



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 02 de febrero de 2023

RESOLUCIÓN SBS

N° 00356-2023

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 23 de noviembre de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Muerte Accidental Plus"¹, registrado con Código SBS N° AE2086100038, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3288 - 2021 de fecha 09 de noviembre de 2021.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 23 de noviembre de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Muerte Accidental Plus", registrado con Código SBS N° AE2086100038;

Que, a través de la Resolución SBS N° 3288 - 2021 de fecha 09 de noviembre de 2021, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal y masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

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

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

¹ También denominado Seguro Muerte Accidental Plus Soles, Seguro Multiprotección Plus, Seguro Protección Total Plus, Seguro Muerte Accidental Plus Ripley, Seguro Muerte Accidental Plus Dólares





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Que, considerando que nos encontramos ante una póliza de accidentes personales, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas contempladas en los incisos 2 y 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Conducta, referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud y a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, aplicable a los seguros de vida, respectivamente;

Que, la presente resolución aprueba la modificación de las condiciones mínimas previstas en los artículos 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 20 de las Cláusulas Generales de Contratación aplicables al Riesgo de Accidentes Personales y el artículo 3 del Condicionado General del producto "Muerte Accidental Plus", sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, 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 del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 20 de las Cláusulas Generales de Contratación aplicables al Riesgo de Accidentes Personales y el artículo 3 del Condicionado General del producto "Muerte Accidental Plus", cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 3288 – 2021 de fecha 09 de noviembre de 2021, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la empresa en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Muerte Accidental Plus", incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de póliza correspondiente al producto "Muerte Accidental Plus" modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN APLICABLES A RIESGO DE ACCIDENTES PERSONALES

ARTICULO N° 4: VIGENCIA Y RENOVACION. La vigencia del seguro será establecida en el contrato de seguros.

El contrato de seguros podrá renovarse automáticamente, manteniéndose la cobertura después de vencida la vigencia inicial del contrato o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones. En caso que la Compañía decida renovar el contrato de seguros 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 previos al vencimiento del contrato de seguros. 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 que se haya pactado la renovación automática se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, debiendo la Compañía emitir la Póliza con las modificaciones en caracteres destacados. 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 que la propuesta de modificación sea rechazada, el contrato de seguros 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 o Asegurado, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios. Del mismo modo, en caso el Contratante 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.

ARTÍCULO N° 5: PAGO DE PRIMAS. La prima, el plazo y forma de pago será establecida en el contrato de seguros. El Contratante 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 del plazo. En caso de mora, la Compañía podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo a la tasa pactada en el contrato de seguros. 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 Contratante o 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 para pagar antes de la suspensión de la cobertura. 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 período corrido del contrato de seguros. La Compañía podrá compensar la prima pendiente de pago, contra la indemnización debida, de corresponder el pago del siniestro. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida. 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 cual quedará resuelto, en el plazo de treinta (30) días calendarios contado a partir del día en que el Contratante o Asegurado, reciba una comunicación 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 período efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el contrato de seguros por la





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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 seguros quedará extinguido.

(...)

ARTICULO N° 7: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO. El contrato de seguros 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 o declaración inexacta, si media dolo o culpa inexcusable del Contratante 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. La Compañía dispondrá de 30 días calendarios desde que toma conocimiento de la reticencia o declaración inexacta para invocar esta causal de nulidad, el cual será notificado al Contratante o Asegurado.

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 un plazo de 30 días de comunicada la nulidad del contrato. 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 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 o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa por parte de la Compañía y absuelta por el Asegurado de manera expresa o en una declaración expresa suscrita por el Contratante o Asegurado. Desde el momento en que el Asegurado o Contratante incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguros, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados a su favor y son nulos los que pudieran haberse generado. El Asegurado o Contratante, perderán automáticamente todo derecho a reclamar indemnización relacionada con el contrato de seguros. Si el Asegurado 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 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 que 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 o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre tal decisión.

8.2. Solicitud de cobertura fraudulenta o sustentada en documentos o declaraciones falsas.

8.3. Si el Siniestro fuera causado por un acto u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante, Asegurado 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.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

8.4. Incumplimiento de las cargas del Contratante o Asegurado o Beneficiario previstas en el numeral 11.2 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 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.

8.5. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado o Contratante. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del contrato de seguros. La resolución operará de manera automática desde que la Compañía recibe el aviso.

8.6. De forma voluntaria y sin expresión de causa por la Compañía, mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios al Contratante.

8.7 La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima o de la suma asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia o declaración inexacta no dolosa del Contratante o Asegurado. La Compañía resolverá el contrato de seguros 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.²

La resolución del contrato de seguros en los supuestos señalados en los numerales 8.2, 8.3 y 8.4 operará al día siguiente de notificada la comunicación de resolución al Contratante. En el caso de un seguro grupal, la resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación al 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 caso corresponda en el supuesto señalado en el numeral 8.5 siempre que se trate de un seguro masivo 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 o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados entre las Partes. En el supuesto señalado en el numeral 8.5, tratándose de un seguro no masivo y siempre y cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, será efectuada de manera automática por la Compañía dentro del plazo de 30 días, el cual se computará desde la solicitud de resolución.

En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado 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 Seguro.

En los supuestos señalados en los numerales 8.1, 8.5, 8.6 y 8.7 de tratarse de un seguro grupal, el Contratante comunicará al Asegurado la resolución del contrato de seguros. En el caso de un seguro

² Conforme a lo manifestado por la Compañía, la resolución surtirá efectos desde su comunicación.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

grupales, las causales de resolución aplicables al Asegurado serán las previstas en los numerales 8.1 al 8.7.

(...)

ARTÍCULO N° 10: AVISO DE SINIESTRO, LIQUIDACION Y PAGO. El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberán comunicar la ocurrencia del siniestro a la Compañía³ dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o beneficio y a través de los medios establecidos en el contrato de seguros. Posteriormente al aviso del siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberán presentar los documentos sustentatorios completos establecidos en el contrato de seguros. La Compañía evaluará el siniestro y procederá a su rechazo o aprobación en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios después de recibidos los documentos sustentatorios, salvo que la Compañía solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los documentos sustentatorios, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días que tiene la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro hasta que se presente las aclaraciones correspondientes. El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el siniestro. Se entiende consentido el siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibidos los documentos sustentatorios completos. En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado y/o Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguros por todo el tiempo de la mora.

ARTÍCULO N° 11: OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO. Es obligación del Contratante, Asegurado o Beneficiario:

(...)

11.2. Comunicar el siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados.

(...)

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 11.2 por dolo o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá 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. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 11.4 por dolo o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado y es causal de resolución del contrato de seguros, salvo que

³ Se aprueba la presente condición mínima, teniendo en consideración que, conforme a lo dispuesto por el inciso a) del artículo 16 del Reglamento de Comercialización de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 1121-2017, las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del siniestro o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerce el derecho a resolver o proponer una modificación al contrato de seguros en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conocía la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos. En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

La pérdida del derecho a la indemnización será comunicada de manera independiente o simultánea a la resolución del contrato de seguros y dentro del plazo establecido para el rechazo de siniestros.

ARTICULO N° 12: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA. Las acciones derivadas del contrato de seguros prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro, de acuerdo a ley. En el 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: SOLUCION DE CONTROVERSIAS. Las Partes se someten al Poder Judicial para cualquier conflicto que surja en relación al contrato de seguros. No obstante, el Asegurado, Contratante o Beneficiario podrá presentar sus denuncias o reclamos ante:

- La Defensoría del Asegurado.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP

ARTICULO N° 15: MODIFICACION DEL CONTRATO DE SEGUROS. La Compañía podrá modificar las condiciones del contrato de seguros 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.

(...)

ARTÍCULO N° 20: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO. El Contratante o Asegurado, según se trate de un seguro individual o grupal, respectivamente, tendrá derecho de resolver el contrato de seguros, siempre que no sea condición para contratar un crédito y si no hubiera hecho uso de las coberturas,





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

dentro del plazo de quince (15) días calendarios de recibida la Póliza o Certificado, quedando obligada la Compañía a devolver la prima pagada en un plazo de 30 días de recibida la solicitud de derecho de arrepentimiento, la misma que podrá darse a través de cualquiera de los medios contemplados en el artículo 13 de las presentes Clausulas Generales de Contratación.

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO N° 3: ¿QUÉ DOCUMENTOS DEBES PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA?

3.1 En caso de Muerte Accidental:

- Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad o partida de nacimiento de los menores de edad.
- Copia simple de la Declaratoria de herederos o Testamento en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Copia simple del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.
- Copia simple de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.⁴

3.2 Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

- Formulario de denuncia del Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso sea requerido por la Compañía.⁵
- Copia simple del Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o COMEC (Comité Médico de la Superintendencia) o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente a los Documentos Sustentatorios para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad deberán presentarse los siguientes documentos:

- Copia simple del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.

⁴ Según lo indicado por la Compañía, en caso de duda del asegurado respecto a dónde recurrir para obtener la historia clínica, se le brindará asesoría a través de los canales de atención al asegurado conforme lo dispone el art. 29 del Reglamento de Conducta.

⁵ IDEM





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

3.3 Para la cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente

- Formulario de denuncia de Siniestro proporcionado por la Compañía.
- Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia simple de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, en caso la Compañía lo requiera.⁶
- Copia simple del Certificado médico.
- Copia simple de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
- Copia simple del documento que acredite el alta o salida del Asegurado.
- Copia simple del Informe Policial o Atestado Policial o Parte Policial, según corresponda.
- Copia simple del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

⁶ IDEM.

