



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

La Positiva Vida
Seguros y Reaseguros

18 OCT. 2016

RECIBIDO
Gerencia General

Lima, 13 de octubre de 2016

OFICIO N° 39689-2016-SBS

Señor
Gerente General
LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS
Esq. Javier Prado Este y Francisco Masías 370
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 5481-2016 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General



epa

Expediente N° 2016-36122



Lima, 13 OCT. 2016

*Resolución S.B.S
N° 5481 -2016*

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por La Positiva Vida Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 06 de junio y 11 de octubre de 2016, por la cual pide la modificación del producto "Multiproducto Modular Accidentes Grupal", registrado con Código SBS N° AE2076100156, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 571-2016.

CONSIDERANDO:

Que, mediante carta recibida con fecha 06 de junio de 2016, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Multiproducto Modular Accidentes Grupal", registrado con Código SBS N° AE2076100156;

Que, a través de la Resolución SBS N° 571-2016, esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

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 notificada la incorporación del nuevo contenido del modelo de póliza en el Registro, las empresas no podrán comercializar el anterior modelo de pólizas;

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;

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 la condición mínima solicitada;

Que, la presente resolución modifica los numerales 7, 8, 10 y 18, del Condicionado General del producto "Multiproducto Modular Accidentes Grupal", cuyas





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 571-2016 de fecha 03 de febrero de 2016;

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 de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, y el Reglamento de Registro de Pólizas;

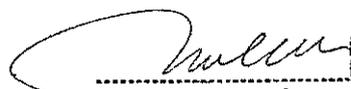
RESUELVE:

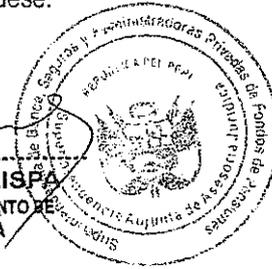
Artículo Primero.- Aprobar la modificación de los numerales 7, 8, 10 y 18 del Condicionado General del producto "Multiproducto Modular Accidentes Grupal", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 571-2016 de fecha 03 de febrero de 2016, solicitada por la Compañía; numerales que incorporados al producto constan 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 correspondiente al producto denominado "Multiproducto Modular Accidentes Grupal", 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 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 "Multiproducto Modular Accidentes Grupal" modificado, conjuntamente con la Resolución SBS N° 571-2016 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 GULLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD CONTRACTUAL:

(...)

7.2 La resolución deja sin efecto la póliza o el certificado o solicitud – certificado de seguro, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones existentes entre el Contratante, el Asegurado y la Aseguradora y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza o certificado o solicitud - certificado de seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro. Dicha comunicación será dirigida al Contratante y/o Asegurado, según corresponda.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante o Asegurado, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, presentando la siguiente documentación:
 - Carta dirigida a La Aseguradora en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al Contrato.
 - Original y copia de documento nacional de identidad.

Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de La Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia de DNI y vigencia de poder del apoderado.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, el Contratante o Asegurado podrá solicitar por escrito a La Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las Oficinas de La Aseguradora luego de quince (15) días calendario de haber sido presentada la solicitud respectiva.

- c) La prerrogativa de resolver unilateralmente sin expresión de causa, también podrá ser ejercida por La Aseguradora, siendo para ello necesaria una comunicación escrita en tal sentido con no menos de treinta (30) días de anticipación. Asimismo, La Aseguradora se compromete a reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido, cuando corresponda. Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión de las condiciones del seguro al Asegurado establecidas en el certificado o solicitud certificado de seguro en un plazo de treinta (30) días 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 por el Asegurado, facultarán a la Aseguradora a resolver el certificado o solicitud – certificado de seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante y Asegurado en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

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

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

El supuesto de resolución descrito en el presente literal también será aplicable con respecto al contrato de seguro, en caso que el Contratante incurra en reticencia o declaración inexacta sin dolo o culpa inexcusable. De ocurrir esto, dentro de los treinta (30) días indicado en el primer párrafo de este literal, la Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro al Contratante, quien deberá responder a los ajustes planteados por la Aseguradora dentro del plazo de diez (10) días -sin perjuicio de que el Asegurado también pueda ser informado de la propuesta por parte de la Aseguradora-, caso contrario la Aseguradora podrá resolver el contrato de seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente.

- d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante y/o Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 16 del presente condicionado, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver la póliza o el certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

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

Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- (i) El Contratante y/o Asegurado incurran 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 Aseguradora.
- (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 Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales (i), (ii) y (iii) precedentes, La Aseguradora tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

Asimismo, en aquellas circunstancias en que se resuelva o extinga la póliza de seguro por decisión o a consecuencia del incumplimiento de pago del Contratante, éste deberá informarlo a los Asegurados y será responsable de cara a ellos por la falta de cobertura contratada.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

En aquellos casos en que la resolución sea efectuada por la Aseguradora y El Contratante o Asegurado tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro o del Certificado o Solicitud-certificado de Seguro, según corresponda, desde el momento de su respectiva celebración.

El contrato de seguro y/o el Certificado o solicitud-certificado de Seguro, según corresponda, serán nulos en los siguientes supuestos:

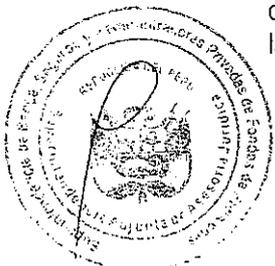
- a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso que esta causal sea incurrida por el Asegurado con respecto a la toma del seguro por parte suya, la nulidad afectará únicamente al certificado o solicitud-certificado de seguro del cual dicho Asegurado es titular.
La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal mediante una notificación realizada por medio fehaciente, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.
- d) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas en un plazo no mayor a diez (10) días calendario de declarada la nulidad, sin intereses excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año de duración del seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

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 Aseguradora 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.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

- iii. Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- iv. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. **PRIMA:**

(...)

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará vía correo electrónico (declarado en la solicitud o solicitud-certificado de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud o solicitud-certificado de seguro) al Contratante y/o al Asegurado, según corresponda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima, plazo que no podrá ser menor a los treinta (30) días antes mencionados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver la póliza o el certificado o solicitud-certificado de seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante y/o Asegurado, según corresponda, con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza o el certificado o solicitud-certificado de seguro por falta de pago de prima.

(...)

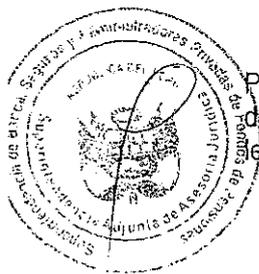
La Aseguradora remitirá la comunicación indicada en el párrafo precedente únicamente al Contratante cuando el incumplimiento le corresponde a este último; en cambio dicha comunicación se remitirá al Contratante y Asegurado si el incumplimiento de pago corresponde al Asegurado. En este último supuesto, el plazo de treinta (30) días calendarios empezará a computarse desde la fecha en que el Asegurado reciba la comunicación remitida por la Aseguradora.

Si, por el contrario, La Aseguradora no reclama el pago de la prima -por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato y/o el Certificado o solicitud-certificado de Seguro, según corresponda, quedan extinguidos. Para estos efectos, no se considerará como "reclamo de pago de prima", el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante y/o Asegurado del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada o durante el plazo de los noventa (90) días previos a la extinción del Contrato y/o Certificado o solicitud-certificado, conforme a lo referido en el párrafo anterior, la prima adeudada por el Contratante y/o Asegurado será deducida del beneficio correspondiente.

10. **PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:**

Para atender la solicitud de cobertura se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos, cuando corresponda, en original o certificación de reproducción notarial (antes "copia legalizada"):





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- c) DNI del Beneficiario, de haberlo.
- d) Historia clínica completa, foliada y fedateada.
- e) Atestado o Informe Policial Completo.
- f) Protocolo de Necropsia.
- g) Dosaje Etílico, en caso de accidentes de tránsito; o,
- h) Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

En aquellos casos en que no exista designación de Beneficiario, se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de la Aseguradora o el Comercializador, según se indique en el certificado o solicitud-certificado, en un plazo no mayor a 360 días posteriores contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

La oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

Los teléfonos de la Aseguradora son 211-0-212, en la ciudad de Lima y 74-9001, en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

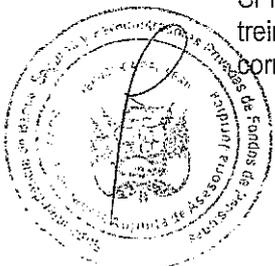
Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo previsto en la normativa vigente.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Beneficiario para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Beneficiario no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días calendario de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN 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 Aseguradora 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 fuese igual o superior a 20 UIT.

18. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el Asegurado podrá resolver el certificado o solicitud-certificado de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del certificado o solicitud-certificado de seguro, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

Para tal efecto, el Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

19. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

(...)

19.2 Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Aseguradora y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

La Aseguradora deberá proporcionar la información suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.



Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras
Privadas de Fondos de Pensiones

TRANSCRIPCION

Fecha 13 OCT. 2016

Señores La Positiva Vida Seguros
y Reaseguros

Cumpla con remitirle para su conocimiento y fines
pertinentes la presente fotocopia de la Resolución
Nº 5481-2016 de fecha 13 OCT. 2016

Esta copia es transcripción oficial
Atentamente

Superintendencia de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General

