



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

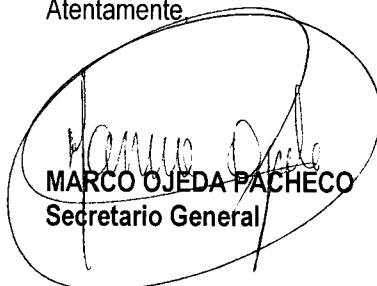
Lima, 09 de abril de 2015

**OFICIO N° 12331-2015-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° 2125-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

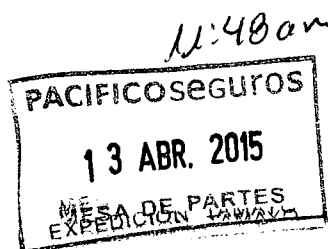
Atentamente

  
**MARCO OJEDA PACHECO**  
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-3479





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 09 ABR. 2015

*Resolución S.B.S*

*N° 2125-2015*

*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 23 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 "Enfermedades y Accidentes Graves (Seguro Médico) - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0446420008 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





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 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 en su caso, en cualquier momento, volver a 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 "Enfermedades y Accidentes Graves (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;

En lo que se refiere al derecho de reducción contemplado en el artículo 70 de la Ley del Contrato de Seguro, la compañía ha manifestado, mediante comunicación de fecha 23 de marzo de 2015, su decisión de no aplicar la facultad contemplada en el precitado artículo, para los supuestos de aviso extemporáneo del siniestro, por lo que en dicho caso, la Compañía efectuará el pago de la indemnización sin descuento alguno por dicho concepto;

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 "Enfermedades y Accidentes Graves (Seguro Médico) - Dólares", registrado con Código SBS N° AE0446420008 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 "Enfermedades y Accidentes Graves (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".

**Artículo Tercero.-** La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Enfermedades y Accidentes Graves (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.






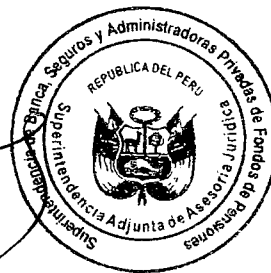
**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

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 GUILLÉN RISPA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORIA JURÍDICA





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

## ANEXO Nº 1

### CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

#### Artículo 10º

#### PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

##### 10.1 PARA EL TRATAMIENTO Y CIRUGIA DE CANCER:

Requisitos para activar la cobertura

- a) Presentar a PACIFICO SEGUROS en original el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista.
- b) Presentar a PACIFICO SEGUROS la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados.

#### I. EN EL PERU:

EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, luego de haber cumplido con los requisitos indicados en este artículo, podrán hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza debiendo cumplir con el siguiente procedimiento:

##### BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO:

- a) PACIFICO SEGUROS, luego de haber recibido el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica para tener una reunión de orientación, o en caso de impedimento del ASEGURADO, la orientación se podrá realizar telefónicamente. La información de contacto se señalará en la Tabla de Beneficios que recibirá EL ASEGURADO. PACIFICO SEGUROS orientará a EL ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores, limitaciones exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza.
- b) De activarse la Póliza, EL ASEGURADO podrá iniciar su tratamiento oncológico, según lo establecido en la Tabla de Beneficios, inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores; quienes presentarán a PACIFICO SEGUROS la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante.
- d) La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por PACIFICO SEGUROS.
- e) Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.





# SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

## BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO:

En el caso que las Condiciones Particulares establezcan este sistema de atención, y haya sido autorizado por PACIFICO SEGUROS, el ASEGURADO deberá cumplir con lo establecido en el literal b) del artículo referido a la LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS de estas CONDICIONES GENERALES.

Para la autorización referida precedentemente, se requiere que el ASEGURADO se comunique con PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, siendo necesario que primero se haya activado la póliza. PACIFICO SEGUROS en un plazo no mayor de quince (15) días comunicará su rechazo o aprobación al uso de este sistema de atención. Se precisa que el rechazo se producirá solo en caso que la cobertura pueda ser brindada dentro de la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE PACÍFICO.

## II. EN EL EXTRANJERO:

EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, luego de haber cumplido con los requisitos indicados en este artículo, deberán comunicarse previamente con PACIFICO SEGUROS para pasar por el proceso de pre-certificación como requisito adicional previo para hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, debiendo cumplir el siguiente procedimiento:

### BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO

Si el ASEGURADO requiere una atención por la enfermedad de cáncer programada en el extranjero, deberá comunicarse con PACIFICO SEGUROS de preferencia con al menos diez (10) días hábiles de anticipación, lo que permitirá obtener las mejores condiciones posibles de atención.

El proceso de pre-certificación consta de los siguientes tres pasos:

- 1) EL ASEGURADO deberá comunicarse con PACIFICO SEGUROS.
- 2) PACIFICO SEGUROS entregará al ASEGURADO una carta de pre-certificación dirigida al centro de salud autorizando la atención requerida, en el caso de encontrarse con cobertura.
- 3) EL ASEGURADO deberá acudir al centro de salud con la carta de pre-certificación emitida por PACIFICO SEGUROS.

### BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

En el caso que las Condiciones Particulares establezcan este sistema de atención, y haya sido autorizado por PACIFICO SEGUROS, el ASEGURADO deberá cumplir con lo establecido en el literal b) del artículo referido a la LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS de estas CONDICIONES GENERALES.

Para la autorización referida precedentemente, se requiere que el ASEGURADO se comunique con PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, siendo necesario que primero se haya activado la póliza. PACIFICO SEGUROS en un plazo no mayor de quince (15) días





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

República del Perú

comunicará su rechazo o aprobación al uso de este sistema de atención. Se precisa que el rechazo se producirá solo en caso que la cobertura pueda ser brindada dentro de la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE PACÍFICO.

### **10.2 PROCEDIMIENTO PARA LAS DEMAS COBERTURAS DE LA POLIZA**

#### **I. EN EL PERU**

##### **BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO**

- a) En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores; presentando a PACIFICO SEGUROS la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante.
- b) La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por PACIFICO SEGUROS.
- c) Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.
- d) En los casos que no se requiera una carta de garantía, el ASEGURADO sólo deberá acercarse al proveedor médico de la red señalada en las Condiciones Particulares.

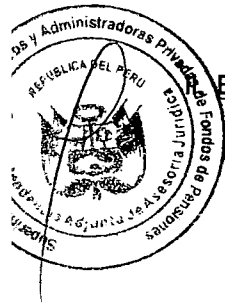
##### **BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO**

En el caso que las Condiciones Particulares establezcan este sistema de atención, y haya sido autorizado por PACIFICO SEGUROS, el ASEGURADO deberá cumplir con lo establecido en el literal b) del artículo referido a la LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS de estas CONDICIONES GENERALES.

Para la autorización referida precedentemente, se requiere que el ASEGURADO se comunice con PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, siendo necesario que primero se haya activado la póliza. PACIFICO SEGUROS en un plazo no mayor de quince (15) días comunicará su rechazo o aprobación al uso de este sistema de atención. Se precisa que el rechazo se producirá solo en caso que la cobertura pueda ser brindada dentro de la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE PACÍFICO.

#### **EN EL EXTRANJERO**

##### **BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO**







## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, deberá comunicarse previamente con PACIFICO SEGUROS para pasar por el proceso de pre-certificación como requisito adicional previo para hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, debiendo cumplir el siguiente procedimiento:

Si el ASEGURADO requiere una atención programada en el extranjero, deberá comunicarse con PACIFICO SEGUROS de preferencia con al menos diez (10) días hábiles de anticipación, lo que permitirá obtener las mejores condiciones posibles de atención.

El proceso de pre-certificación consta de los siguientes tres pasos:

- 1) El ASEGURADO deberá comunicarse con PACIFICO SEGUROS.
- 2) PACIFICO SEGUROS entregará al ASEGURADO una carta de pre-certificación dirigida al centro de salud autorizando la atención requerida, en el caso de encontrarse con cobertura.
- 3) EL ASEGURADO deberá acudir al centro de salud con la carta de pre-certificación emitida por PACIFICO SEGUROS.

### BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

En el caso que las Condiciones Particulares establezcan este sistema de atención, y haya sido autorizado por PACIFICO SEGUROS, el ASEGURADO deberá cumplir con lo establecido en el literal b) del artículo referido a la LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS de estas CONDICIONES GENERALES.

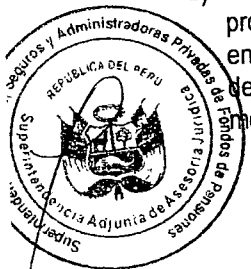
Para la autorización referida precedentemente, se requiere que el ASEGURADO se comunique con PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, siendo necesario que primero se haya activado la póliza. PACIFICO SEGUROS en un plazo no mayor de quince (15) días comunicará su rechazo o aprobación al uso de este sistema de atención. Se precisa que el rechazo se producirá solo en caso que la cobertura pueda ser brindada dentro de la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE PACÍFICO.

(...)

### Artículo 21°

#### 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.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 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 23° MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito al CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.
- 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 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 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 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 una (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





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú  
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 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, siempre que conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, 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

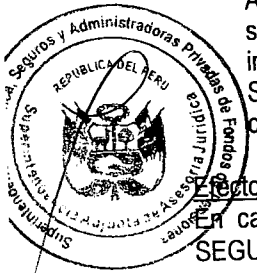
La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro, desde el momento de su celebración, por cualquier causal existente al momento de su celebración.

La Póliza es nula por las siguientes causales:

- 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.
- 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.
- 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 30º

#### 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 escrita 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 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:

- En caso de encontrarse hospitalizado, al término de la hospitalización.
- 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 y cargas

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:

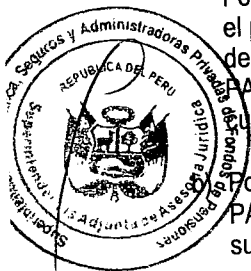
- Por falta de pago de la prima

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 comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de las formas convenidas.

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

- 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





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

República del Perú

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 o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.
- d) Por la falta de aceptación del CONTRATANTE al ajuste de primas y/o de coberturas propuesto por PACIFICO SEGUROS en caso de retención y/o declaración inexacta no dolosa del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.
- e) En caso que no acepte el CONTRATANTE mantener solamente la cobertura nacional, ante la salida del ASEGURADO del país por un periodo igual o mayor a tres meses.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) d) y e) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados señalados en la Solicitud del Seguro o en las Condiciones Particulares. 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.

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.

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.

(...)

### **Artículo 43°**

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En caso el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por comercializadores, el CONTRATANTE tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 en ambos casos 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, forma y lugar que se usó para la contratación del seguro. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

