



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

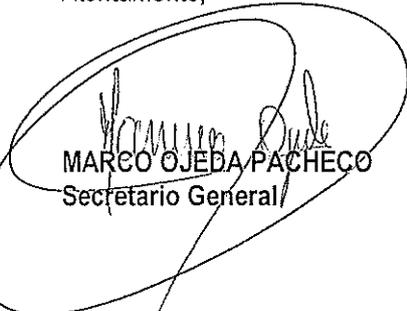
Lima, 20 de noviembre de 2014

OFICIO N° 43018-2014-SBS

Señor
Gerente General
MAPFRE PERÚ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS
Av. 28 de Julio 873
Miraflores

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 7783-2014 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,


MARCO OJEDA PACHECO
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-1485





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 20 NOV. 2014

Resolución S. B. S
N° 7783-2014

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Mapfre Perú (en adelante, Mapfre) mediante cartas de fecha 08 de enero y 30 de octubre de 2014, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Asistencia Médica Sumar Salud Plus";

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 relacionadas a los siguientes aspectos:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- 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, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.
- 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, de conformidad con el artículo 9° del Reglamento de Transparencia, 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 Pólizas de Seguro y Notas Técnicas;

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 que esta Superintendencia supervisa;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Transparencia y otras disposiciones que emita esta Superintendencia, 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;





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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;

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;

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 y el Reglamento de Transparencia;

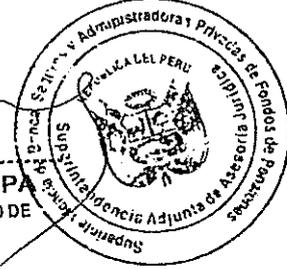
RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Asistencia Médica Sumar Salud Plus" presentadas por Mapfre; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un producto de asistencia médica. 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 Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° AE0716400146.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, Mapfre deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Asistencia Médica Sumar Salud Plus", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN

(...)

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 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 que usó para la contratación del seguro siempre que sea fehaciente, con una anticipación no menor de treinta (30) días, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro.

En tal supuesto 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 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.

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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 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 presentada por el ASEGURADO TITULAR se procederá la resolución.
- 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 Art. 10 de la presente Cláusulas Generales de Contratación.

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

- A) EL CONTRATANTE en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, 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) a 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 por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el Art. 17° de la presente Cláusulas Generales de Contratación, en caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE la prima pagada por el periodo no cubierto, el plazo máximo para realizar dicho reembolso no superará los 30 días calendarios, contados desde la fecha de la resolución.

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.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 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 dichas causales 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.

(...)

11. PRIMA

La prima de seguro tiene el objeto de garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma pactados.

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



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 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.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

(...)

24. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada 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, el Contratante 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, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

(...)

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 SEGUROS

La presente Póliza no considerará como enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o DEPENDIENTES hayan recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguros dentro del sistema asegurador peruano que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente siempre que la presente póliza se haya contratado en el plazo máximo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato anterior.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

CONDICIONES GENERALES

(...)

Artículo 9°: PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

9.1. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria, sólo tiene que presentar a la Red Alterna de Proveedores su DNI y/o carné de asegurado. El proveedor de la Red Alterna de Proveedores solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA. La Carta de Garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

9.2. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE e identificarse en la recepción con su DNI y/o carné. Asimismo, deberá cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso de requerir una atención médica de mayor complejidad, EL ASEGURADO podrá ser derivado a un proveedor de la Red Alterna de Proveedores que se indica en la Tabla de Beneficios.

Para la atención con el Proveedor de la Red Alterna de Proveedores, EL ASEGURADO deberá presentar la autorización médica por la derivación de la Red de Centros Médicos de MAPFRE y su documento de identidad.

9.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA

El ASEGURADO deberá dirigirse a la Red de Centros Médicos de MAPFRE o la Red Alterna de Proveedores dentro de las 24 hrs. de ocurrido el accidente, presentando su DNI y/o carné, y realizar el pago del deducible y coaseguro que se indica en la tabla de beneficios. En caso la emergencia derive en una hospitalización, EL ASEGURADO podrá utilizar su cobertura de Hospitalización según la Red Alterna de Proveedores indicada en la Tabla de Beneficios, de acuerdo al procedimiento establecido en el numeral 9.1 del presente Artículo.

La continuación del tratamiento ambulatorio posterior a la emergencia será brindada única y exclusivamente en la Red de Centros Médicos de MAPFRE, bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios Cubiertos.

9.4. SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS AMBULATORIAS

El ASEGURADO deberá dirigirse a la Red de Centros Médicos de MAPFRE o la Red Alterna de Proveedores ambulatorios, identificarse en la recepción con su DNI y/o carné y abonar el deducible y coaseguro establecidos en la Tabla de Beneficios.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso la emergencia derive en una hospitalización, EL ASEGURADO podrá utilizar su cobertura de Hospitalización según la Red Alternativa de Proveedores indicada en la Tabla de Beneficios, de acuerdo al procedimiento establecido en el numeral 9.1 del presente Artículo.

La continuación del tratamiento ambulatorio posterior a la emergencia será brindada única y exclusivamente en la Red de Centros Médicos de MAPFRE, bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios Cubiertos.

9.5. MATERNIDAD

En caso EL ASEGURADO requiera de este beneficio, deberá presentar al proveedor médico afiliado de la Red Alternativa de Proveedores su DNI y/o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

9.6. CONTROL DE NIÑO SANO

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del Centro su DNI y/o carné.

9.7. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del Centro su DNI y/o carné.

Cancelar en el centro el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso de Hospitalización en la Red Alternativa de Proveedores, previa derivación autorizada por la Red de Centros Médicos de MAPFRE, el ASEGURADO para hacer uso de este beneficio, deberá seguir el procedimiento establecido en el numeral 9.1 del presente Artículo.

9.8. VACUNACIÓN

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del Centro su DNI y/o carné.

9.9. COBERTURA OPTOMÉTRICA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del proveedor su DNI y/o carné.

9.10. ODONTOLOGÍA





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del proveedor su DNI y/o carné.

Cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

9.11. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS

En caso EL ASEGURADO requiera de este beneficio, deberá presentar al proveedor médico afiliado a la Red Alterna de Proveedores su DNI y/o carné.

El proveedor médico afiliado a la Red Alterna de Proveedores solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

La carta de garantía incluirá el costo del prótesis, siempre y cuando la atención hospitalaria este cubierta.

9.12. NUTRICIONISTA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del proveedor su DNI y/o carné.

9.13. PSICOLOGÍA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del proveedor su DNI y/o carné.

9.14. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

La cobertura será solicitada a LA COMPAÑÍA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del resultado del examen histopatológico, por escrito y de manera cierta a través de los medios y en la dirección previamente acordada con EL CONTRATANTE según lo establecido en el numeral 3 del resumen.

Para solicitar la indemnización correspondiente, EL ASEGURADO deberá presentar los siguientes documentos en las oficinas de MAPFRE PERÚ:

- Solicitud dirigida a MAPFRE PERÚ.
- Informe de la Evaluación por parte del médico oncólogo tratante.
- Examen histopatológico original firmado y sellado por el médico tratante.
- Fotocopia de la Historia Clínica de EL ASEGURADO, foliada y fedateada.
- Fotocopia del documento de identidad de EL ASEGURADO solicitante.

En caso la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o Beneficiario, podrá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) que tiene para consentir o rechazar el siniestro.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El siniestro se entiende consentido cuando la compañía no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación señalada en el presente numeral.

Una vez consentido el siniestro, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización en un plazo no mayor a treinta (30) días.

