



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP  
República del Perú

Lima, 19 de mayo de 2016

**OFICIO N° 19068-2016-SBS**

Señor  
Gerente General  
**CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**  
Av. Paseo de la República N° 6010, Piso 12  
**MIRAFLORES**



Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 2809-2016 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

  
**MARCO OJEDA PACHECO**  
Secretario General



epa

Expediente N° 2016-28492



Lima, 19 MAYO 2016

*Resolución S.B.S*

*N° 2809 - 2016*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

VISTOS:

La solicitud presentada por Crecer Seguros S.A. Compañía de Seguros Vida (en adelante, Crecer) mediante cartas recibidas con fechas 18 de Marzo de 2016 y 29 de Abril de 2016, 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, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Vida Desgravamen";

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 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. 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 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;





**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**  
República del Perú

Que, en virtud de lo informado por Crecer mediante comunicación recibida con fecha 29 de Abril de 2016, no resulta aplicable el derecho de arrepentimiento en tanto es un producto diseñado para ser ofertado como condición para contratar operaciones crediticias;

Que, en lo que se refiere a los efectos del incumplimiento de pago de prima, Crecer ha manifestado en su comunicación recibida con fecha 29 de Abril de 2016 que su inclusión no es aplicable en la medida que la presente póliza se encuentra sujeta a un pago único y anticipado de la prima;

Estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; 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 "Vida Desgravamen", presentadas por Crecer; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de vida grupo particular. 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° VI1787200006.

**Artículo Tercero.-** Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, Crecer deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Vida Desgravamen", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario.

Regístrese y comuníquese

  
**MILA GUILLÉN RISCO**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP  
República del Perú

**ANEXO N° 1**  
**CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**ARTÍCULO N° 14: CAUSALES DE RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL SEGURO**

a) Causales de resolución

El Certificado se resolverá en cualquiera de los siguientes escenarios, previa notificación a EL ASEGURADO:

1. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte de EL ASEGURADO titular sobre la propuesta de revisión del Certificado efectuada por LA COMPAÑÍA, en caso de declaración inexacta o reticente que no obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales<sup>1</sup>. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido entre la propuesta de ajuste y la resolución del Certificado.
2. Por presentar una solicitud de pago de siniestro fraudulenta, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo N° 17 de estas Condiciones Generales<sup>2</sup>. LA COMPAÑÍA tendrá derecho a la parte proporcional de la prima devengada por el tiempo transcurrido hasta la solicitud de pago del siniestro.
3. Por ejercicio por parte de EL ASEGURADO titular, de su derecho legal de resolver el seguro sin expresión de causa, previsto en el artículo 50 de la Ley 29946 y artículo 20 de la Resolución SBS 3199-2013; utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios, que utilizó para la contratación del seguro. En este caso deberán devolverse a EL ASEGURADO titular, de ser el caso, las primas pagadas no consumidas.

La resolución del Certificado deberá posteriormente ser comunicada al CONTRATANTE. Asimismo, LA COMPAÑÍA devolverá –sin gestión adicional alguna por parte de EL ASEGURADO–

**<sup>1</sup> ARTÍCULO N° 13: DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

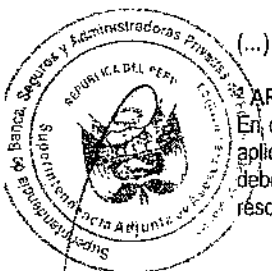
Según lo indicado en el Artículo N° 9 de las presentes Condiciones Generales, los términos y condiciones de la Póliza se definen basándose en la veracidad y exactitud de las declaraciones de EL CONTRATANTE y EL ASEGURADO. Si las declaraciones fueran inexactas o reticentes, es probable que LA COMPAÑÍA hubiera definido condiciones diferentes bajo conocimiento del verdadero estado del riesgo declarado. Es por ello, que LA COMPAÑÍA tiene derecho a declarar la nulidad del Certificado, siempre y cuando haya habido dolo o culpa inexcusable, como se señala en el Artículo N° 14 de este documento.

Si la declaración inexacta o reticente no obedece a dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO y no han transcurrido dos años desde la celebración del contrato, se pueden producir las siguientes situaciones:

1. Si no ha ocurrido ningún siniestro: LA COMPAÑÍA podrá presentar una propuesta de revisión del Certificado en lo referente a un ajuste de primas y/o de cobertura, en un plazo de treinta (30) días desde la fecha en que se constató la declaración inexacta o reticente. EL ASEGURADO titular deberá aceptar o rechazar la propuesta en un plazo máximo de diez (10) días desde que le fue hecha. Si no se pronuncia o rechaza la propuesta, LA COMPAÑÍA podrá resolver el Certificado comunicándose a EL ASEGURADO dentro de los treinta (30) días siguientes a los diez (10) días antes mencionados. La resolución del Certificado deberá ser informada luego a EL CONTRATANTE.

**ARTÍCULO N° 17: SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO FRAUDULENTO**

En caso de que se presente documentos falsos, dolosos o engañosos para sustentar la solicitud de pago de siniestro, se aplicará el Artículo N° 14 de las presentes Condiciones Generales y se procederá a resolver el contrato. LA COMPAÑÍA deberá comunicar a EL ASEGURADO o a su BENEFICIARIO, su decisión de resolver el Certificado. La presente causal de resolución produce la liberación de la COMPAÑÍA al momento que se presente dicha situación.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

la prima correspondiente al periodo no devengado, en caso de existir el mismo, según la forma de pago de la prima determinada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

La Póliza puede ser resuelta por la sola voluntad del CONTRATANTE sin expresión de causa. EL CONTRATANTE deberá notificar a LA COMPAÑÍA por escrito con por lo menos treinta (30) días de anticipación. La Resolución deberá ser comunicada por el CONTRATANTE a los ASEGURADOS.

(...)

### c) Causales de nulidad

El Certificado será nulo desde el inicio de su vigencia en los siguientes casos:

1. Si EL ASEGURADO incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, según lo indicado en el Artículo N° 13 de las presentes Condiciones Generales.
2. Si EL ASEGURADO superaba la edad máxima de ingreso a la fecha de contratación del seguro e hizo una declaración inexacta de su verdadera edad.
3. En ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo con el Artículo N° 2 de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al momento de contratar el seguro, se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo N° 3 de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable (numeral c.1), LA COMPAÑÍA tiene derecho en concepto de indemnización a las primas pactadas para el primer año.

En caso de que se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada por EL ASEGURADO, sin intereses, abonando el monto correspondiente a la cuenta en la que se efectuó el cargo. La devolución mencionada se efectuará en un plazo de siete (7) días desde que se declaró la nulidad.

La nulidad del certificado de seguro será notificada a EL ASEGURADO e informada a EL CONTRATANTE con posterioridad.

### ARTÍCULO N° 15: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o cualquier tercero deberá informar a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro (aviso de siniestro) dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

En caso de ITP por enfermedad, ésta deberá existir de un modo continuo por no menos de seis (6) meses. El plazo de siete (7) días para dar aviso a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro se iniciará luego de pasados los seis (6) meses mencionados anteriormente.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo LA COMPAÑÍA podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro.





**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Para solicitar la cobertura, EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o la persona que haya tomado conocimiento de la ocurrencia del siniestro podrá acercarse a cualquier oficina de LA COMPAÑÍA o de EL COMERCIALIZADOR y presentar los siguientes documentos obligatorios requeridos para solicitar el pago del siniestro:

| Documentos Obligatorios  | Muerte Natural | Muerte Accidental | ITP por Enfermedad | ITP por Accidente |
|--|----------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).   | ✓              | ✓                 |                    |                   |
| Partida o Acta de Defunción (original o copia simple)  | ✓              | ✓                 |                    |                   |
| Certificado de Necropsia <sup>1</sup> (original o certificación de reproducción notarial).   |                | ✓                 |                    |                   |
| Atestado Policial Completo <sup>1</sup> (copia simple)   |                | ✓                 |                    | ✓                 |
| Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico <sup>1</sup> (copia simple) (Puede estar incluido en el Atestado policial)   |                | ✓                 |                    | ✓                 |
| Dictamen o certificado médico emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSA), en original o en certificación de reproducción notarial. |                |                   | ✓                  | ✓                 |
| Monto original y saldo insoluto de la deuda sin incluir intereses, moras, comisiones o gastos, emitido por la entidad titular del derecho de crédito (Original o Copia simple).  | ✓              | ✓                 | ✓                  | ✓                 |
| Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial), salvo que EL ASEGURADO haya designado beneficiarios específicos.   | ✓              | ✓                 |                    |                   |

<sup>1</sup> Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el pago del siniestro (aprobación o rechazo) en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, desde la entrega de la documentación obligatoria completa; salvo que el consentimiento del siniestro requiera un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del pago. Esta ampliación de plazo requerirá la autorización de EL ASEGURADO o BENEFICIARIO, o en su perjuicio de la SBS. Todo ello, según lo establecido en el artículo 74° de la Ley de Contrato de Seguro N° 29946.

Asimismo, LA COMPAÑÍA podrá solicitar documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación del siniestro. Los documentos adicionales mencionados deberán ser solicitados dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo con el que cuenta LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro (previsto en el párrafo anterior) hasta que se presente lo solicitado.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia en los plazos establecidos en este Artículo, se entenderá que el siniestro queda aprobado.





**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**  
República del Perú

**ARTÍCULO N° 16: PAGO DE SINIESTRO**

Una vez aprobado el siniestro, LA COMPAÑÍA cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario para realizar el pago del siniestro.

**ARTÍCULO N° 19: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA**

Toda modificación de la Póliza, para que sea válida, deberá ser realizada por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA y por EL CONTRATANTE.

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de EL CONTRATANTE, quien tiene derecho de 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. Con su firma en la solicitud de seguro EL ASEGURADO consiente la cláusula ahí contenida, según la cual a través de este procedimiento puede verse modificado su certificado (excepto en lo que se refiere a exclusiones y riesgos cubiertos). De proceder la modificación, LA COMPAÑÍA entregará a EL CONTRATANTE la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento de LOS ASEGURADOS con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a que entren en vigencia las modificaciones, a fin de que EL ASEGURADO pueda, si desea, manifestar su voluntad de resolver su certificado de seguro.

**ARTÍCULO N° 21: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**  
(...)

b) Vía judicial

Toda disputa, controversia, reclamo, litigio, divergencia o discrepancia entre los ASEGURADOS, EL BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE que se encuentre relacionada con el Contrato de Seguro o con la interpretación de la Póliza, podrá ser resuelta por los Jueces y Tribunales que correspondan de acuerdo a Ley.

c) Vía arbitral

Asimismo, cuando se trate de controversias posteriores a la ocurrencia del siniestro, referidas al monto del pago del mismo, las partes podrán pactar entonces acudir a la Jurisdicción Arbitral, siempre que los daños o pérdidas reclamadas a LA COMPAÑÍA sean superiores o iguales al límite fijado por la SBS.

