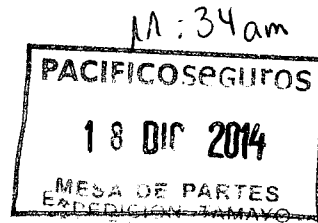
**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 12 de diciembre de 2014

**OFICIO N° 45427-2014-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° 8231-2014 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

**MARCO OJEDA PACHECO**  
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-3483



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP  
República del Perú

Lima, 12 DIC. 2014

## *Resolución S.B.S*

*N° 8231-2014*

### *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 y 27 de noviembre de 2014, 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 Multimedic (Seguro Médico)-Dólares", registrado con Código SBS N° AE0446420005 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 relacionadas a los siguientes aspectos:





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- 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, 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 torno 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, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.
- 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;





**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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;

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Seguro Multimedic (Seguro Médico)- Dólares" 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 que el producto "Seguro Multimedic (Seguro Médico)- Dólares" no será comercializado, 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 Multimedic (Seguro Médico)- Dólares", registrado con Código SBS N° AE0446420005 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 Multimedic (Seguro Médico)- Dólares", 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".





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**Artículo Tercero.-** La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Seguro Multimedic (Seguro Médico)-Dólares", 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.

**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 GUILLÉN RISPA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO Nº 1**

**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**Artículo 9º**

**PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ**

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, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

a) **ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE PACÍFICO 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:

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.

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.

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





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y en la TABLA DE BENEFICIOS. No hay necesidad de efectuar el aviso del siniestro pero deberá cumplirse con el plazo más abajo señalado para presentar los documentos del siniestro.

No se aplicará el derecho de reducción que tiene la COMPAÑÍA por aviso extemporáneo.

Se reconocerán los gastos por reembolso hasta el límite máximo señalado en dicho TARIFARIO PACÍFICO.

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.
- Original de la receta prescrita por el médico tratante.
- Original de la factura de farmacia.
- Original de la orden de exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes y patología, entre otros).
- Original de la factura del laboratorio y proveedor de procedimientos.
- 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, el que será solicitado dentro del plazo señalado a continuación. Cualquier información adicional sobre la salud del ASEGURADO que requiera PACÍFICO SEGUROS será solicitado dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de El PACÍFICO-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 la documentación y encontrada conforme por PACÍFICO SEGUROS, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido según el TARIFARIO PACÍFICO, dentro del





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú  
plazo de treinta (30) días de consentido el siniestro. El REEMBOLSO referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

### **Artículo 10º PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO**

En caso de requerir atención médica en el extranjero, el ASEGURADO podrá solicitar el reembolso de sus gastos, ya sea por atención ambulatoria y/u hospitalaria, según lo señalado a continuación.

El seguro se otorgará conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL.

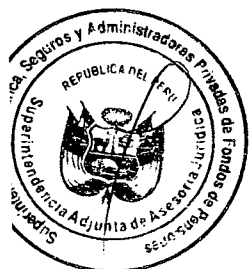
- a) ATENCION A REEMBOLSO (atención ambulatoria y/u hospitalaria, que no sea atención por emergencia)  
El ASEGURADO deberá atenderse mediante la modalidad de REEMBOLSO, en cuyo caso asume el total de los gastos. PACÍFICO SEGUROS reembolsará los gastos cubiertos pagados por el ASEGURADO según la definición de GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO de acuerdo a lo establecido en el GLOSARIO y en las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS.

No hay necesidad de efectuar el aviso del siniestro pero deberá cumplirse con el plazo más abajo señalado para presentar los documentos del siniestro.

No se aplicará el derecho de reducción que tiene la COMPAÑÍA por aviso extemporáneo.

El ASEGURADO después de pagar directamente los servicios y honorarios, deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS, dentro de los 90 días calendarios siguientes, la SOLICITUD DE REEMBOLSO, adjuntando toda la documentación sustentatoria de los gastos, facturas, vouchers de pago, boletas, resultado de exámenes o cualquier documento que sustituya su utilización, de acuerdo a la legislación del país en que se haya efectuado la atención médica, así como, en su caso, el informe médico ampliatorio de ser requerido. Se precisa que de conformidad con lo establecido en el artículo 11º de la Res. SBS N°3202-2013, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, dicho informe médico ampliatorio así como cualquier otra información o documentación respecto de la documentación e información requerida presentada por el ASEGURADO será solicitado dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.

- b) ATENCIÓN POR EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O EMERGENCIA ACCIDENTAL  
En caso que el ASEGURADO se encuentre de viaje en el extranjero y requiera una atención médica por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL, podrá acudir al centro médico de su preferencia y luego solicitar el reembolso siguiendo el procedimiento establecido en el literal a) precedente.







## **SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

### **Artículo 21º**

#### **PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS**

- a) 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.
- b) 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 esta se encuentra 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.
- c) 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 23º**

#### **MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**

- 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.





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

### **Artículo 25° INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS**

Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del 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 y/o al ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión de la cobertura del seguro como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. En dicha comunicación se indicará el plazo que dispone el CONTRATANTE y/o ASEGURADO para pagar la prima antes de la suspensión automática de la cobertura del seguro.

La suspensión de la cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/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 la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

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.

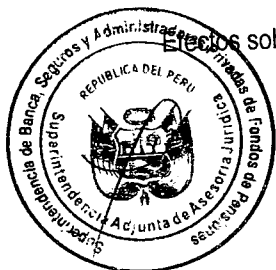
### **Artículo 29° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración.

La Póliza es nula por las siguientes causales:

- a) Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o 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 se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) Reticencia y/o declaración inexacta, si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Efectos sobre la prima





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de nulidad de la Póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima acordada para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

### Artículo 30° RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

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 a PACÍFICO SEGUROS.

El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que PACÍFICO SEGUROS reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión, la misma que podrá ser enviada por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, precisándose que el CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para desvincularse de éstos.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta del ASEGURADO, será el obligado a comunicar por escrito a éste sobre la resolución del contrato, dejando constancia de ello frente a PACÍFICO SEGUROS.

En el caso que el CONTRATANTE solicite la terminación del Contrato, ello no afectará a cualquier SINIESTRO originado durante la vigencia de la Póliza, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:

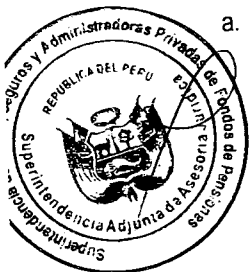
- a) En caso de encontrarse hospitalizado, al término de la HOSPITALIZACIÓN.
- b) En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de terminación de la Póliza.

Efecto sobre la prima  
El CONTRATANTE tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, sin que se le aplique penalidades ni cobros adicionales, lo que se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria del CONTRATANTE señalada en la solicitud o mediante pago directo.

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

a. Por falta de pago de la prima





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE 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.

- b. Por agravación del riesgo  
PACÍFICO 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 o el ASEGURADO, según lo establecido en el artículo precedente sobre AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR, de estas CONDICIONES GENERALES.
- c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta. En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO se pierde el derecho a ser indemnizado.
- d. 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 y/o del ASEGURADO.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) y d) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en la Solicitud de Seguro. El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

Efectos sobre la prima

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

### Artículo 39°

#### 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, 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.

