



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 04 de mayo de 2023

RESOLUCIÓN SBS

N° 01589-2023

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante, la Compañía) con fecha 22 de diciembre de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946 (en adelante, Ley de Seguros), el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (en adelante, Reglamento de Conducta) y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global".

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 (en adelante, Ley General) y en la 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 Conducta 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 párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, 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:

1. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por las empresas, durante la vigencia del contrato, así como del derecho de 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 Seguro.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

2. En el caso de seguros de salud, la cobertura de las enfermedades preexistentes conforme a la Ley de Seguro y demás normas aplicables.
3. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguro.
4. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, considerando para tal efecto lo señalado en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguro. Adicionalmente, en el caso de los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión, la documentación de sustento y de acreditación de los beneficiarios a presentar en caso de ocurrencia del siniestro, para solicitar el pago del componente de ahorro y/o inversión. Asimismo, en aquellos casos que el componente de ahorro y/o inversión sea separable, la indicación de que la solicitud puede presentarse de forma independiente a la documentación que corresponde a la evaluación del siniestro.
5. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, considerando lo dispuesto en el inciso c) del artículo 40 y el artículo 46 de la Ley de Seguro sobre pacto arbitral, en caso corresponda.
6. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y sus consecuencias sobre las primas pagadas.
7. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
8. El derecho de arrepentimiento en el caso de los seguros ofertados o promocionados por comercializadores y cuando la oferta o promoción se realice a través del uso de sistemas a distancia.
9. La reducción de la indemnización por aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro.
10. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículos 78 y 80 de la Ley de Seguro.
11. Procedimiento para la renovación y modificación de la póliza, de corresponder.
12. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
13. Otros que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el párrafo 16.2 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro;





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 Conducta; 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 que esta Superintendencia supervisa;

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 la 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, asimismo este pronunciamiento en modo alguno limita las facultades de fiscalización que corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD en el ámbito de sus competencias, en virtud de las disposiciones del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, aprobado mediante Decreto Supremo N° 020-2014-SA y demás normas que resulten aplicables, al encontrarnos ante un producto de asistencia médica, siendo la Compañía responsable del cumplimiento de la normativa aplicable a dicho sector;

Que, considerando que nos encontramos frente a un producto de asistencia médica, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el inciso 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta, referida al derecho de revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, aplicable a los seguros de vida;

Estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría Legal, 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 Seguros y el Reglamento de Conducta;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado “Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global” presentadas por la Compañía. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro, otorgándole el Código de Registro N° AE2046420192.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto “Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global”, conjuntamente con la presente Resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.

LOURDES PAOLA GALLARDO SALAZAR
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA (A.I.)





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACION

7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La presente Póliza inicia su vigencia a las doce (12) horas del día señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, y se renueva automáticamente, en los mismos términos y condiciones pactados originalmente, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión por escrito de no renovar la póliza, con al menos treinta (30) días antes al vencimiento, en cuyo caso termina a las doce (12) horas del último día de su vigencia.

Salvo que las partes estipulen por escrito lo contrario, producida la renovación automática de la póliza, la prima correspondiente deberá ser abonada en los mismos términos, condiciones y plazos acordados originalmente.

No aplica la resolución sin expresión de causa por parte de la compañía de seguros.

Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando los cambios en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En caso la propuesta de modificaciones se tenga por aceptada, se emitirá la póliza consignando las modificaciones realizadas en caracteres destacados.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Una vez concluido este periodo, la compañía podrá dejar de renovar la póliza salvo en los supuestos que se detallan en los párrafos siguientes:

En el caso de seguros individuales, una vez los contratantes hayan venido renovando las pólizas de seguros por lo menos en los últimos cinco (5) años consecutivos, tienen derecho a continuar renovando los contratos indefinidamente, con coberturas no menores que las pactadas anteriormente.

En el caso de pólizas contratadas de manera colectiva por empresas (personas jurídicas o personas naturales con negocio), una vez que los asegurados a título individual dejen de formar parte del grupo asegurado, podrán contratar un seguro individual con la misma empresa de seguros que le dio la cobertura colectiva, considerándose la contratación como una renovación de la cobertura anterior, con la misma o mayor cobertura pactada de manera colectiva, por lo que la cuantificación de los años a que se refiere el primer párrafo del presente artículo considerará como fecha de inicio la que registre de modo original la póliza colectiva. Para tales efectos, el plazo para contratar la póliza individual será dentro de los ciento veinte (120) días calendarios siguientes a la fecha en la que dejó de formar parte de la póliza colectiva.

(...)

9. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Resolución:

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 o Certificado y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

que usó para la contratación del seguro, siempre que sea fehaciente, puede resolver su Póliza. De igual forma, en caso de seguros grupales, EL ASEGURADO, por decisión unilateral y sin expresión de causa, y sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA, puede resolver su Certificado. En tal supuesto, la resolución se ejecuta de manera inmediata y a LA COMPAÑÍA le corresponde la proporción de la prima por el período efectivamente cubierto.

b) Por falta de pago de la prima, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza o Certificado 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 recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al período efectivamente cubierto.

c) Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato de seguro ante la comunicación escrita realizada por el ASEGURADO o CONTRATANTE en la que le comunique circunstancias de agravación del riesgo o tome conocimiento de dicha agravación por otros medios. La COMPAÑÍA contará con un plazo de quince (15) días contados desde la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de resolver el contrato o desde que toma conocimiento de la agravación, indicando en dicha comunicación la fecha de efecto de la resolución del contrato.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE o el ASEGURADO no comuniquen 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 y/o ASEGURADO incurrir 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 denuncia.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, LA COMPAÑÍA 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.

d) Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentadas por el ASEGURADO se procederá la resolución. Sin Perjuicio de ello, LA COMPAÑÍA procederá con la evaluación correspondiente a la viabilidad del pago de la cobertura dentro de un plazo máximo de 30 días desde presentada la documentación para la solicitud de cobertura¹.

e) Por reticencia y/o declaración inexacta no dolosa cuando LA COMPAÑÍA haya hecho un ofrecimiento de revisión del contrato al CONTRATANTE y éste no haya aceptado el referido ajuste, conforme a lo establecido en el artículo 10° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

Durante la vigencia de la Póliza o Certificado, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

¹ 15. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando LA COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso LA COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende un siniestro que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado, conjuntamente con el interés legal máximo permitido por ley al momento de la identificación del fraude, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

A) EL CONTRATANTE en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el literal a) del presente artículo. En caso de seguros grupales, por EL ASEGURADO, conforme a lo establecido en el literal a) del presente artículo.

B) LA COMPAÑÍA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) precedentes.

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

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE, detallando el monto a devolver, por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el artículo 17^o2 de la presente Cláusulas Generales de Contratación, en caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada por periodos posteriores o adelantados. LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque, que estará a disposición del beneficiario, en el plazo de treinta (30) días contados desde la solicitud de resolución del CONTRATANTE. En caso de seguros colectivos en los cuales EL ASEGURADO haya asumido el cargo de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abono a favor del ASEGURADO, previa coordinación.

Para los seguros masivo y no masivo y, siempre y cuando corresponda la devolución de primas en función al plazo no transcurrido, esta será efectuada por la Compañía dentro del plazo de treinta (30) conforme a lo indicado en el párrafo anterior.

Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho contrato y por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

El contrato de seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

a) Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.

b) Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

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 COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. Para el caso descrito en el literal c) precedente, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de 30 (treinta) días para invocar dicha causal desde que es conocida por ésta.

La comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunique su decisión de invocar la nulidad debe ser realizada mediante un medio fehaciente.

En caso de nulidad el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma percibida. LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto en el supuesto señalado en el literal c) precedente, en cuyo caso LA COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año, a título indemnizatorio, perdiendo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

² 17. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados y notificados al domicilio señalado en el contrato o, alternativamente, a través del mecanismo previsto contractualmente, bajo sanción de tenerse por no cursados.

Los documentos enviados, así como las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y LA COMPAÑÍA surten todos sus efectos en relación al ASEGURADO y al Contratante en su caso, siempre que la carta de nombramiento se encuentre vigente.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso corresponda devolver al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta, en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunicó su decisión de invocar la nulidad a EL CONTRATANTE. En caso de seguros colectivos en los cuales EL ASEGURADO haya asumido el cargo de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abono a favor del ASEGURADO, previa coordinación.

(...)

11. PRIMA

(...)

Producido el inicio de la cobertura, si la prima no es pagada dentro del plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Para dicho efecto, LA COMPAÑÍA comunicará de manera cierta al ASEGURADO Y/O CONTRATANTE a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

Asimismo, en caso la prima se mantenga impaga hasta por un período de noventa (90) días el Contrato de Seguro se extinguirá, inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago.

18. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o solicitud de cobertura 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 y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la jurisdicción arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

(...)

19. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro. Sin embargo, para las coberturas relativas a la muerte del ASEGURADO, el plazo de prescripción se computa desde que el beneficiario conoce sobre el beneficio.

24. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros, tanto de contratación individual como grupal, efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia, considerando también la intermediación de un corredor de seguros que haya





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

empleado mecanismos a distancia, o fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, o por medio de comercializadores, incluyendo bancaseguros, el CONTRATANTE en caso de contratación individual o el ASEGURADO en caso de contratación grupal, tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, así como los demás canales que la Compañía ponga a disposición para tal fin, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los 15 días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza en el caso de un seguro individual o del Certificado en el caso de un seguro grupal, o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

En caso que el Contratante ejerza su derecho de arrepentimiento después de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento. El contratante podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

28. CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta 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, en caso de aceptarse la modificación de los términos del contrato, EL CONTRATANTE deberá comunicar las mismas a los ASEGURADOS.

29. TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIA PARA ASEGURADOS PROVENIENTES DE OTROS SEGUROS³

- a. Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. La presente Póliza no considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado, o por la que el ASEGURADO, haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguros dentro del sistema de seguros o EPS peruano que cubrió el periodo inmediatamente anterior, considerando como plazo máximo de ciento veinte (120) días en el caso de un seguro previo o sesenta (60) días como plazo máximo en el caso de una EPS previa, contados a partir del término del contrato anterior, para la contratación del nuevo seguro.
- b. En caso que las sumas aseguradas en el seguro médico previo para dichas enfermedades preexistentes sean inferiores a los beneficios de esta PÓLIZA, se sub limitarán a las sumas aseguradas del plan anterior.
- c. Las enfermedades preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Para los beneficios con una suma asegurada de por vida, sólo se brindará cobertura por el capital ASEGURADO no consumido por EL ASEGURADO al momento de la contratación de la PÓLIZA.

CONDICIONES GENERALES

³ La Compañía ha indicado que el presente producto es un plan complementario.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Artículo 9º: ATENCIÓN DE SINIESTROS

(...)

9.2. DIAGNÓSTICO

Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

(...)

9.4. PRUEBA DE SINIESTRO:

- a. El ASEGURADO deberá someter prueba escrita del siniestro, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a través del portal Mi Bupa en www.bupasalud.com, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio.
- b. En caso que LA COMPAÑÍA necesite información adicional, tendrá hasta veinte (20) días a partir de la fecha de recepción de la prueba de siniestro inicial para solicitar dicha información.
- c. En caso que el ASEGURADO no esté de acuerdo con lo determinado por LA COMPAÑÍA en relación a alguna solicitud de cobertura atendida, tendrá hasta ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de emisión de la liquidación de beneficios para presentar la solicitud de reconsideración.
- d. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la solicitud de cobertura. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las solicitudes de cobertura presentadas.
- e. En el caso de las solicitudes de coberturas relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren las copias de los siguientes documentos para revisión: informes policiales, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología.
- f. La solicitud de reembolso se puede solicitar en el portal Mi Bupa en www.bupasalud.com,
- g. La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos será determinada según la fecha de prestación del servicio (primer día del servicio), utilizando las tasas de referencia de la web www.oanda.com excepto en Guatemala donde se utilizará la tasa de referencia del Banco Central de dicho país. Adicionalmente, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento.
- h. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, se deberá validar que los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, son solteros, presentando la copia del Documento de Identidad.

9.5. PAGO DE SINIESTRO

LA COMPAÑÍA tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, LA COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO TITULAR la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y LA COMPAÑÍA y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del ASEGURADO. En caso de que el





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ASEGURADO TITULAR fallezca, LA COMPAÑÍA pagará cualquier beneficio pendiente de pago al/los beneficiario(s) o heredero(s) legal(es) del ASEGURADO TITULAR.

LA COMPAÑÍA deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al ASEGURADO TITULAR.

Ni LA COMPAÑÍA, ni ninguna de sus filiales, subsidiarias o administradores y prestadores de servicio pertinentes relacionados participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de la República del Perú y de los Estados Unidos de América.

9.6. EXÁMENES FÍSICOS

Durante el proceso de una solicitud de cobertura, antes de que se llegue a una conclusión, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier ASEGURADO cuya enfermedad o lesión sea la base de la solicitud de cobertura y que responden a precisiones y/o aclaraciones de la documentación anteriormente presentada, en un plazo máximo de veinte (20) días dentro del plazo de treinta (30) días para resolver la solicitud de cobertura, corriendo los gastos a cargo de LA COMPAÑÍA.

(...)

Artículo 11º: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

En caso el ASEGURADO requiera una atención en el extranjero debe comunicarse con LA COMPAÑÍA a través del portal Mi Bupa en www.bupasalud.com como mínimo setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier servicio médico para pre-autorizar su atención. La pre-autorización permite:

- Ayudar al ASEGURADO a entender y coordinar sus beneficios
- Identificar el mejor tratamiento y servicio médico
- Coordinar el pago directo con los hospitales y clínicas en el extranjero y reducir recargos y gastos médicos innecesarios.

11.1. ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA O QUIRÚRGICA

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica en el extranjero debe tramitar su solicitud de pre-autorización a través de Mi Bupa en www.bupasalud.com, con por lo menos 72 horas de anticipación a la fecha prevista de la cita, incluyendo la siguiente información:

- La condición/síntomas que se están tratando
- El tratamiento propuesto
- El nombre del médico que hace la referencia médica
- El médico y hospital a donde prefiere ir
- Copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición

Para proceder con la autorización, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente o ASEGURADO toda la información del evento médico, incluyendo los honorarios médicos y resultados de los estudios. En algunos casos podrá ser requerido dentro del plazo de 72 horas, el envío de información adicional para la aprobación.

Una vez LA COMPAÑÍA cuente con toda la información:

- Verificará la vigencia de la póliza
- Verificará que la condición y tratamiento cumpla con los requisitos estipulados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.
- Confirmará la cobertura con el médico y el hospital

Si el caso es procedente, LA COMPAÑÍA enviará en un plazo máximo de 72 horas desde la recepción de toda la información, la autorización al proveedor de servicios médicos en el extranjero, el ASEGURADO será responsable del pago del DEDUCIBLE Y COASEGURO de acuerdo a lo





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

estipulado por la póliza. LA COMPAÑÍA realizará el pago directamente al proveedor de servicios médicos en el extranjero.

En caso que EL ASEGURADO no notifique a LA COMPAÑÍA su atención médica en la Red de Proveedores, dentro de los plazos estipulados en el Art. 4 de las Condiciones Generales, EL ASEGURADO podrá solicitar el reembolso de los gastos asumidos de manera particular, aplicándose el DEDUCIBLE y COASEGURO indicados en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA para todos los gastos cubiertos relacionados con la solicitud de cobertura, y en base a los costos UCR⁴ de la zona geográfica en la que se prestó el servicio. Adicionalmente, en caso de accidente serio⁵, no corresponderá la eliminación del DEDUCIBLE si el ASEGURADO no realiza la notificación según lo estipulado en el artículo 4.

11.2. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

El ASEGURADO deberá dirigirse inmediatamente a la clínica o centro médico de emergencia más cercano en la localidad en la que se encuentre en el extranjero, inmediatamente ocurrida la emergencia, para ser atendido.

Es obligación del ASEGURADO notificar a LA COMPAÑÍA dentro del plazo de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. Cuando el ASEGURADO, debido a culpa leve, incumpla con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, esta se reserva el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente. Para tener el beneficio de exoneración de deducible, el ASEGURADO debe notificar el accidente a LA COMPAÑÍA en el curso de los primeros siete (7) días de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el ASEGURADO no notifica como se establece previamente.

11.3. TERAPIA FISICA O REHABILITACION DESPUES DE UNA CIRUGIA

En caso el ASEGURADO requiera una atención por terapia física o rehabilitación después de una cirugía en el extranjero debe tramitar su solicitud de pre-autorización a través del portal Mi Bupa en www.bupalud.com, con por lo menos setenta y dos (72) horas de anticipación a la fecha prevista de la cita, incluyendo la siguiente información:

- El plan para la terapia, que debe incluir cuántas sesiones terapéuticas son necesarias y cuál es el progreso que se espera alcanzar
- El terapeuta que estará consultando

Para proceder con la autorización, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente o ASEGURADO toda la información del evento médico incluyendo un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. En algunos casos podrá ser requerido dentro del plazo de 72 horas desde la recepción de la

⁴ Artículo 1º: DEFINICIONES

(...)

1.58. USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que LA COMPAÑÍA considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

⁵ Artículo 1º: DEFINICIONES

(...)

1.2. ACCIDENTE SERIO: se considera como tal a toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica en menos de veinticuatro (24) horas compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

solicitud de pre-autorización, el envío de información adicional para la aprobación, pudiendo LA COMPAÑÍA solicitar aclaraciones sobre la información adicional presentada dentro de un plazo máximo de 20 días desde su recepción.

Una vez LA COMPAÑÍA cuente con toda la información:

- Verificará la vigencia de la póliza
- Verificará que la condición y tratamiento cumpla con los requisitos estipulados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.
- Confirmará la cobertura con el médico y el hospital

Si el caso es procedente, LA COMPAÑÍA enviará en un plazo máximo de 72 horas desde la recepción de toda la información, la autorización al proveedor de servicios médicos en el extranjero, el ASEGURADO será responsable del pago del deducible de acuerdo con lo estipulado por la póliza. LA COMPAÑÍA realizará el pago directamente al proveedor de servicios médicos en el extranjero. El proveedor de servicios médicos enviará la factura posteriormente.

En caso que EL ASEGURADO no notifique a LA COMPAÑÍA su atención médica en la Red de Proveedores, dentro de los plazos estipulados en el Art. 4, EL ASEGURADO podrá solicitar el reembolso de los gastos asumidos de manera particular, aplicándose el DEDUCIBLE y COASEGURO indicados en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA para todos los gastos cubiertos relacionados con la solicitud de cobertura, y en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se prestó el servicio.

11.4. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Si se encuentra estipulado en la TABLA DE BENEFICIOS, LA COMPAÑÍA pagará los gastos derivados del tratamiento en la red de proveedores de centros de atención de urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia urgente pero no grave, cubierta bajo la póliza.

- La red de proveedores de centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia se encuentra disponible en www.bupasalud.com/red-de-salud,
- El ASEGURADO debe buscar proveedores con la denominación "Urgent care/Center/Facility"
- El ASEGURADO debe comunicarse con la central de emergencias internacionales de LA COMPAÑÍA cuyos números encontrará en su carné de seguro.
- El ASEGURADO deberá brindar su nombre, fecha de nacimiento, número de póliza, nombre del centro de urgencia elegido, dirección y teléfono. LA COMPAÑÍA validará la cobertura.
- EL ASEGURADO deberá presentar su carné de seguro en el centro de atención de urgencias y pagar el copago correspondiente para recibir atención.

11.5. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

En caso de una evacuación médica de emergencia, las coordinaciones se realizarán a través de nuestra central de asistencia al número que figura en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza, LA COMPAÑÍA proporcionará aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Estos servicios se brindan las 24 horas del día los 365 días del año.

