



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 13 OCT. 2017

Resolución S.B.S

N° 4055-2017

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 05 de setiembre de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Vida Ley (Trabajadores) - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2037320013, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1549-2016;

CONSIDERANDO:

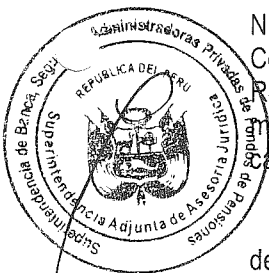
Que, mediante la solicitud recibida con fecha 5 de setiembre de 2017, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Vida Ley (Trabajadores)", registrado con Código SBS N° VI2037320013;

Que, a través de la Resolución SBS N° 1549-2016, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto, al tratarse de un seguro obligatorio, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, en virtud del Artículo Tercero de la Resolución SBS N° 4462-2016 se modificó el artículo 10 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013, en adelante el Reglamento de Transparencia; en tal virtud, corresponde la aprobación de las nuevas condiciones mínimas previstas en los literales j), k) y l) del precitado artículo 10, de acuerdo al tipo de seguro y características del producto;

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

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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento de Registro de Pólizas, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de las nuevas condiciones mínimas;

Que, la presente resolución incorpora las condiciones referidas a la Prescripción y al Procedimiento para la renovación de póliza y su respectiva modificación. Asimismo, incluye la modificación de los artículos del Condicionado General del producto "Vida Ley (Trabajadores) - Dólares", correspondientes a las condiciones mínimas aprobadas, previamente, mediante Resolución SBS N° 1549-2016 de fecha 17 de marzo de 2016;

Que, la presente resolución no contempla la condición referida al Consentimiento por parte del Asegurado, cuando se trata de una persona distinta al Contratante, toda vez que se trata de un seguro obligatorio;

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

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

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas recogidas en el Condicionado General del producto "Vida Ley (Trabajadores) - Dólares", registrado con Código SBS N° VI2037320013, conforme consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

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

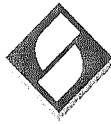
Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Vida Ley (Trabajadores) - Dólares" modificado, conjuntamente con la Resolución SBS N° 1549-2016 y la presente Resolución; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese

MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú - Tel.: (511) 6309000 Fax: (511) 6309239





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1 CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

Artículo 3°. PAGO DE PRIMAS

(...)

3.3 Si el CONTRATANTE no cumpliera con el pago de la prima en el plazo indicado, la cobertura quedará suspendida automáticamente quedando relevada La COMPAÑÍA de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra, el cual será de responsabilidad del CONTRATANTE según ley. Si este incumplimiento en el pago de la prima persiste hasta el último día del mes al que corresponde la cobertura la presente póliza quedará resuelta, previa comunicación de la COMPAÑÍA al CONTRATANTE.

En caso que el empleador no cumpliera con sus obligaciones, entre ellas la obligación del pago de primas, y falleciera el asegurado o sufriera un accidente que lo invalide permanentemente, deberá pagar a los beneficiarios el valor a que se refiere el artículo 12 del Decreto Legislativo N° 688.

A elección expresa del CONTRATANTE, lo cual será indicado en las condiciones particulares, la prima podrá ser cancelada de manera anual, estimándose el monto de la planilla de acuerdo a la declaración del CONTRATANTE de la planilla del mes anterior al del inicio de la vigencia multiplicado por 12 meses para proyectarla, procediéndose a la regularización de sueldos reales en el undécimo mes de vigencia, con las planillas que deberá remitir el CONTRATANTE (empleador) a La COMPAÑÍA, determinándose entonces el cobro o devolución a que hubiera lugar.

Artículo 9° CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

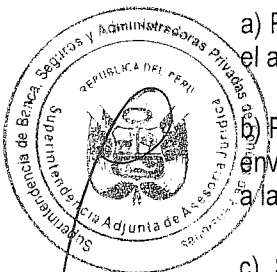
9.1 La cobertura del contrato de seguro termina para el ASEGURADO, cuando se resuelva el vínculo contractual entre dicho ASEGURADO y el Contratante.

9.2 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por falta de pago de la prima, en cuyo caso La COMPAÑÍA procederá de acuerdo a lo indicado en el artículo 3 del presente condicionado.

Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, para lo cual, el Contratante deberá enviar una comunicación escrita a la COMPAÑÍA con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del contrato.

c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La COMPAÑÍA ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario por El Contratante, La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

de treinta (30) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días calendario mencionados precedentemente.

Asimismo, La COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

En el supuesto de reticencia o declaración inexacta del CONTRATANTE:

1. Si el CONTRATANTE declara un monto menor al real, la COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente al monto indicado en las boletas de pago y/o planilla, y solicitará al CONTRATANTE el pago de la diferencia de primas no canceladas.

2. Si el CONTRATANTE declara un monto mayor al real, la COMPAÑÍA pagará la indemnización correspondiente al monto indicado en las boletas de pago y/o planilla, y devolverá al CONTRATANTE el monto de primas canceladas en exceso en un plazo no mayor a treinta (30) días de haber realizado dicha solicitud.

d) Por decisión de la COMPAÑÍA, lo cual deberá ser comunicado al Contratante de manera escrita en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la COMPAÑÍA opte por resolver la póliza tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la COMPAÑÍA como consecuencia del cambio de actividad del ASEGURADO conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

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

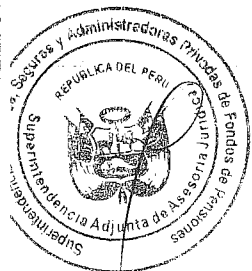
Asimismo, para los casos en que el Contratante no comunique la agravación del riesgo, La COMPAÑÍA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

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

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b), La COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de La COMPAÑÍA, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no se estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar y que se efectuará en un plazo no mayor a treinta (30) días contados desde la solicitud. En aquellos casos en que la resolución del contrato se realiza por la COMPAÑÍA, ésta procederá con la devolución de la prima sin necesidad de realizar la gestión antes señalada.

9.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- (i) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- (ii) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- (iii) Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del Contratante- de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si La COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La COMPAÑÍA tiene un plazo de 30 (treinta) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

En caso de nulidad, La COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses (la cual se efectuará en un plazo de treinta (30) días contados desde la declaración de nulidad), excepto cuando el Contratante realice una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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

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

Artículo 10º PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURA

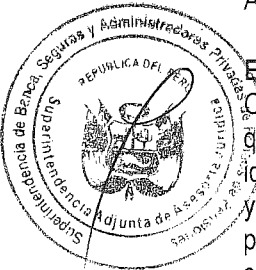
Dentro de las 48 horas de ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, el Contratante se encuentra obligado -bajo responsabilidad- a entregar a La COMPAÑÍA la declaración jurada de Beneficiarios del ASEGURADO.

En caso de Fallecimiento del ASEGURADO:

Ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, se deberá presentar una solicitud escrita a La COMPAÑÍA quien sin más trámite procederá a entregar el monto asegurado a los Beneficiarios del ASEGURADO identificados según lo establecido en el numeral 1.4 del presente condicionado, dentro de las setenta y dos (72) horas, una vez que se verifique que el Contratante se encuentra al día en el pago de la prima, luego de lo cual quedará obligada al pago de intereses legales. El plazo antes mencionado se contabiliza a partir de la presentación de la solicitud de cobertura y los documentos correspondientes para el análisis del siniestro, los mismos que se señalan en las presentes condiciones generales.

Los Beneficiarios del ASEGURADO deberán presentar su documento nacional de identidad.

Cabe precisar que para el pago de la indemnización por Muerte Natural se deberán presentar a La COMPAÑÍA las pruebas legales del deceso: (i) certificado de defunción en original o certificación de





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

reproducción notarial (antes copia legalizada), llenado en su totalidad y, (ii) Acta o Partida de defunción en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

En caso de Muerte Accidental, además de los documentos indicados en el párrafo precedente, los Beneficiarios del ASEGURADO entregarán a La COMPAÑÍA una copia simple del parte o atestado policial (en caso de haberse realizado); certificado o protocolo de necropsia (en caso de haberse realizado).

(...)

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente del ASEGURADO:

Ocurrido un accidente que genere una invalidez total y permanente según lo definido en el artículo 1° del presente condicionado, el ASEGURADO o sus representantes legales, en caso de encontrarse aquél impedido, deberán comunicárselo por escrito a La COMPAÑÍA proporcionando las pruebas correspondientes (certificado de invalidez, en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada, expedido por el Ministerio de Salud o por EsSalud o Comafp o Comec). Una vez evaluado y certificado el caso por La COMPAÑÍA, ésta procederá a efectuar el pago de la indemnización que corresponda, dentro de las setenta y dos (72) horas contadas desde la fecha de presentación de toda la documentación establecida en el presente contrato y en las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

El Contratante tendrá derecho a cobrar el capital asegurado en la póliza si fallecido el trabajador ASEGURADO y vencido el plazo de un (1) año de ocurrido el siniestro, ninguno de los Beneficiarios del ASEGURADO o de los Beneficiarios de Ley hubiera ejercido su derecho.

En caso de muerte presunta del ASEGURADO, ésta deberá acreditarse conforme a las disposiciones legales vigentes.

Artículo 12° PAGO DE BENEFICIOS

Producido el fallecimiento del ASEGURADO y luego de presentados todos los documentos requeridos para solicitar cobertura, la COMPAÑÍA procederá a entregar el monto ASEGURADO a los beneficiarios que aparezcan en la Declaración Jurada o en el Testamento por escritura pública si éste es posterior a la Declaración Jurada o en la Sucesión Intestada.

La entrega se efectuará sin ninguna responsabilidad para la COMPAÑÍA en caso aparecieran posteriormente beneficiarios con derecho al seguro de vida.

En el caso de invalidez, el capital ASEGURADO será abonado directamente al ASEGURADO o por impedimento de éste a su cónyuge, curador o apoderado especial.

La COMPAÑÍA queda liberada de toda obligación de pago de la indemnización, a partir de la fecha de consignación del importe del monto ASEGURADO, dicha consignación no podrá producirse antes de haber transcurrido treinta (30) días naturales desde el deceso del trabajador.

Artículo 14° MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES.

a) Durante la vigencia del contrato





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguros durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al CONTRATANTE por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar por escrito su decisión dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

b) A la renovación del contrato

Cuando la COMPAÑÍA decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entiende aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el contrato de seguro fue acordado hasta el fin de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la Póliza, lo que será comunicado al Contratante utilizando los mismos medios que usó para la contratación del seguro.

En caso de seguros grupales, la COMPAÑÍA deberá proporcionar la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato, conforme a los procedimientos antes indicados, según corresponda.

Las modificaciones realizadas no podrán contravenir lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.

Artículo 15° MECANISMOS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS

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

El Contratante y/o ASEGURADO y/o Beneficiario puede pactar con la COMPAÑÍA someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO fuese igual o superior a 20 UIT.

Artículo 16 ° PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en la póliza contratada prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

