

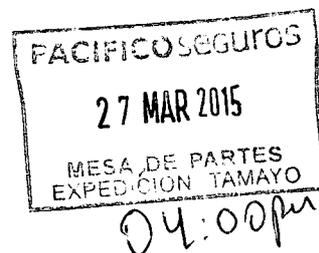


**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**  
República del Perú

Lima, 25 de marzo de 2015

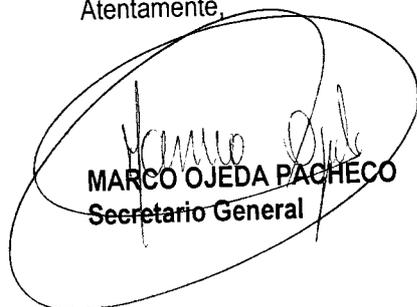
**OFICIO N° 10703-2015-SBS**

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° 1880-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

  
**MARCO OJEDA PACHECO**  
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-3492



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 25 MAR. 2015

*Resolución S.B.S*

*N° 1880-2015*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTOS:**

La solicitud presentada por Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero de 2014 y 12 de marzo 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 de Salud Total - Dólares (Ex-Medic Vida Nacional)", registrado con Código SBS N° AE0446420002 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





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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, 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.
- 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





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú  
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;

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Seguro de Salud Total - Dólares (Ex-Medic Vida Nacional)" 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;

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 de Salud Total - Dólares (Ex-Medic Vida Nacional)", registrado con Código SBS N° AE0446420002 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 de Salud Total - Dólares (Ex-Medic Vida





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

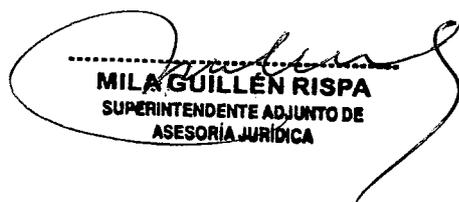
Nacional)", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

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 de Salud Total - Dólares (Ex-Medic Vida Nacional)", 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 N° 1**  
**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**CONDICIONES GENERALES**

(...)

**Artículo 10°**

**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:

**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:

**1) ATENCIÓN AMBULATORIA**

Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo 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. Incluye cirugía ambulatoria, sin hospitalización.

**2) ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA**

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo 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.





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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) ATENCION EN CENTROSALUD**

El ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita médica, llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS. Luego el ASEGURADO deberá acercarse en la fecha que se le señalará con su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO.

**4) PROGRAMA SIEMPRE SANO**

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, llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, indicando su número de documento de identidad.

**5) ATENCIÓN MEDICA 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 o en las CONDICIONES PARTICULARES. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS. Al presentarse el médico en el domicilio del ASEGURADO éste solo deberá presentar su documento de identidad.
- **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 o en las CONDICIONES PARTICULARES. 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. Al presentarse el médico en el domicilio del ASEGURADO éste solo deberá presentar su documento de identidad.

**b) ATENCIÓN A REEMBOLSO (PARA ATENCION AMBULATORIA U HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA 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 luego podrá solicitar a PACÍFICO SEGUROS el REEMBOLSO correspondiente a los gastos cubiertos,





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

los que serán liquidados de acuerdo al TARIFARIO PACÍFICO, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y en la TABLA DE BENEFICIOS.  
Se reconocerán los gastos por reembolso hasta el límite máximo señalado en dicho TARIFARIO PACÍFICO.

El ASEGURADO deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS dentro de los 90 días calendarios posteriores a la atención, la siguiente documentación, según corresponda:

- 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, el cual será requerido, en caso requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene PACIFICO SEGUROS para pronunciarse sobre el siniestro.

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 de aprobado o consentido el siniestro, siguiendo el procedimiento establecido en el literal e) del artículo 29° de estas CONDICIONES GENERALES. El REEMBOLSO referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO de conformidad con lo indicado en el Tarifario Pacifico.

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.

### c) OTROS PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE COBERTURA

Para las siguientes coberturas, el ASEGURADO deberá tener en cuenta lo siguiente:

#### ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS (ATENCIÓN AL CRÉDITO O REEMBOLSO)





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

República del Perú  
PACÍFICO SEGUROS, luego de haber recibido el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica (UCO) para tener una reunión de orientación.

### **TRANSPORTE POR EVACUACIÓN (ATENCIÓN AL CREDITO)**

Se deberá presentar a PACIFICO SEGUROS el informe del médico tratante, si es que fuera solicitado en el momento en que se efectúen las coordinaciones entre los médicos, según lo señalado en el acápite correspondiente a esta cobertura en el artículo COBERTURA, precedente. La llamada de coordinación entre el médico tratante y PACIFICO SEGUROS se realizará al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

### **SEPELIO (ATENCION AL CREDITO Y POR REEMBOLSO)**

Se otorga solicitándolo directamente a los proveedores funerarios señalados en la TABLA DE BENEFICIOS, o llamando al teléfono señalado en dicha tabla, a elección del ASEGURADO. Se debe entregar el original del acta de defunción del ASEGURADO, en original, al proveedor funerario.

En caso se tramite vía reembolso, se deberá entregar a PACIFICO SEGUROS los siguientes documentos:

- 1) Original del Acta de Defunción del ASEGURADO.
- 2) Comprobante de pago que acredite el gasto funerario.

### **LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR**

Se deberá presentar a PACIFICO SEGUROS, en original, la partida de defunción del ASEGURADO.

(...)

#### **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 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.





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**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 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.

(...)

**Artículo 25º  
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 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 periodo 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 pierde el derecho al cobro de la prima devengada.





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

(...)

**Artículo 28º  
INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS**

(...)

- d) Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague al ASEGURADO bajo la forma de REEMBOLSO, PACÍFICO SEGUROS, tendrá un plazo de 30 días calendarios contados desde que recibió la documentación e información completa exigida en la Póliza para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del SINIESTRO.

Si PACÍFICO SEGUROS requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de haber recibido dicha documentación.

Si PACÍFICO SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo de los treinta (30) días calendarios antes indicados se entenderá que el SINIESTRO ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al SINIESTRO, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

Consentido el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización, en caso de pago directo al ASEGURADO.

**Artículo 29º  
NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro (desde el momento de su celebración) 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. 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 reticencia o declaración inexacta.

**Efectos sobre la prima**

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





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

República del Perú

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 éste el obligado a comunicar por escrito al ASEGURADO sobre la resolución del contrato, dejando constancia de ello frente a PACIFICO SEGUROS.

En el caso que el CONTRATANTE solicite la resolución 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 resolución 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

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





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú  
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 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 las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. 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 si se producen los supuestos señalados en los literales precedentes, según corresponda, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En caso que proceda devolución de prima, ésta 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.

(...)

### 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.





**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

(...)

**Artículo 43º**

**DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En la oferta de seguros efectuada por los comercializadores, incluyendo la banca seguros, el CONTRATANTE tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional, debiendo PACÍFICO SEGUROS devolver el monto de la prima recibida.

El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o utilizando el mismo medio de comunicación por el que contrató, la Póliza, para informar sobre el ejercicio de su derecho. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

**ANEXO A LA PÓLIZA SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL**  
**CONDICIONES DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y DEL VIAJERO EN EL EXTRANJERO**

(...)

**ARTICULO IV.- OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO / PROCEDIMIENTOS**

(...)

**4.2. FALTA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO**

- a) Si se presenta un daño corporal que tenga por resultado la hospitalización del Beneficiario antes de poder notificar a "AXA ASSISTANCE", el Beneficiario o su representante, tan pronto como sea posible, deberán contactarse con la Central de Alarma de "AXA ASSISTANCE", dentro de los siete (7) días siguientes de terminada la hospitalización.

El incumplimiento del plazo antes señalado por el Beneficiario, no constituyen causal del rechazo del siniestro, pero "AXA ASSISTANCE" podrán reducir el beneficio hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro por parte de "AXA ASSISTANCE", con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.





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

República del Perú

Cuando el Beneficiario pruebe su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que incurra el beneficiario, en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a "AXA ASSISTANCE".

En caso de culpa inexcusable del beneficiario, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro a "AXA ASSISTANCE", no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la "AXA ASSISTANCE" ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

