



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 18 de febrero de 2020

OFICIO N° 7091-2020-SBS

Señor
Gerente general
BNP PARIBAS CARDIF S.A.
COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
Av. Canaval y Moreyra N° 380, Of. 1101
SAN ISIDRO



Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 0760-2020 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General



epa



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 18 FEB. 2020

Resolución S.B.S

N° 760 - 2020

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, La Compañía) con fecha 04 de noviembre de 2019, 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, y el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, la Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, en adelante Reglamento de Transparencia, y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, la Resolución SBS N° 7044-2014 y sus modificatorias, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Primer Diagnóstico de Cáncer";

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, Ley N° 26702 y sus modificatorias, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

Que, mediante la Ley de Seguros, se dispuso que esta Superintendencia apruebe las condiciones mínimas de las pólizas de seguro que se comercialicen en el mercado peruano en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, a fin de brindar mayor protección a los usuarios del sistema;

Que, el Reglamento de Transparencia describe la facultad de esta Superintendencia para la aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas en las pólizas de seguro, así como para la determinación de cláusulas abusivas;

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del 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.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 de la Ley de Seguros.
- k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.
- l. 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.
- m. 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 Modelos de Pólizas de Seguro;

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 Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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, considerando que nos encontramos ante un producto de asistencia médica, no corresponde la aprobación de la condición mínima a que se refiere el literal l) del artículo 10 del Reglamento de Transparencia, sobre el derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado;

Estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría y Supervisión 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 Transparencia;

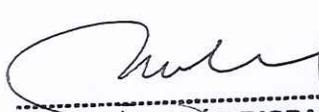
RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Primer Diagnóstico de Cáncer", 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° AE2086400087.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro Primer Diagnóstico de Cáncer", 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 60 días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN

ARTICULO N° 4: VIGENCIA Y RENOVACION:

El contrato de seguro tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado. El contrato de seguro podrá renovarse automáticamente, según se establezca en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia del contrato o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

En caso la Compañía decida renovar el contrato de seguro en condiciones distintas al anterior, deberá comunicarlo por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendarios.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento del contrato de seguros para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación efectuada por la Compañía; caso contrario y solo en caso se haya pactado la renovación automática se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. Las nuevas condiciones serán comunicadas al Asegurado de acuerdo a lo previsto en el segundo párrafo del artículo 15° de las Cláusulas Generales de Contratación.

En caso la propuesta de modificación sea rechazada, el contrato de seguro se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente, no procediendo la renovación automática del contrato.

En caso la Compañía decida no renovar el contrato de seguros, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar el contrato de seguros deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios.

Cuando el asegurado haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida tendrá derecho a continuar renovando el contrato de seguro indefinidamente con coberturas no menores a las pactadas anteriormente.

ARTICULO N° 5: PAGO DE PRIMAS:

La prima, el plazo y forma de pago estará establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El Contratante y/o Asegurado incurrirá en mora si no paga la prima en las fechas establecidas, la cual se produce a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de la prima. En caso de mora la Compañía podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo a la tasa que se pacte en las Condiciones





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado. El interés moratorio en caso corresponda se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

El incumplimiento de pago de la prima, originará la suspensión de las coberturas, una vez transcurridos treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya concedido un Período de Gracia para el pago. La Compañía comunicará al correo electrónico o domicilio físico del Asegurado antes del vencimiento de dicho plazo la posibilidad de la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima, así como el plazo del que dispone el Asegurado para pagar antes de la suspensión de la cobertura.

La Compañía no será responsable por los Siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

La suspensión de cobertura no será aplicable en los casos en que el Asegurado o Contratante haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato de seguros.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía podrá optar por resolver el contrato de seguros, el mismo que quedará resuelto, en el plazo de treinta (30) días calendarios contado a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución. La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el contrato de seguro por la Compañía, no procederá su rehabilitación.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo, el contrato de seguro quedará extinguido, no procediendo su rehabilitación.

Sin perjuicio de lo expuesto, la Compañía podrá compensar la prima pendiente de pago, contra la indemnización debida al Asegurado y/o Beneficiario, de corresponder el pago del siniestro.

ARTICULO N° 7: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

El contrato de seguro será nulo por:

- 7.1. Ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato o al inicio de sus efectos.
- 7.2. Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 7.3. 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.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida por el Asegurado, y la Compañía igualmente celebró el contrato. En este caso, el contrato se mantiene vigente.



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de nulidad por las causales establecidas en los numerales 7.1 y 7.2 la Compañía procederá a devolver las primas pagadas sin intereses.

En caso de nulidad por la causal establecida en el numeral 7.3 la Compañía retendrá el monto de las primas pagadas acordadas para el primer año de duración 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 o con culpa inexcusable a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa por parte de la Compañía y absuelta por el Asegurado de manera expresa o de una declaración expresa suscrita por el Contratante y/o Asegurado.

Desde el momento en que el Asegurado y/o Contratante incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados a su favor y nulos los que pudieran haberse generado. El Asegurado y/o Contratante, perderán automáticamente todo derecho a reclamar indemnización relacionada con el contrato de seguros.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios ya hubieran cobrado la indemnización por algún siniestro o gozado de algún otro beneficio, quedarán automáticamente obligados frente a la Compañía a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar.

ARTICULO N° 8: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO:

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

8.1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver el contrato de seguros durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.

8.2. Solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.

8.3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, excepto en los casos de actos realizados para evitar el siniestro o atenuar sus consecuencias, por un deber de humanidad generalmente aceptado, por legítima defensa, estado de necesidad o cumplimiento de un deber legal.

8.4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario previstas en el numeral 11.2 y/o 11.4 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 11.3 del artículo 11° de las Cláusulas Generales de Contratación siempre que medie dolo o culpa inexcusable.¹



¹ ARTICULO N° 11: OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO
(...)



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

8.5 De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del contrato de seguros.

8.6 La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la suma asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La Compañía resolverá el contrato de seguro mediante comunicación dirigida al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del contrato de seguro en los supuestos señalados en los numerales 8.2, 8.3 y 8.4. operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. En el caso de un seguro grupal, la resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 8.1. la Compañía tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 8.5 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados entre las Partes. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuada de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que opera la resolución del contrato de seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 8.1, 8.5 y 8.6 y de tratarse de un seguro grupal, el Contratante comunicará al Asegurado la resolución del Contrato de Seguro.

En el caso de un seguro grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado serán las previstas en los numerales 8.1 al 8.6.

ARTÍCULO N° 10: AVISO DE SINIESTRO, LIQUIDACION Y PAGO:

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicar la ocurrencia del siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su

Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:

- 11.2. Comunicar el siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados.
- 11.3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
- 11.4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado.



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTICULO N° 12: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro, de acuerdo a ley. En caso de modificación normativa, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro. En caso de cobertura por Fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTICULO N° 14: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguro.

(...)

ARTICULO N° 15: MODIFICACION DEL CONTRATO DE SEGURO:

La Compañía podrá modificar las condiciones del contrato de seguro durante su vigencia, previa aceptación por escrito del Contratante. De tratarse de un seguro grupal, la Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 13° de las Cláusulas Generales de Contratación.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática del contrato de seguro salvo que hayan transcurrido cinco (5) años de renovación continua e ininterrumpida, en cuyo caso se mantendrán, como mínimo, las coberturas originalmente contratadas, pudiéndose modificar las demás condiciones del contrato.

ARTICULO N° 20: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, podrá dejar sin efecto el contrato de seguro comercializado por medios de sistemas a distancia y/o ofrecidos a través de comercializadores, sin expresión de causa ni penalidad dentro del plazo de quince (15) días calendarios de recibida la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del contrato de seguros, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima pagada, dentro de los 30 días calendario de ejercido el derecho de arrepentimiento. Este derecho no aplica cuando el Asegurado hubiera hecho uso de la cobertura.

ARTICULO N° 22: TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIAS:

En los casos de seguros de salud que tengan coberturas de prestación de servicios de asistencia médica, la Compañía no considerará como preexistencias, aquellas que se hayan generado o por la que el Asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro y/o plan de salud que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicha cobertura hubiera tenido origen en una póliza de seguros de salud y/o plan de salud diferente. Para dicho efecto, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía la existencia del seguro y/o plan de salud anterior, presentando la póliza de seguro y/o plan de salud, siendo de su cargo los costos que la presentación de dicho



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

documento le genere. En caso que el Asegurado de un seguro grupal, dejara de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato de seguro y/o plan de salud anterior, una nueva cobertura con la Compañía.

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 3º: DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS

¿Qué documentos debes presentar para la solicitud de cobertura?

1. Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
2. Copia simple del Certificado médico y exámenes médicos que sustenten el diagnóstico de cáncer (biopsia y/o radiografías, etc, según corresponda).
3. Copia simple del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante.
4. Copia simple de la Historia Clínica del Asegurado.

