



Revisión y mejoramiento de la normatividad peruana para el desarrollo del mercado de seguros agrícolas

**Proyecto “Clima, Agro y Transferencia del Riesgo” (CAT)
BMU/Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
(GIZ)**

Consultora:

Mónica Vera

Entregable final

Lima, 2016

El proyecto Clima, Agro y Transferencia del Riesgo se desarrolla en el marco de la Iniciativa Internacional de Protección del Clima (IKI) del Ministerio Federal de Medio Ambiente, Protección de la Naturaleza y Seguridad Nuclear (BMU) de Alemania.

Revisión y Mejoramiento de la Normatividad Peruana para el Desarrollo del Mercado de Seguros Agrícolas

Entregable Final

Elaborado para:
Proyecto Clima, Agro, Transferencia del Riesgo - CAT
Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) - PERU

Consultor: Mónica Vera
Abogada

Contenido

- 1. INTRODUCCIÓN 3
- 2. ANTECEDENTES 4
- 3. DESCRIPCIÓN DE LAS BARRERAS NORMATIVAS IDENTIFICADAS Y ANÁLISIS DE SUS EFECTOS GENERALES Y PROBLEMA PUNTUAL QUE REPRESENTA PARA EL DESARROLLO DE LOS SEGUROS AGRÍCOLAS EN PERÚ..... 10
- 4. PROPUESTAS Y SOLUCIONES PARA LA SUPERACIÓN DE LAS BARRERAS IDENTIFICADAS.... 17
- 5. MATRIZ DE BARRERAS Y LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN 20
- ANEXO A: NORMATIVA VIGENTE 21
 - Ley del Contrato de Seguro N° 29.946 21
 - Resolución S.B.S.N° 3198 -2013* 37
 - Resolución S.B.S. N° 3199 -2013* 43
 - Resolución S.B.S. N ° 3201-2013* 59
 - Resolución S.B.S.N° 3202-2013* 62
 - Resolución S.B.S.N° 2996 -2010* 69
- ANEXO B: PROPUESTA DE NORMATIVA 78

Listado de Abreviaciones

ART.:	Artículo
CAT:	Proyecto Clima, Agro y Transferencia del Riesgo
CPP:	Constitución Política del Perú
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
La Ley:	Ley 29.946 Ley de Contrato de Seguro
MINAGRI:	Ministerio de Agricultura y Riesgo del Perú
SBS:	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
STRS:	Sistema de transferencia del riesgo sostenible

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enmarca dentro del Proyecto CAT, cuyo objetivo es crear un sistema de transferencia del riesgo sostenible generado y financiado por el estado en conjunto con el sector privado, por lo que se desarrolla en convenio con el MINAGRI y la SBS y debe contribuir de manera sostenible a la adaptación al cambio climático en el sector agrícola.

En Perú, la agricultura es imprescindible para la vida del hombre y para el desarrollo económico del país, además los sectores más pobres del país se encuentran en las zonas rurales donde la principal actividad es la agricultura, ya que alrededor del 85% son agricultores.¹

Parte de los problemas que enfrenta la agricultura se debe a factores que no se pueden predecir y uno de los factores principales de ese tipo corresponde a los fenómenos geo-climáticos (huaycos, inundaciones, heladas y catástrofes en general). La preocupación por dichos fenómenos y su impacto en el medio ambiente ha ido evolucionando, pues en los últimos años el cuidado de la producción agrícola se hace más relevante, ya que los factores geo-climáticos se vuelven más abruptos por los cambios climáticos y el efecto invernadero que viene ocurriendo en nuestro planeta.

A pesar del despegue económico del país, que tuvo un fuerte impacto en la industria, los seguros en general siguen teniendo un bajo nivel de penetración con relación al PBI, que está por debajo de la mayor parte de países de la región. Ello nos permite concluir en que no se está siendo suficientemente exitoso en el intento de incrementar la conciencia aseguradora en el país.

Por su parte, la transferencia de estos riesgos geo- climáticos se ha venido desarrollando desde el año 2008 a través de programas de seguro agrario catastrófico.

Por lo demás, el mercado de los seguros ha sufrido una fuerte transformación como consecuencia de la dictación de la Ley 29.946, Ley de Contrato de Seguros y sus Reglamentos, por lo que se ha determinado necesario contar con nuevos modelos de pólizas de seguros agrícolas, que permitan una más ágil comercialización del producto, en orden a promover el desarrollo de este mercado.

Para entender cuál es el alcance del seguro agrícola en el Perú, el estudio recaba información de distintas áreas específicas de este tipo de seguros, para visualizar con claridad las barreras que influyen en la contratación y aplicación de éstos.

Esta información es contrastada con estudios de barreras normativas en Perú, medidas que se han tomado en otros países para impulsar el desarrollo de este tipo de seguros y propuestas que se han desarrollado en otros países, donde el seguro agrícola tiene mayor presencia.

Para contextualizar el trabajo realizado, en el Anexo A se presenta el marco institucional actual, así como los aspectos fundamentales de la normativa que regula el comercio de Seguros en Perú.

¹ IV Censo Nacional Agropecuario 2012

2. ANTECEDENTES

2.1. MARCO INSTITUCIONAL

En el marco del programa Agro Protege², durante el año 2008 fue diseñado un esquema de seguro agrario, que tenía por objetivo reducir el impacto de los daños derivados de acontecimientos catastróficos, principalmente en los agricultores más vulnerables de poblaciones pobres y extremadamente pobres.

A partir de la experiencia en la operación del seguro agrícola catastrófico, el Mercado Asegurador constató la carencia de una oferta similar para los pequeños, medianos y grandes agricultores con producción comercial que accedían al crédito agrícola en entidades financieras, por lo que se desarrolló para este segmento el seguro agrícola comercial, destinado a cubrir pérdidas derivadas de fenómenos climáticos en la producción agrícola, dirigido a todos los créditos agrícolas sin excepción, por política del banco y para incentivar (en los clientes), poco a poco, la cultura del seguro.

La empresa aseguradora³, a través de AGROBANCO, obtuvo un portafolio de riesgos dispersos y diseñados como una herramienta financiera que asegura la inversión del productor, cubriendo el 100% de la inversión, indemnizando a partir de una pérdida mayor al 50% del rendimiento esperado del cultivo.

A diferencia del Seguro Agrícola Catastrófico, el Seguro Agrícola Comercial no cuenta con subsidio del Estado y se limita por ende solo a aquellos productores que soliciten financiamiento a través de AGROBANCO.

En la experiencia comparada y en cuanto a políticas públicas, en América Latina se constata una gran diversidad de instrumentos, que van desde marcos legales específicos hasta resoluciones ministeriales y fondos públicos que buscan promover la aplicación de alguna forma de cobertura o responder de modo ex post a un evento climático de singular magnitud.

Un estudio efectuado por el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)⁴, el año 2012 muestra que en poco más del 70% de los países considerados hay alguna disponibilidad de seguros agropecuarios. Estos seguros están destinados, con variaciones importantes entre países, a brindar cobertura a cultivos, principalmente bajo la modalidad de riesgos nominados.

En América Latina y el Caribe, el 85% de las primas comercializadas se concentra en Argentina, Brasil y México, países con sectores agropecuarios enormes y de singular incidencia económica. En ellos se observa una larga tradición aseguradora, como en Argentina, o políticas públicas específicas para el desarrollo de instrumentos integrados de gestión de riesgos climáticos, como en Brasil y México.

² Año 2008 con el respaldo del Fondo de Garantía del Seguro Agropecuario

³ La Positiva Seguros y Mapfre

⁴ Los seguros agropecuarios en las Américas: un instrumento para la gestión del riesgo.

2.2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO EN EL PERÚ EN MATERIA DE SEGUROS.

2.2.1. Constitución Política del Perú

La base del sistema jurídico del país está constituida por la Constitución Política del Perú de 1993. De sus principios se desprenden todas las leyes de la República y prima sobre toda ley. Sus normas son inviolables y de cumplimiento obligatorio para todos los peruanos.

El Artículo 87° de la CPP establece que: “El Estado fomenta y garantiza el ahorro. La ley establece las obligaciones y los límites de las empresas que reciben ahorros del público, así como el modo y los alcances de dicha garantía.

“La Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones ejerce el control de las empresas bancarias, de seguros, de administración de fondos de pensiones, de las demás que reciben depósitos del público y de aquellas otras que, por realizar operaciones conexas o similares, determine la ley.

“La ley establece la organización y la autonomía funcional de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones. El Poder Ejecutivo designa al Superintendente de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones por el plazo correspondiente a su período constitucional. El Congreso lo ratifica.”

Por su parte, el Artículo 88° otorga protección a nivel constitucional para el desarrollo agrícola, señalando que: “El Estado apoya preferentemente el desarrollo agrario. Garantiza el derecho de propiedad sobre la tierra, en forma privada o comunal o en cualquiera otra forma asociativa. La ley puede fijar los límites y la extensión de la tierra según las peculiaridades de cada zona.

“Las tierras abandonadas, según previsión legal, pasan al dominio del Estado para su adjudicación en venta.”

2.2.2 Ley 26.072, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

Este cuerpo legal establece el marco de regulación y supervisión a que deben someterse las empresas que operen en el sistema financiero y de seguros, así como aquéllas que realizan actividades vinculadas o complementarias al objeto social de dichas personas.

Es objeto principal de esta ley propender al funcionamiento de un sistema financiero y un sistema de seguros competitivos, sólidos y confiables, que contribuyan al desarrollo nacional.⁵

Respecto al contenido mínimo de las pólizas de seguro establece que: “Las pólizas y tarifas de seguros responden al régimen de libre competencia, con sujeción a las reglas que contiene la presente Ley y lo dispuesto por la Ley del Contrato de Seguro.

“La Superintendencia aprobará expresamente, con anterioridad a su utilización, las condiciones mínimas y/o cláusulas de los contratos de seguro, conforme a lo establecido en el artículo 27 de la Ley del Contrato de Seguro. Asimismo, la Superintendencia ordenará la inclusión de cláusulas o

⁵ Art. 2

condiciones en las pólizas que promuevan el fortalecimiento de las bases técnicas y económicas del seguro y la protección de los asegurados.”⁶

2.2.3 Ley 29.946, Ley del Contrato de Seguro, promulgada el 26 de noviembre de 2012.

Es sin duda, la fuente principal de derecho de seguros en el Perú. El principal objetivo de la norma, que reemplaza al Código de Comercio de 1902 en esta materia, fue la de actualizar la regulación y promover el equilibrio jurídico en la relación contractual entre Asegurador y Asegurado.

Esta Ley establece el marco jurídico para dar protección al asegurado por medio de normas para la celebración contractual, reticencia e inexacta declaración, pago de la prima, póliza de seguros, participación de corredores y ajustadores, cláusulas y prácticas abusivas, derecho de arrepentimiento del tomador del seguro, caducidad convencional, pronunciamiento del asegurador, entre otros. Entre otras responsabilidades, encarga a la entidad de control del sistema de seguros la aprobación de condiciones mínimas en seguros personales, obligatorios y masivos, así como creación de mecanismos legales de defensa del asegurado, a través de la conformación de órganos colegiados que se pronuncien de manera vinculante en la solución de controversias entre asegurados y aseguradores.

La Ley está dividida en cuatro partes o títulos: Disposiciones Generales, Disposiciones sobre el Contrato de Seguro, Disposiciones sobre el Contrato de Reaseguro, y Disposiciones Complementarias, Finales y Modificadorias. Revisaremos brevemente aquellas normas que más adelante identificaremos dentro del análisis de las barreras normativas objeto de este estudio.

1. Disposiciones Generales

El artículo I de las Disposiciones Generales establece que la Ley se aplica a todas las clases de seguros y que tiene carácter imperativo salvo que admita expresamente lo contrario. Asimismo, consigna que es supletoria en los seguros obligatorios y en los que se encuentren regulados por leyes especiales.

2. Disposiciones sobre el contrato de seguro

2.1. Naturaleza del Contrato.

Siguiendo la tendencia en la normativa más moderna de seguros, la Ley establece que el contrato de seguros es consensual, esto es, queda celebrado por el mero consentimiento de las partes, aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima. No obstante lo anterior, se establece que no afecta este carácter el hecho que se posponga el inicio de la cobertura del seguro.

2.2. La renovación automática.

La Ley, en este punto, acogió una práctica del mercado que principalmente y debido a un tema de operatividad administrativa, funciona con un sistema de renovación automática, la cual solo será

⁶ Art. 326

posible en caso que se mantengan las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior⁷. En caso que se incluyan modificaciones a las condiciones vigentes, se deberá enviar un aviso escrito al contratante.

2.3. Preservación del contrato y nulidad por dolo o falta grave

En la redacción de esta materia⁸ se sigue el camino del Derecho Continental europeo (Alemania, Francia, España e Italia), que busca preservar el contrato en los casos de reticencias o declaraciones inexactas no dolosas. Sin embargo, la Ley⁹ sanciona el dolo y la culpa inexcusable con la nulidad del contrato.

2.4. Condicionados mínimos de las pólizas

El artículo 27 establece un proceso de redacción de condicionados mínimos (condiciones generales y cláusulas adicionales) en los seguros personales, obligatorios y masivos.

No existe en consecuencia, control previo para los demás tipos de seguros como el Seguro Agrícola, en el cual prima el principio de plena libertad de las aseguradoras para fijar el contenido de sus pólizas. No obstante no exista control previo si están sujetos a un proceso de revisión administrativa posterior, conforme a lo señalado en el artículo 12 y siguientes de la Resolución SBS N° 7044-2013, Reglamento del Registro de Pólizas.

Sin perjuicio de lo anterior, el artículo 26 establece un listado de contenido mínimo de la póliza.

2.5. Cláusulas y prácticas abusivas

Las cláusulas abusivas son las estipulaciones no negociadas que, aun cuando no hayan sido observadas por la SBS, causen, en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante en la relación contractual. El carácter abusivo subsiste aun cuando el contratante y/o asegurado las haya aprobado por escrito o haya participado un corredor de seguros en la contratación.

El articulado¹⁰ trae una lista abierta de las estipulaciones prohibidas, como por ejemplo la de renuncia a la jurisdicción o las leyes que le favorezcan, establecimiento de plazos de prescripción o caducidad distintos a los que dispone la ley, o pérdida de derechos del asegurado en caso de incumplimiento de cargas excesivamente difíciles o imposibles de cumplir, entre otras.

2.6. Derecho de arrepentimiento

Otra materia que es importante destacar es que se consagra el llamado “derecho de arrepentimiento”¹¹, de acuerdo con el cual las personas que adquieren o contratan un seguro en espacios diferentes a los locales de las empresas de seguros, tienen un plazo en el cual puedan devolver la póliza sin expresión de causa.

⁷ Art. 7

⁸ Art 15

⁹ Art. 8

¹⁰ Arts. 39 a 43

¹¹ Art. 41.1

2.7. Caducidad convencional

Se trata de caducidad convencional cuando se estipulan formas de poner fin a los derechos del asegurado en razón de un incumplimiento contractual. El artículo 59 de la Ley ha limitado los casos de caducidad a aquellos en que el incumplimiento obedezca a dolo o culpa grave.

2.8. Aviso del siniestro

El artículo 68 de la Ley ha trasladado a la SBS la responsabilidad de fijar los plazos acordes con la naturaleza o tipo de seguro. Toda la materia al respecto se encuentra regulada en la Resolución SBS N° 3202-2013, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, que revisaremos más adelante.

2.9. Plazo para pronunciamiento de la aseguradora sobre el siniestro

Se establece un plazo de 30 días para que la Aseguradora se pronuncie sobre la cobertura de un siniestro¹². El mismo artículo faculta a la compañía y también al ajustador para pedir una ampliación a la SBS debidamente sustentado.

Al respecto, cabe precisar que la Aseguradora y el Asegurado podrán convenir la extensión del plazo indicado en la Ley cuando no se haya designado un ajustador, conforme al artículo 12 del Reglamento de gestión y pago de siniestros. Dicha posibilidad no se aplica cuando se ha pactado la intervención de un ajustador. En este último caso, aplica lo dispuesto en el artículo 9 del citado Reglamento. En consecuencia, si el ajustador requiere de un plazo adicional para el ajuste deberá solicitar a la Superintendencia la prórroga correspondiente.

3. Disposiciones complementarias, finales y modificatorias

La cuarta disposición complementaria, final y modificatoria de la Ley señala que la SBS promoverá la protección de los intereses de los asegurados a través de mecanismos legales de defensa del asegurado, que contemplarán la conformación de órganos colegiados que se pronuncien en la solución de controversias, entregando de ese modo potestad para atender reclamos y potestad sancionadora de la Superintendencia.

Reglamentos de la Ley del Contrato de Seguros

2.2.4 Resolución SBS N° 3198-2013. Reglamento del Pago de primas de Pólizas de Seguros.

Regula las materias relativas a inicio de vigencia de la póliza, efectos del incumplimiento de pago de prima, rehabilitación y resolución del contrato de seguros.

Establece que el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de cobertura una vez transcurridos 30 días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre que la Aseguradora haya comunicado previamente al asegurado de manera cierta, la referida suspensión.

¹² Art.74

2.2.5 Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento del Transparencia de Información y Contratación de Seguros.

Regula y establece el contenido mínimo de las pólizas de seguro, la solicitud de seguro, folletos informativos y de la información que deben proporcionar las empresas del sistema de seguros; además de identificar las cláusulas abusivas que no deberán incluirse en los condicionados de las pólizas de seguros, así como las condiciones mínimas que deberán incorporarse en los seguros personales, obligatorios y masivos, como también el derecho de acceso de los usuarios a la información sobre los productos y servicios comercializados por las empresas del sistema de seguros.

Por otra parte, regula la documentación que debe ser puesta a disposición del usuario para la contratación y la entrega de pólizas y certificados de seguro.

2.2.6 Resolución SBS N° 3201-2013, Reglamento para el uso de Pólizas de Seguros Electrónicas.

Como se ha señalado, la Ley establece la naturaleza consensual del contrato de seguros, por lo que a través de este Reglamento se establecen los requerimientos mínimos de seguridad y las condiciones que deben cumplir las aseguradoras para el uso de pólizas de seguros electrónicas.

2.2.7 Resolución SBS N° 3202-2013, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

La Ley 29.946, regula la participación de los ajustadores de siniestros en los procesos de liquidación de siniestros, y se establecen determinadas obligaciones que deben cumplir; así como, también, regula el pronunciamiento del asegurador respecto al consentimiento o rechazo de siniestros; trasladando a la SBS la obligación de reglamentar los artículos de la ley referidos a la participación de los ajustadores de siniestros y el pronunciamiento del asegurador, con la finalidad de establecer las normas necesarias para la adecuada gestión y pago de siniestros, y garantizar que las obligaciones emanadas del contrato de seguro se cumplan de manera oportuna sin generar perjuicio alguno al contratante, al asegurado y/o al beneficiario.

2.2.8 Resolución SBS N°2996-2010, Reglamento Marco de Comercialización de Productos de Seguros.

Si bien esta regulación no se enmarca dentro de los conocidos como “Reglamentos de la Ley de Seguros” y su data es anterior a ésta, sin duda debe ser considerado dentro del marco normativo en materia de seguro agrícola, máxime si se considera que la principal vía de comercialización de este tipo de seguros es a través de los convenios con Banca Seguros (AGROBANCO).

3. DESCRIPCIÓN DE LAS BARRERAS NORMATIVAS IDENTIFICADAS Y ANÁLISIS DE SUS EFECTOS GENERALES Y PROBLEMA PUNTUAL QUE REPRESENTA PARA EL DESARROLLO DE LOS SEGUROS AGRÍCOLAS EN PERÚ.

3.1 Introducción

Desde el punto de vista del Asegurado, limitar el riesgo de estar sin cobertura y/o que la cobertura no sea la esperada al momento de contratar el seguro, representa a nuestro entender, uno de los elementos más determinantes para el progreso del seguro agrícola; condiciones demasiado restrictivas tienden a reducir la disposición de los agricultores para adoptar nuevas tecnologías e intensificar la producción, a la vez que limita su acceso y voluntad para utilizar financiamiento.

Por otra parte, la falta de acceso a los seguros es especialmente compleja para los pequeños agricultores, cuya subsistencia es altamente vulnerable al riesgo climático. Por ello, se requiere adoptar medidas para mejorar el acceso de los pequeños productores al seguro, de manera que sean capaces de administrar el riesgo y romper las trampas de pobreza inducidas por el mismo.

La identificación de las barreras normativas necesariamente debe considerar la realidad del pequeño agricultor, que no cuenta con la asesoría de un corredor de seguros o al que le resulta de difícil comprensión una estructura de documentación que, si bien en su origen tiende a proteger al asegurado, en la práctica lo puede terminar confundiendo.

En atención a que el desarrollo del seguro agrícola en el Perú es de reciente data, no contamos con un repositorio de importancia estadística para determinar, a través del análisis de los reclamos o gestión de siniestros, cuáles son las barreras que, a vista del asegurado/agricultor, impiden la mayor comercialización del producto. En razón de ello, se ha considerado además la experiencia de otros países latinoamericanos para guiar el análisis.

De acuerdo a un estudio efectuado en Ecuador¹³, pero que es perfectamente aplicable a la realidad del Perú, entre los principales problemas que limitan la cobertura podemos puntualizar:

- a. la complejidad del contrato, lo cual dificulta su comprensión y correcto aprovechamiento por el asegurado;
- b. la desinformación respecto a la condición de asegurado de muchos agricultores, y los relativamente altos costos de transacción que limitan el porcentaje de reclamos al seguro.
- c. confusión sobre el área asegurada por parte de los agricultores, lo que hace que la indemnización pueda diferir de lo que el agricultor espera, y diferencias entre los rendimientos estimados y los realmente obtenidos.

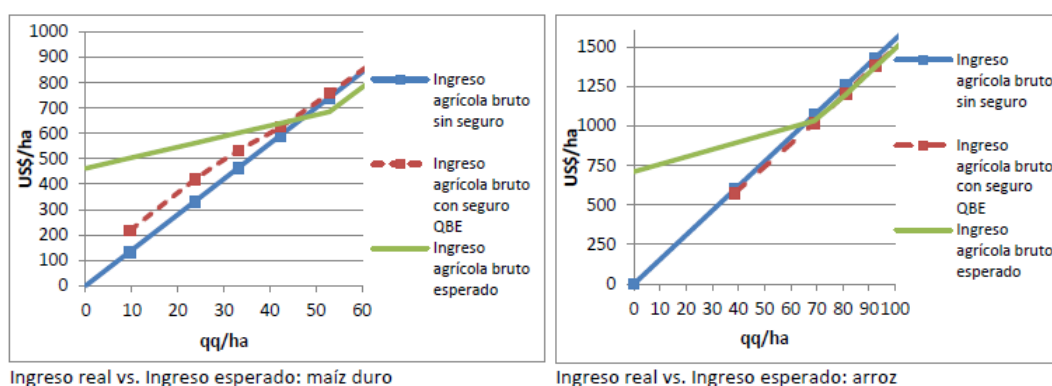
De acuerdo a un informe elaborado por ESPAE- ESPOL (Escuela Superior Politécnica del Litoral) y la Universidad de California en Davis para Ecuador, en un análisis de agricultores productores pequeños orientados al mercado y prestatarios principalmente del Banco Nacional de Fomento

¹³ Encuesta Nacional de Rendimientos Agrícolas de Ecuador (ESPAC).

(BNF) y/o del Banco de Loja, podemos rescatar algunas estadísticas que se muestran a continuación:

- De 107 casos que indicaron razones por no reclamo, 45% fue por falta de conocimiento sobre su condición de asegurado o sobre los procedimientos de reclamo al seguro, mientras que 34% se debe a falta de tiempo o a una percepción de que hacer un reclamo implica pérdida de tiempo.
- 54% de los agricultores de la muestra reportó que el plazo para enviar el reclamo se encontraba entre 1 y 10 días; sin embargo, solo 19% conocía el número correcto de días. El 46% restante indicó que tenía entre 12 y 120 días.
- 34% de los agricultores de la muestra pensó que su área asegurada era mayor a la efectivamente asegurada.

Cuadro 1



14

- Otras estadísticas que indican el nivel de conocimiento de los asegurados sobre el costo del seguro y los riesgos cubiertos son las siguientes: solo el 37% sabía cuánto pagó por el seguro; solo el 12% sabía que Estado había subsidiado la prima; el 53% conocía todos los riesgos cubiertos, pero el 11% pensó que también estaban cubiertos otros tipos de riesgo como mala semilla, robo o precios bajos.

- Adicional a lo anterior, los altos costos para la aseguradora de realizar inspecciones de campo, ponen en riesgo la sostenibilidad del seguro agrícola convencional cuando se trata de cubrir efectivamente a pequeños y medianos productores.

Considerando lo anterior, para efectuar la descripción, las barreras advertidas se agruparán en referencia a los siguientes objetivos:

• Transparencia y comunicación.

Se requiere adecuar la normativa a la realidad puntual del grupo de asegurados objetivos de este tipo de seguros, de manera tal que se asegure plena transparencia en los procesos, con la debida comunicación, considerando las limitaciones del grupo.

¹⁴ Descripción y evaluación del seguro convencional. María José Castillo, ESPAE-ESPOL.

- Información y acceso a esta.

Se necesita crear productos simples para su difusión masiva. Estos se deben presentar en un lenguaje sencillo y ofrecerse en condiciones adecuadas de comercialización mediante una póliza simplificada o la solicitud-certificado.

Se deben implementar mecanismos que permitan que, tanto al momento de solicitar el seguro, como al requerir la cobertura frente a un siniestro, el agricultor – asegurado sea capaz de entregar la mayor y mejor cantidad de información requerida para un buen funcionamiento del sistema de seguros.

- Celeridad y claridad al momento de efectuar la liquidación del seguro.

Se necesita contar con procesos de liquidación eficientes, que den certeza al asegurado tanto respecto a la cobertura como al monto a indemnizar.

3.1 TRANSPARENCIA Y COMUNICACIÓN

3.1.1 Tanto la Ley¹⁵, como el Reglamento de Transparencia¹⁶ y Reglamento de Comercialización¹⁷, establecen la obligación para el asegurador de entregar al contratante, dentro del plazo de 15 días, la póliza debidamente firmada por el representante de la empresa.

Por su parte, la Ley¹⁸ y el Reglamento de Transparencia¹⁹ establecen, en referencia a las comunicaciones con el asegurado, que éstas surten efecto desde el momento en que son notificadas en el domicilio señalado en el contrato.

Ambas situaciones, en la práctica y en atención a la especial naturaleza del grupo objetivo de asegurados, se tornan difíciles de cumplir y eventualmente conllevan a que, por una parte, la Compañía incumpla la norma y por otra, a que el asegurado no informe oportunamente de cambios en la materia asegurada (i.e. cambio en la superficie de siembra, épocas de cosecha, falta de endosos, etc), lo que en definitiva conlleva que en el evento de que ocurra un siniestro, el liquidador y la Compañía reduzcan el monto a indemnizar debido a esta falta de comunicación.

Considerando que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 24 del Reglamento de Transparencia, Resolución, la norma permite a las aseguradoras pactar con el contratante la utilización de mecanismos directos de comunicación, como comunicaciones al domicilio físico, electrónico o comunicaciones telefónicas, todo lo cual debe indicarse en el contrato de seguro.

¹⁵ Art. 24

¹⁶ Art. 14

¹⁷ Art 26

¹⁸ Art. 44 y 47

¹⁹ Art 23 y 24

Utilizar estos mecanismos de comunicación pactados permitirá al contratante y a la aseguradora remitir todo tipo de comunicaciones como la comunicación sobre incumplimiento de pago de la prima, avisos de siniestros, u otras.

3.1.2 En materia de siniestros, de acuerdo a la Ley²⁰ y sus Reglamentos²¹, el plazo para el aviso de los siniestros en seguros patrimoniales es de al menos 3 días, pudiendo establecerse un plazo superior en la póliza.

Por su parte, en la póliza²² se establece un plazo de 5 días calendario desde la ocurrencia del evento climático que la produjo, salvo fuerza mayor o caso fortuito, debidamente justificado. Cuando se trate de sequía, el Asegurado deberá presentar el aviso de siniestro tan pronto se comiencen a manifestar los síntomas en el cultivo asegurado.

Si bien, de acuerdo al Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros²³ el incumplimiento de los plazos por parte del asegurado o del beneficiario, no constituyen causal del rechazo del siniestro, se entrega al Asegurador la posibilidad de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro por parte de las empresas de seguro y/o los ajustadores de siniestros, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Como se señalará en el capítulo siguiente no solo consideramos que el plazo entregado por el reglamento y la póliza es insuficiente, sino que además se debe efectuar una modificación a nivel normativo, para no dejarlo al arbitrio de las compañías de seguro.

3.2 INFORMACIÓN

Consideramos que uno de los aspectos de mayor relevancia para el desarrollo de un sistema de seguros destinado a la actividad agropecuaria, es la información pues sin información clara el agricultor no se sentirá familiarizado con esta herramienta de transferencia de riesgos como también sin información no es posible para la Compañía diseñar coberturas técnicamente adecuadas y comercialmente viables.

En este sentido se debe tener en cuenta la realidad del agricultor en el Perú.

Como ya se ha señalado, los sectores más pobres del país se encuentran en las zonas rurales donde la principal actividad es la agricultura. Por su parte, existe un importante porcentaje de estos productores agropecuarios sin educación o con un nivel de educación muy bajo donde más del 40% de los productores agropecuarios en el país no saben leer ni escribir.²⁴ (Cuadro2 y 3)

²⁰ Art 68

²¹ Art. 3 Res 3202-2013

²² Póliza de Seguro Agrícola La Positiva art 7.3

²³ Art. 3

²⁴ INEI ENAHO 2008 Módulo del productor agropecuario III Censo Nacional Agropecuario 1994 en “Perú: Perfil del Productor Agropecuario, 2008” elaborado por el INEI

Cuadro 2

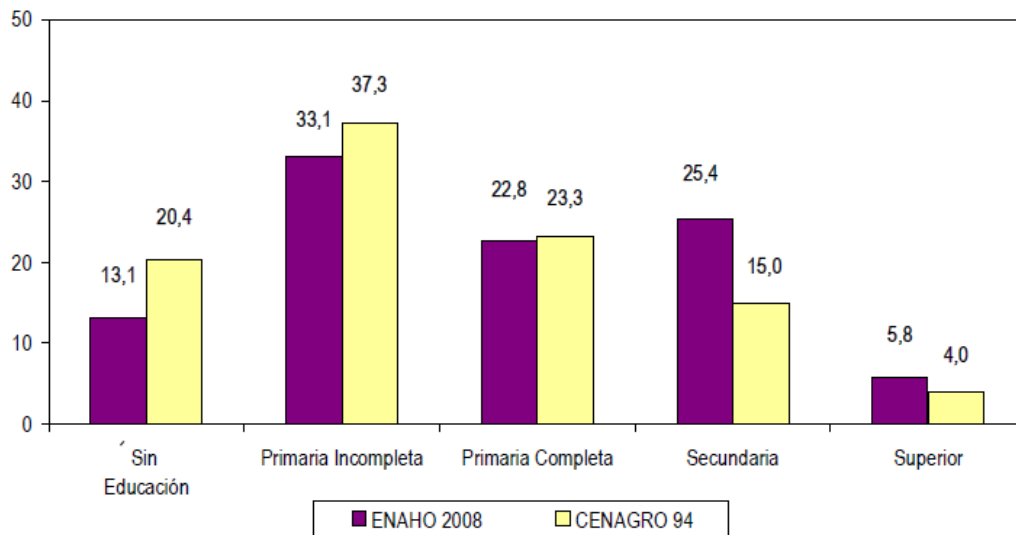
PERÚ: PRODUCTOR AGROPECUARIO POR CONDICIÓN DE ALFABETISMO Y MATRICULA ESCOLAR, SEGÚN REGIÓN NATURAL Y DOMINIO, 2008
(Distribución porcentual)

Región natural / Dominio	Sabe leer y escribir			Está matriculado en un Centro Educativo		
	Total	Si	No	Total	Si	No
Pais	100,0	57,7	42,3	100,0	0,6	99,4
Costa Norte	100,0	68,2	31,8	100,0	1,0	99,0
Costa Centro	100,0	58,0	42,0	100,0	0,5	99,5
Costa Sur	100,0	59,9	40,1	100,0	0,6	99,4
Sierra Norte	100,0	61,1	38,9	100,0	0,7	99,3
Sierra Centro	100,0	53,1	46,9	100,0	0,4	99,6
Sierra Sur	100,0	48,9	51,1	100,0	0,4	99,6
Selva	100,0	64,7	35,3	100,0	0,6	99,4
Lima Metropolitana	100,0	83,3	16,7	100,0	0,0	100,0
N° de Casos	1 086 617	626 993	459 624	2 355 342	13 087	2 342 255

Fuente: INEI - ENAHO 2008 - Módulo del productor agropecuario.

Cuadro 3

PERÚ: PRODUCTOR AGROPECUARIO, POR NIVEL EDUCATIVO, SEGÚN CENAGRO-94 Y ENAHO-2008
(Porcentaje)

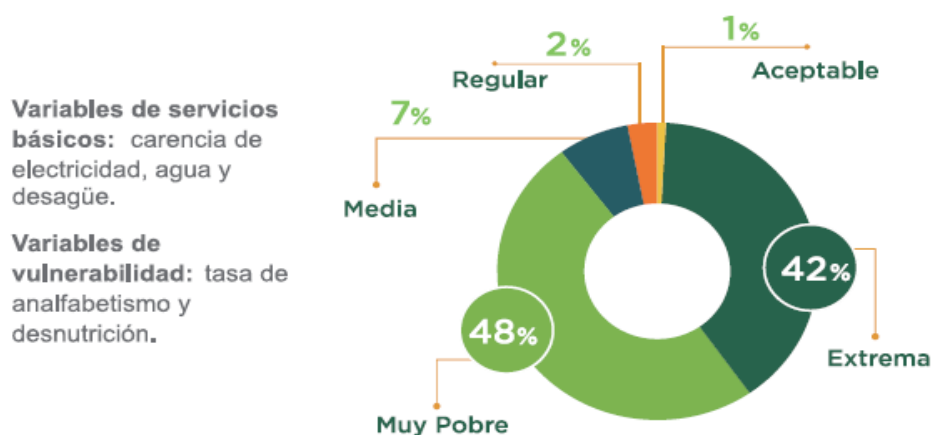


Fuente: INEI - III Censo Nacional Agropecuario 1994.
Encuesta Nacional de Hogares 2008 - Módulo del productor agropecuario.

Por otro lado y considerando la experiencia práctica debemos considerar que para el Seguro Agrícola Comercial (no Catastrófico), la cartera es colocada mayoritariamente a través de la Banca Seguros, por lo que suma al análisis la información al respecto de AgroBanco. En este sentido, podemos recalcar que un 42% de la composición de su cartera de clientes se califica en las

variables de vulnerabilidad y de servicios básicos dentro de la “pobreza extrema”, mientras que el 48% es calificado como “muy pobre”.²⁵ (Cuadro 4)

Cuadro 4



Distribución Según Mapa de Pobreza FONCODES 2007

Considerando estos antecedentes, podemos inferir que el producto materia de este estudio se encuentra dirigido a aquella parte de la población que carece de los medios necesarios como para que su propio consentimiento se vea fielmente reflejado al momento de celebrar un contrato de seguro de manera tal que se hace más evidente aún la necesidad de contar con sistemas de información que permitan mitigar dichas barreras.

Por otra parte y reafirmando lo anterior nos encontramos con que de acuerdo a la Información de Reclamos Recibidos²⁶, se percibe que el asegurado considera que no se le entrega información adecuada o suficiente sobre el seguro que ha contratado, como también refleja disconformidad con la atención recibida y la calidad del servicio.

Si bien la normativa Peruana respecto a seguros como se ha dicho, tiende a proteger al asegurado, estimamos que frente a los futuros asegurados del seguro agrícola, y atendida los antecedentes antes referidos, dicha protección deben necesariamente ir de la mano de la educación y explicación de las características del seguro y de los términos y condiciones de los documentos que constituyen el contrato de seguros.

En la experiencia comparada, este es un tema crítico que representa uno de las mayores barreras para la correcta comercialización de este tipo de seguros, hay un problema de desconocimiento en cuanto al funcionamiento de la póliza por parte de los agricultores. Hay desconocimiento también de cómo funcionan en general los seguros.

²⁵ Agroreporte Septiembre 2015 Agrobanco, Distribución de cartera y clientes a nivel nacional

²⁶ Informe Periodo 2° Trimestre 2015 y 3er trimestre 2014 la Positiva Seguros en

<https://www.lapositiva.com.pe/principal/seguros/reporte-de-reclamos/1329/c-1329>

En cuanto a los agricultores pequeños, estos tienden a ser más “empíricos” que técnicos, lo que al momento de definir una cobertura puede generar una diferencia importante con el criterio del ajustador.

En materia normativa, el Reglamento de Transparencia ha tendido a regular, en términos muy generales estas situaciones, sin embargo y como se señalará en el siguiente Capítulo, creemos que, por la propia especificidad de este tipo de seguros, se requiere normativa especial, que de un manto de protección al asegurado agricultor y que en consecuencia permita la mejor comercialización de este tipo de seguros.

3.3 CELERIDAD Y CLARIDAD AL MOMENTO DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN DEL SEGURO.

Como ya hemos señalado previamente, limitar el riesgo de estar sin cobertura y/o que la cobertura no sea la esperada al momento de contratar el seguro, representa a nuestro entender, uno de los elementos más determinantes para el progreso del seguro agrícola.

Si bien en el Perú la normativa vigente, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, regula el proceso de ajuste, consideramos que aún existen brechas normativas que deben ser salvadas; un ejemplo de ello es el plazo y la forma de dar aviso del siniestro y solicitar la cobertura.

Ya hemos señalado que, de acuerdo a la norma, el plazo mínimo es de 3 días para dar aviso, plazo que puede ser aumentado por la Compañía. Hoy el plazo establecido en las pólizas comercializadas es de 5 días calendario desde la ocurrencia del evento climático que lo produjo, salvo en caso de fuerza mayor o caso fortuito, debidamente justificado. Cuando se trate de sequía, el Asegurado deberá presentar el aviso de siniestro tan pronto se comiencen a manifestar los síntomas de la sequía en el cultivo asegurado, sin embargo, de acuerdo a la experiencia, tal parece que dicho plazo sería insuficiente.

Por otra parte, en pos de definir una política uniforme a este respecto, se propondrá modificar el referido plazo a nivel normativo de manera que no quede al arbitrio de la compañía de seguros la determinación del mismo dependiendo del producto a comercializar.

Otra situación a considerar es que no obstante que en el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros se establece que la designación del ajustador debe efectuarse dentro de los 3 días siguientes a la fecha del aviso de siniestro y debe proponer al asegurado el nombre del ajustador, en la práctica el ajustador está designado a priori y se define al momento en que el asegurado firma la propuesta.

4. PROPUESTAS Y SOLUCIONES PARA LA SUPERACIÓN DE LAS BARRERAS IDENTIFICADAS.

Señalaremos aquí, en el mismo orden en que se analizaron las barreras, las propuestas de solución que se plantean, adelantando desde ya que, en términos generales, entendemos que la mejor solución es a nivel institucional, generando una norma especial que reúna estas propuestas.

4.1 TRANSPARENCIA Y COMUNICACIÓN

1. Se propone la redacción de un nuevo condicionado en el cual consten las condiciones de cobertura, deberes y derechos del asegurado y de la compañía en relación a la cobertura específica y al momento de declarar un siniestro.

2. Se propone modificar las normas relativas a la forma de comunicación entre las partes, considerando la realidad comunicacional, geográfica y de acceso a la tecnología de los asegurables.²⁷

3. Se propone efectuar campañas de promoción y difusión del seguro agrícola, que contemplen reuniones informativas sobre los beneficios de contar con el seguro, las facilidades de su contratación a través de los créditos o de manera directa y el resto de los demás atributos del mismo. Se estima que estas campañas deben ser presenciales, con entrega de material didáctico y de fácil comprensión con apoyo de material audiovisual. El uso de páginas web o información electrónica no es aplicable. A modo de ejemplo se sugiere material como el spot parte de la campaña "Yo apoyo una agricultura con agricultores" de Agricultura Familiar y Consumo Responsable desarrollada por Fundación Icei para sensibilizar a consumidores y fortalecer la comercialización de pequeños productores en https://www.youtube.com/watch?v=4b7vAxc5c_8

4.2 INFORMACIÓN

1. Se recomienda establecer normas que tiendan a fortalecer los canales de comunicación entre la Compañía y el asegurado, mediante técnicos, para que el agricultor se sienta que está asegurado.

2. Se propone fortalecer los canales de comercialización, de manera que, al momento de adquirir el seguro, el asegurado sea técnicamente informado respecto de elementos esenciales del contrato, tales como, los riesgos asegurados, montos y plazos de liquidación.

3. No obstante que no se refiere a una reforma normativa, es importante enfatizar la necesidad de efectuar esfuerzos significativos para enfrentar el problema de desconocimiento

²⁷ Se adjunta como anexo B

del funcionamiento de la póliza por parte de los agricultores y para generar en ellos una cultura de seguros.

4. Se resalta la importancia de la gestión de riesgos, mediante la cual se capacite al agricultor en el uso eficiente del seguro.

5. Se propone efectuar campañas de información a los agricultores, tanto respecto de la nomenclatura del seguro en general como de las pólizas de seguro agrícolas en particular, utilizando grafica simple y llamativa, con lenguaje sencillo y comprensible como los folletos que a título de ejemplo se adjuntan a continuación y que han sido elaborados por la SBS y La Positiva, para campañas de información general y de promoción del seguro agrícola catastrófico respectivamente:

campana de la cultura financiera

Seguros Contratación y Cobertura

INFORMATE SOBRE TUS DERECHOS

CONSULTAS Y ORIENTACIÓN
Plataforma de Atención al Usuario
 Jr. Ansh 270, Lima 1
 Jr. Pedro de Mendoza 302, Club Grau - Plaza
 Co. Los Años 302, Olaya - Arequipa
 Telf. 0800-10864 y 8309001
 www.sbs.gob.pe/contactanos

SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

Esta misma comunicación debe contener información sobre las vías de solución de controversias a las que puede acudir el asegurado si no se encuentra de acuerdo con lo determinado por la aseguradora.

¿Qué puede hacer si no se encuentra de acuerdo con la respuesta brindada?

Si no se encuentra satisfecho con la respuesta brindada por la aseguradora puede utilizar los mecanismos de solución de controversias establecidos normativamente o en la póliza contratada.

Inicialmente, debe presentar un reclamo ante la misma aseguradora, siendo que, de no encontrarse de acuerdo con la respuesta que se brinda o si ésta no es oportuna, puede acudir, alternativamente, a:

- Defensoría del Asegurado

Sus decisiones son de cumplimiento obligatorio para las aseguradoras, pero no para el asegurado, quien, de considerarlo conveniente para sus intereses, puede recurrir a otros mecanismos de solución de controversias.

Puede contactarlos en Jr. Arías Aragüez N° 146, San Antonio - Miraflores, de lunes a viernes de 9:00am a 1:00pm, o llamando al 444-9153.

- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI

Es la entidad encargada de velar por los derechos de los consumidores.

Puede contactarlos en su Sede Central ubicada en Calle de la Poesía N° 335, San Borja, o llamando al 224-7777 o 0800-44040 (llamada gratuita para provincias); y en su Sede Lima Norte: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos (Teléfono: 224-7500 Anexo 3507), de lunes a viernes de 8:30 am a 4:30pm.

- Autoridad arbitral competente o Poder Judicial

¿Qué es una póliza de seguros?

Es el documento que contiene las condiciones del seguro y está compuesto por:

- Condiciones generales:** Contiene las condiciones establecidas por las empresas de seguros para regir los contratos pertenecientes a una misma modalidad de seguro. Son iguales para todos los contratantes: exclusiones, procedimientos, etc.
- Condiciones particulares:** Contiene información sobre aspectos sobre el contratante y el riesgo asegurado: datos de identidad, monto de la prima, suma asegurada, monto de la cobertura, etc.
- Condiciones especiales:** Corresponde a condiciones adicionales que hayan pactado y que modifican el condicionado general de la póliza.
- Anexo de la Póliza:** Declaraciones de salud, entre otras.
- Endosos de la póliza:** Modificaciones efectuadas luego de emitida la póliza.

¿Qué documentos debe entregar la aseguradora al contratante de un seguro?

En el caso de los seguros individuales, la aseguradora debe entregar al contratante un ejemplar completo de la póliza del seguro contratado y un resumen en el que consten de manera clara y breve los riesgos cubiertos, exclusiones, procedimiento y plazo para solicitar cobertura, mecanismos de solución de controversias, entre otros datos previstos por el Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBSV N° 1420-2005.

Por su parte, si el seguro es contratado en forma grupal, la aseguradora debe entregar igualmente al contratante un ejemplar completo de la póliza del seguro contratado, emitiendo para cada uno de los asegurados un certificado de seguro y un resumen anexo mencionado. En caso el asegurado desee contar con un ejemplar de la póliza, podrá requerirlo a la aseguradora.

¿Qué partes de la póliza son más relevantes?

Es importante que el asegurado lea en forma completa y detenidamente la póliza de seguro para verificar que el contrato que celebra cubre realmente los riesgos que lo han llevado a contratarlo, prestando especial atención a los siguientes temas:

- Coberturas:** Donde se encontrará el detalle de los riesgos cubiertos por el seguro.
- Exclusiones:** Donde se observarán los riesgos o circunstancias que no están cubiertos.
- Vigencia de la cobertura**
- Forma de pago de la prima:** Puede ser en una sola cuota o en forma fraccionada conforme se establezca con la aseguradora en el convenio de pagos.
- Procedimiento para solicitar la cobertura**
- Vías de solución de controversias**

¿La aseguradora puede resolver el contrato en caso de falta de pago puntual de la prima?

Si el asegurado incumple con el pago, la aseguradora podrá resolver el contrato de seguro. Asimismo, puede padecer en la póliza que, ante incumplimientos en el pago se suspenda la cobertura por un período determinado.

¿Qué debe hacer si ocurre un siniestro?

Si ocurre el evento cubierto por el seguro, situación a la que se denomina siniestro, el asegurado debe tomar las medidas necesarias para ampliar el daño producido y dar aviso a la aseguradora sobre la ocurrencia en el menor plazo posible.

¿Cómo se solicita el otorgamiento de cobertura?

Debe seguirse el trámite establecido en la póliza presentando la solicitud a través de los canales creados a tal efecto por la aseguradora, acompañando la documentación establecida contractual o normativamente para la atención de la solicitud.

¿En qué plazo debe pronunciarse la aseguradora sobre la cobertura del siniestro?

Ante una solicitud de cobertura correspondiente a la aseguradora determinar si procede la cobertura del siniestro, lo cual se denomina consentimiento.

En el caso de seguros que requieran únicamente la presentación de información y documentación, las aseguradoras cuentan con un plazo de 30 días desde su remisión completa para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. Un ejemplo de estos casos es el seguro de vida.

Situación distinta se produce en los seguros que necesitan un convenio de ajuste emitido por un ajustador autorizado por la SBS. En dicho caso, la aseguradora debe pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro en un plazo no mayor de 10 días desde que el asegurado suscribe tal convenio. Un ejemplo de estos casos es el seguro de incendio en el que un ajustador de seguros deberá emitir un informe sobre las causas del siniestro, así como sobre el monto de la afectación, entre otros temas relevantes.

Es importante recordar que el ajuste que se emita no obliga a las partes. En este sentido, si el asegurado no se encuentra de acuerdo con el mismo, puede acudir a las vías de solución de controversias.

¿Qué sucede si la aseguradora no se pronuncia sobre el consentimiento del siniestro dentro de los plazos antes mencionados?

En ese caso, se entiende consentido al siniestro y la aseguradora deberá pagar el pago correspondiente. Debe tenerse en cuenta que la aseguradora puede requerir un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales, para lo cual debe presentar una solicitud a la SBS para la ampliación del plazo, el mismo que no podrá exceder los 90 días corridos desde la fecha en que se haya completado la documentación exigida en la póliza respectiva.

¿En qué plazo debe pagar la aseguradora la indemnización si declaró consentido el siniestro?

Las indemnizaciones que se pagan directamente a los asegurados o beneficiarios deben efectuarse en un plazo no mayor de 30 días después de consentido el siniestro.

Si la aseguradora excede dicho plazo deberá pagar un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para operaciones activas en el Perú, de la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora. Dicha tasa puede ser consultada ingresando al enlace "Tasa de interés del menú "Sistema Financiero", del link "Tasa de interés" del menú "Estadísticas" de la página web de la SBS: www.sbs.gob.pe.

¿Existe alguna excepción a estos plazos?

Sí. No están incluidos en los plazos para el consentimiento ni pago de siniestros aquellos seguros regulados por leyes específicas nacionales o convenios internacionales (SOAT, SCTI, etc.), los que así se pactan en la póliza respectiva. En siniestros ocasionados exclusivamente por robo o hurto de autorizados, aquellos donde se haya iniciado un proceso arbitral, y aquellos donde se haya iniciado un proceso judicial en que no sea parte la compañía de seguros.

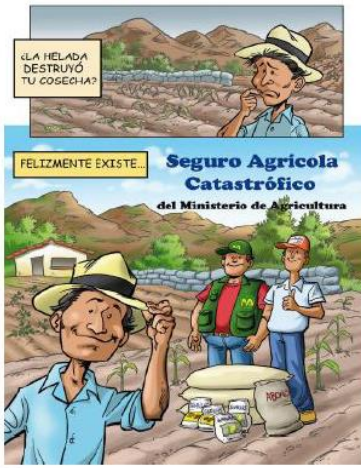
¿Cómo debe actuar la aseguradora para declarar que no resulta indemnizada la solicitud de cobertura?

Si efectuada la evaluación, la aseguradora considera que no corresponde cubrir el siniestro, se produce el rechazo del mismo.

En este caso, la aseguradora debe remitir una comunicación al solicitante, informándole en forma sustentada sobre las razones por las cuales el siniestro no será cubierto y adjuntando, de corresponder, los documentos que acreditan tales razones.



AGROPOSITIVA – SEGURO AGRÍCOLA CATASTRÓFICO



- Apoyo del Ministerio de Agricultura a productores de subsistencia.
- Cubre riesgos climáticos, plagas y enfermedades.
- Pérdida catastrófica es cuando el daño producido a los cultivos asegurados reduce los rendimientos al 40% (42% en el caso de Cajamarca) o menos del rendimiento promedio histórico en un Sector Estadístico.
- Importante!!!!: Este seguro NO cubre los costos de producción.

La Positiva
Seguros Generales



AGROPOSITIVA – SEGURO AGRÍCOLA CATASTRÓFICO

¿Cómo trabaja?

Paso 4: Si el convenio de ajuste indica que fue un evento catastrófico originado por un riesgo cubierto, La Positiva paga la indemnización al Gobierno Regional.



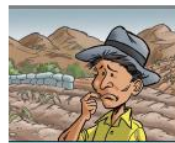
Paso 3: La Positiva envía a los ajustadores



Paso 2: El Ministerio de Agricultura informa a La Positiva



Paso 1: Si ocurre un evento catastrófico se debe comunicar al representante del Ministerio de Agricultura



La Positiva
Seguros Generales

4.3 CELERIDAD Y CLARIDAD AL MOMENTO DE EFECTUAR LA LIQUIDACION DEL SEGURO

1. Se propone regular el nombramiento del ajustador, escogiéndolo de los inscritos en la SBS por especialidades evitando que el ajustador sea designado a priori por la Compañía.

5. MATRIZ DE BARRERAS Y LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

MATERIA	BARRERA IDENTIFICADA	PROPUESTA DE SOLUCIÓN
TRANSPARENCIA Y COMUNICACIÓN	obligación para el asegurador de entregar al contratante, dentro del plazo de 15 días	redacción de un nuevo condicionado de póliza
	comunicaciones con el asegurado	reforma en normas relativas a la comunicación entre las partes considerando la realidad comunicacional, geográfica y de acceso a la tecnología de los asegurables
	transparencia	efectuar campañas de promoción y difusión del seguro agrícola presenciales, con entrega de material didáctico y de fácil comprensión con apoyo de material audiovisual
	plazo de aviso de siniestros	modificar a nivel normativo plazo para dar aviso de siniestro
INFORMACIÓN	erronea percepción de las coberturas y riesgos cubiertos	fortalecer canales de comunicación
	desconocimiento de la mecánica del seguro	entregar asesoría técnica al momento de la contratación
	desconocimiento general acerca del seguro	efectuar campañas de información a los agricultores, tanto respecto de la nomenclatura del seguro en general como de las pólizas de seguro agrícolas en particular, utilizando grafica simple y llamativa, con lenguaje sencillo y comprensible
LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS	plazo y forma de dar aviso de siniestro	modificar a nivel normativo plazo para dar aviso de siniestro
	designación a priori del ajustador	modificar normativa respecto a designación de ajustador

ANEXO A: NORMATIVA VIGENTE

Ley del Contrato de Seguro Nº 29.946

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo I. La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

En los seguros de caución son aplicables las disposiciones específicas contenidas en esta ley así como las normas sobre la materia dictadas por la Superintendencia.

En los contratos de seguro en los que el contratante o asegurado tengan la condición de consumidor o usuario es de aplicación el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571, y demás normas pertinentes, en lo no expresamente regulado por esta ley.

No obstante, en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario.

Artículo II. El contrato de seguro se rige por los siguientes principios:

- a) Máxima buena fe.
- b) Indemnización.
- c) Mutualidad.
- d) Interés asegurable.
- e) Causa adecuada.
- f) Las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del asegurado.

Artículo III. El contrato de seguro se celebra por adhesión, excepto en las cláusulas que se hayan negociado entre las partes y que difieran sustancialmente con las preredactadas.

Artículo IV. En la interpretación del contrato de seguro se aplican las reglas siguientes:

Primera. Todas las cuestiones jurídicas se rigen por esta ley y por las que convencionalmente se acuerden, en cuanto no vulneren los principios esenciales de la naturaleza jurídica del seguro. Solo se aplica el derecho común a falta de disposiciones de derecho de seguros o de protección al consumidor.

Segunda. Las cláusulas contrarias a las normas de esta ley son nulas y son reemplazadas de pleno derecho por estas.

Tercera. Los términos del contrato que generen ambigüedad o dudas son interpretados en el sentido y con el alcance más favorable al asegurado. La intermediación a cargo del corredor de seguros no afecta dicha regla ni la naturaleza del seguro como contrato celebrado por adhesión.

Cuarta. La participación del asegurador en el procedimiento de liquidación de los daños importa su renuncia a invocar las causales de liberación conocidas con anterioridad, que sean incompatibles con esa participación.

Quinta. El uso y la práctica generalmente observados en el comercio en contratos de igual naturaleza, y especialmente la costumbre mercantil, prevalecen sobre cualquier sentido que se pretenda dar a las palabras.

Sexta. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

Séptima. La cobertura, exclusiones y, en general, la extensión del riesgo así como los derechos de los beneficiarios, previstos en el contrato de seguro, deben interpretarse literalmente.

Octava. Las restricciones a la libre actividad del asegurado deben formularse expresamente e interpretarse literalmente.

Novena. Las cláusulas que imponen la caducidad de derechos del contratante, asegurado o beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva en su alcance y en los hechos que tienden a acreditar su procedencia. Su redacción debe ser clara, simple y precisa.

Décima. Las cargas impuestas convencionalmente al contratante, asegurado o beneficiario deben ser razonables.

Decimoprimera. Para determinar la observancia de cláusulas de garantía, prescripciones de seguridad o medidas de prevención, debe tenerse en cuenta más el cumplimiento sustancial de las mismas y su eficacia efectiva, que su cumplimiento literal. No se debe sancionar al asegurado por incumplimiento de garantías o medidas cuya observancia no hubiera evitado el siniestro.

Decimosegunda. Son nulas aquellas estipulaciones contractuales que amplían los derechos del asegurador o restringen los del asegurado en contravención de las disposiciones establecidas en la presente Ley.

TÍTULO II CONTRATO DE SEGURO

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

CONCEPTO

Artículo 1. Definición

El contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar dentro de los límites pactados el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

Artículo 2. Cobertura

El contrato de seguro cubre cualquier riesgo siempre que al tiempo de su celebración exista un interés asegurable actual o contingente.

Artículo 3. Inexistencia de riesgo

El contrato de seguro es nulo si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

Si se acuerda que comprende un período anterior a su celebración, el contrato es nulo solo si al tiempo de su conclusión el asegurador conoce la imposibilidad de que ocurra el siniestro o el contratante conoce que se ha producido.

CELEBRACIÓN

Artículo 4. Naturaleza consensual

El contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima.

No afecta el carácter consensual del contrato posponer el inicio de la cobertura del seguro.

Artículo 5. Solicitud no vinculante

La solicitud del seguro, cualquiera sea su forma, no obliga al contratante ni al asegurador.

Artículo 6. Contenido de la solicitud de seguro

El texto de la solicitud de seguro es suministrado por el asegurador. Las condiciones generales, particulares y especiales que forman parte de la póliza deben estar a disposición previa del solicitante para integrarse al contrato. La solicitud deberá ser firmada por el contratante del seguro, salvo en el caso de contratos comercializados a distancia.

Artículo 7. Renovación del contrato

El contrato de seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior, siempre que el condicionado general contenga la cláusula de renovación automática. Cuando el asegurador considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato.

El contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo en la propuesta. En caso contrario se entienden aceptadas las nuevas condiciones propuestas por el asegurador.

En este último caso, el asegurador debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA

Artículo 8. Reticencia y/o declaración inexacta dolosa

La reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el contratante y/o asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado.

Artículo 9. Plazo para pronunciarse

El asegurador dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta a que se refiere el artículo anterior, plazo que debe computarse desde que el asegurador conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento del asegurador debe ser notificado por medio fehaciente.

Artículo 10. Carga de la prueba

La carga de la prueba de la reticencia y/o declaración inexacta corresponde al asegurador quien, para tal efecto, puede valerse de todos los medios de prueba consagrados en el ordenamiento jurídico.

Artículo 11. Efectos sobre la prima

Las primas pagadas quedan adquiridas por el asegurador, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Artículo 12. Efectos sobre los siniestros

Si el siniestro se produce antes del vencimiento del plazo señalado en el artículo 9, que tiene el asegurador para invocar la nulidad, este se encuentra liberado del pago de la prestación.

Artículo 13. Reticencia y/o declaración inexacta no dolosa

Si la reticencia y/o declaración inexacta no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, el asegurador debe ofrecer al contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado.

A falta de aceptación, el asegurador puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior.

Artículo 14. Revisión no aceptada

Si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta señaladas en el artículo precedente es posterior a la producción de un siniestro, la indemnización debida se reduce en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo.

Artículo 15. Subsistencia del contrato

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

a) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, el asegurador conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.

b) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.

c) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y el asegurador igualmente celebró el contrato.

d) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

Artículo 16. Caducidad

Todos los plazos previstos en esta sección constituyen plazos de caducidad.

PRIMA

Artículo 17. Pago de la prima

El contratante es el obligado al pago de la prima. En caso de siniestro, son solidariamente responsables el asegurado y el beneficiario, respecto del pago de la prima pendiente.

El asegurador no puede rechazar el pago de la prima ofrecido o efectuado por un tercero. El pago de la prima debe ser efectuado al asegurador o a la persona que está autorizada a tal fin.

Artículo 18. Compensación

El asegurador puede compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado o beneficiario del seguro.

En caso de siniestro total que debe ser indemnizado en virtud del contrato de seguro, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse al pago de la indemnización correspondiente.

Artículo 19. Lugar de pago

La prima se paga en el lugar previamente acordado por las partes y, a falta de acuerdo, en el domicilio del asegurador.

Artículo 20. Exigibilidad de la prima

La prima es debida desde la celebración del contrato. El pago puede ser fraccionado o diferido, en cuyo caso se sujeta a los plazos acordados en el Convenio de Pago suscrito por el contratante.

Artículo 21. Suspensión de la cobertura por incumplimiento de pago

El incumplimiento de pago establecido en el Convenio de Pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. Para tal efecto, el asegurador deberá comunicar de manera cierta al asegurado a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. El asegurador no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el contratante ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

Si el asegurador no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.

Artículo 22. Rehabilitación

La rehabilitación de la cobertura de seguro, cuando el contrato se encuentra suspendido, se aplica hacia el futuro y requiere del contratante el pago total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación.

La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del asegurado, mientras que el asegurador no haya expresado por escrito su decisión de resolver el contrato.

Artículo 23. Resolución del contrato por falta de pago

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, el asegurador puede optar por la resolución del contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos en tales circunstancias.

El contrato de seguro se considera resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el contratante recibe una comunicación escrita del asegurador informándole sobre esta decisión.

Artículo 24. Derecho del asegurador

Cuando la resolución se produce por incumplimiento en el pago de la prima, el asegurador tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

PÓLIZA

Artículo 25. Prueba del contrato

En principio, el contrato de seguro se prueba por escrito; sin embargo, todos los demás medios de prueba son admitidos.

Artículo 26. Contenido de la póliza

El asegurador está obligado a entregar al contratante una póliza debidamente firmada por el representante de la empresa, con redacción clara, en caracteres legibles y en caracteres destacados para el caso del artículo 27. La póliza, además de las condiciones generales y especiales del contrato, debe contener como mínimo lo siguiente:

a) Nombre, denominación o razón social y domicilio del asegurador y, cuando los haya, de los coaseguradores; del contratante y, si el seguro se celebra por cuenta ajena, del asegurado o del beneficiario, según sea el caso.

b) Persona, bien o prestación asegurada.

c) Riesgos cubiertos y exclusiones.

d) Fecha de emisión y plazo de vigencia material.

e) El importe de la prima, los recargos e impuestos, indicando su vencimiento, forma de pago y, cuando corresponda, los criterios y procedimientos para la actualización de las primas, así como una estimación de la evolución del importe de estas.

f) Valor declarado, suma asegurada o alcance de la cobertura y, cuando corresponda, los criterios para la actualización de la suma asegurada, así como una estimación de la evolución de esta.

g) Franquicias y deducibles pactados.

h) Cuando corresponda, el número del registro oficial del corredor de seguros y la comisión que este ha de percibir; así como de la comisión que corresponde a la venta realizada a través de bancaseguros, comercializadores y otros, de acuerdo a la norma pertinente emitida por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

i) En caso de haber fraccionamiento de la prima, o un cronograma de cuotas de esta que incluya intereses, la indicación de la tasa de costo efectivo anual aplicable (TCEA) que refleje el costo financiero a cargo del contratante.

j) En los casos de seguros de vida y de accidentes personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, la indicación de que el contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

k) En los casos de seguros de daños patrimoniales, la indicación de que la existencia de dos o más pólizas cubriendo el mismo riesgo implica la aplicación del artículo 90, estando obligado el contratante a actuar conforme a lo establecido en el primer párrafo de dicho artículo.

l) Las demás condiciones particulares del contrato y anexos de la póliza.

m) Otras que determine la Superintendencia.

En caso el asegurador incumpla con incluir en la póliza la información mínima establecida en este artículo, cualquier interpretación del contrato se efectúa a favor del asegurado.

El asegurador debe entregar al contratante conjuntamente con la póliza un resumen de la cobertura contratada, el cual tiene carácter informativo y debe incluir aspectos relevantes del contrato, conforme a las disposiciones que dicte la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

Las condiciones generales, particulares y las especiales que sean aplicables al contrato deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Concreción, claridad y sencillez en la redacción con posibilidad de comprensión directa, sin reenvíos a cláusulas y pactos no contenidos en la póliza.

2. Estar ajustadas a la buena fe y justo equilibrio entre los derechos de las partes.

El uso de pólizas electrónicas será reglamentado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Artículo 27. Aprobación de condiciones mínimas y/o cláusulas

Las aseguradoras tienen libertad para fijar el contenido de sus pólizas, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 26. En materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las pólizas deberán sujetarse a las condiciones mínimas y/o cláusulas que se aprobaran mediante resolución del Superintendente.

La Superintendencia deberá prohibir la utilización de pólizas que se aparten de la ley o de las condiciones mínimas aprobadas y, de ser el caso, aplicará las sanciones correspondientes. Asimismo, ordenará la inclusión de cláusulas o condiciones en las pólizas que promuevan el fortalecimiento de las bases técnicas y económicas del seguro y la protección de los asegurados.

Artículo 28. Cláusulas en caracteres notorios

Se tienen por no escritas las cláusulas que consagran caducidades a los derechos del asegurado, suspensiones o exclusiones de cobertura contenidas en condiciones generales o particulares predispuestas o en anexos que no se encuentren impresas en caracteres notorios, entendiéndose por tales los que se destaquen del resto del texto. En caso de imponerse cláusulas de garantía que condicionen la cobertura del riesgo al asegurado, es decir cargas adicionales y especiales, se debe destacar su existencia en la parte frontal de la póliza.

Artículo 29. Diferencias entre la propuesta y la póliza

Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el contratante si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la póliza. Esta aceptación se presume solo cuando el asegurador advierte al contratante, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por el asegurador, se tendrán las diferencias como no escritas salvo que sean más beneficiosas para el asegurado.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del contratante deberá ser expresa.

La eliminación o el rechazo de las diferencias no afectan la eficacia del contrato en lo restante, salvo que comprometan la finalidad económico-jurídica del contrato.

Artículo 30. Cambio en las condiciones contractuales

Durante la vigencia del contrato el asegurador 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.

Artículo 31. Diferencias entre la publicidad y la póliza

Cuando existan diferencias entre las condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la póliza, relativas al mismo seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el asegurado.

Artículo 32. Pólizas nominativas

Las pólizas son nominativas, excepto en los seguros de transporte en que pueden ser emitidas a la orden o al portador.

Artículo 33. Pólizas a la orden o al portador

Mediante la transferencia de las pólizas a la orden o al portador se transmiten los derechos del asegurado y/o beneficiario contra el asegurador; sin embargo, pueden oponerse al tenedor las mismas defensas que pueden hacerse valer contra el asegurado, referentes al contrato de seguro, salvo la falta de pago de la prima, si su deuda no se infiere de la póliza.

El asegurador se libera si cumple sus prestaciones respecto del endosatario o del portador de la póliza.

Cuando se pierda, sustraiga o destruya una póliza a la orden o al portador podrá pedirse la cancelación y reemplazo de la misma. La nueva póliza que así se obtenga producirá los mismos efectos legales que la anterior.

Artículo 34. Duplicado de declaraciones, informes de inspección y póliza

El contratante y/o asegurado tiene derecho, mediante el pago de los gastos correspondientes, a que se le entregue copia de las declaraciones que formuló para la celebración del contrato, de los informes de inspección de riesgos y copia de la póliza.

Artículo 35. Idioma

La póliza se emite en idioma castellano, salvo que las partes acuerden un idioma distinto.

COBERTURA PROVISIONAL

Artículo 36. Plazo y condiciones

El asegurador puede emitir una nota de cobertura provisional, con una vigencia máxima de treinta (30) días, prorrogables, en tanto se emite la póliza de seguros.

Salvo pacto en contrario, la nota de cobertura provisional se sujeta a las mismas condiciones de cobertura y exclusiones previstas en la póliza de cuyo riesgo se trata, o en su defecto la cobertura se sujetará a las condiciones del modelo de póliza registrado en la Superintendencia que corresponda al mismo ramo, cobertura, modalidad y tipo de riesgo.

PARTICIPACIÓN DE CORREDORES, AJUSTADORES Y OTROS

Artículo 37. Corredor. Representación y comercialización

La carta de nombramiento que el asegurado o contratante extiende a un corredor de seguro, faculta a este para realizar actos administrativos de representación, mas no de disposición.

Cuando el asegurador designa un representante con facultades para actuar en su nombre se aplican las reglas del mandato.

Artículo 38. Ajustador

La actuación del ajustador debe ser técnica, independiente e imparcial. La Superintendencia adoptará las medidas necesarias para garantizar dichas características, incluyendo las sanciones que corresponda. Toda conducta que evidencie la violación reiterada de dichas medidas dará lugar a la revocación definitiva de la autorización del ajustador involucrado.

Es nula toda cláusula que prohíba o restrinja el derecho del asegurado a participar en la designación del ajustador una vez producido el siniestro.

CLÁUSULAS Y PRÁCTICAS ABUSIVAS

Artículo 39. Cláusulas abusivas

I) Las cláusulas abusivas son todas aquellas estipulaciones no negociadas que, aun cuando no hayan sido observadas por la Superintendencia, causen en contra de las exigencias de la máxima buena fe, en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato. Se considera que una cláusula no se ha negociado cuando ha sido redactada previamente y el contratante no ha influido en su contenido.

II) El hecho de que ciertos elementos de una cláusula o que una cláusula aislada se haya negociado no excluirá la aplicación del presente artículo al resto del contrato, si la apreciación global lleva a la conclusión de que se trata, no obstante, de un contrato por adhesión.

III) El carácter abusivo de una cláusula se apreciará teniendo en cuenta, además de la situación ventajosa que se genere para el asegurador en perjuicio del asegurado, la naturaleza de los bienes o servicios materia del contrato y de su celebración, así como el resto de cláusulas del contrato.

IV) El carácter abusivo de una cláusula subsiste aun cuando el contratante y/o asegurado la haya aprobado específicamente por escrito.

V) Las cláusulas abusivas son nulas de pleno derecho por lo que se las tiene por no convenidas.

VI) Cuando el juzgador declare la nulidad parcial del contrato puede integrarlo si es que el mismo puede subsistir sin ver comprometida su finalidad económico-jurídica.

VII) Las cláusulas o prácticas abusivas no dejan de serlas por el hecho de que en la celebración del contrato de seguro haya participado un corredor de seguros.

Artículo 40. Estipulaciones prohibidas

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, con carácter enunciativo, las empresas están prohibidas de incluir en las pólizas de seguro las siguientes estipulaciones, que serán nulas de pleno derecho:

a) Cláusulas mediante las cuales los asegurados y/o beneficiarios renuncien a la jurisdicción y/o leyes que los favorezcan.

b) Cláusulas que establezcan plazos de prescripción que no se adecúen a la normatividad vigente.

c) Cláusulas que prohíban o restrinjan el derecho del asegurado a someter la controversia a la vía judicial, sin perjuicio de su derecho de acordar con el asegurador, recién una vez producido el siniestro, el sometimiento del caso a arbitraje u otro medio de solución de controversias.

d) Cláusulas que dispongan la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario por incumplimiento de cargas que no guardan consistencia ni proporcionalidad con el siniestro cuya indemnización se solicita.

e) Cláusulas que limitan los medios de prueba que puede utilizar el asegurado o que pretendan invertir la carga de la prueba en perjuicio del asegurado.

f) Cláusulas que establecen la caducidad o pérdida de derechos del asegurado en caso de incumplimiento de cargas excesivamente difíciles o imposibles de ser ejecutadas.

g) Cláusulas que imponen la pérdida de derechos del asegurado en caso de violación de leyes, normas o reglamentos, a menos que esta violación corresponda a un delito o constituya la causa del siniestro.

h) Otras que establezca la Superintendencia en protección de los intereses de los asegurados.

La Superintendencia identifica aquellas cláusulas abusivas de los contratos de seguros y emite normas de carácter general que prohíban su inclusión en futuros contratos. Asimismo, difunde en su portal institucional todas aquellas cláusulas abusivas identificadas.

Artículo 41. Prácticas abusivas y derecho de arrepentimiento

1. En la oferta de seguros efectuada fuera de los locales comerciales de las empresas de seguros, o de quienes se encuentren autorizados a operar como corredores, o la oferta realizada a través de promotores de venta, se deberá entregar al potencial tomador información por escrito, suficientemente clara y con caracteres destacados, sobre su derecho de arrepentimiento. El tomador podrá resolver el contrato de seguro, sin expresión de causa, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que el tomador recibe la póliza o una nota de cobertura provisional. Si el tomador resuelve el contrato el asegurador le deberá devolver la prima recibida.

2. Están prohibidas las prácticas de comercialización de las que resulte:

a) Imponer directa o indirectamente la celebración de un contrato de seguro, salvo los seguros obligatorios.

b) Imponer la contratación de seguros sobre riesgos ajenos al contrato básico, por parte de empresas cuyo objeto social no sea la actividad aseguradora.

c) Predeterminar el nombre de empresas de seguro a través de contratos conexos, de manera tal que se limite la libertad de elección del potencial asegurado.

d) Desconocer o restringir el derecho del asegurado a contar con el asesoramiento en la contratación de seguros y/o servicios de gerencia de riesgos y/o siniestros de parte de un corredor de seguros autorizado.

La utilización de las indicadas prácticas de comercialización será pasible de sanción por parte de la Superintendencia.

La Superintendencia reglamentará el presente artículo.

Artículo 42. Proceso sumarísimo

Las pretensiones en materia de cláusulas y prácticas abusivas, en su caso, independientemente de su cuantía, se tramitarán bajo las reglas del Proceso Sumarísimo regulado por el Código Procesal Civil. En caso de arbitraje, se aplicarán las reglas correspondientes.

Artículo 43. Excepciones

No se aplica el artículo 39 a:

a) La proporcionalidad entre la prima y el riesgo asegurado.

b) Las condiciones generales, particulares o especiales negociadas individualmente, entendiéndose por tales aquellas en las que el asegurado participa o influye en su redacción.

c) Las condiciones que determinen el objeto del contrato, con excepción de las exclusiones de cobertura.

COMUNICACIONES

Artículo 44. Cumplimiento

Las comunicaciones, previstas por esta Ley o por el contrato, surten efecto desde el momento en que son notificadas en el domicilio señalado en el contrato. En caso de que existan plazos, surten efecto una vez vencidos estos.

Artículo 45. Conocimiento del asegurador

El asegurador no puede invocar las caducidades que se derivan de la inobservancia en el plazo de las cargas informativas impuestas por esta ley o por el contrato al asegurado, si en la época en que deben ejecutarse tiene conocimiento de las circunstancias a las que ellas se refieren.

COMPETENCIA

Artículo 46. Competencia

Las partes pueden pactar libremente el sometimiento de sus diferencias derivadas del contrato de seguro a la jurisdicción arbitral, siempre y cuando superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia para este efecto. En el caso de contratantes, asegurados y/o beneficiarios que tengan la condición de consumidores, conforme al Código de Protección y Defensa del Consumidor, son de aplicación las normas pertinentes.

Artículo 47. Domicilio

Las notificaciones y/o declaraciones previstas en la ley o en el contrato, se efectúan en el último domicilio comunicado por escrito.

VIGENCIA

Artículo 48. Duración del contrato

Se presume que la duración del contrato es de un (1) año, salvo que se pacte un plazo distinto.

Artículo 49. Comienzo y fin de la cobertura

La cobertura del asegurador comienza a las doce (12) horas del día en que se inicia la vigencia y termina a las doce (12) horas del último día de vigencia del contrato, salvo pacto en contrario.

RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Artículo 50. Seguros de duración determinada

En los contratos de duración determinada, con excepción de los seguros de vida, de salud y cauciones, puede convenirse que cualquiera de las partes tiene derecho a resolver el contrato sin expresión de causa. Si el asegurador ejerce la facultad de resolver, debe por medio fehaciente dar un preaviso no menor de treinta (30) días y reembolsar la prima proporcional por el plazo no corrido. Si el contratante opta por la resolución, el asegurador tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

Artículo 51. Seguros de duración indeterminada

Cuando el contrato se celebre por tiempo indeterminado, cualquiera de las partes puede resolverlo de acuerdo al régimen establecido en el párrafo anterior, salvo en el seguro de vida, de salud y cauciones, que se rigen por los propios contratos de seguros y/o las disposiciones que se aprueben sobre el particular.

Artículo 52. Resolución luego de producido el siniestro

Es válida la cláusula por la cual el asegurador se reserva el derecho de resolver el contrato luego de indemnizado el siniestro, siempre y cuando el contratante disponga del mismo derecho. Lo dispuesto en este artículo no es aplicable en los seguros de salud.

Artículo 53. Ejercicio del derecho

El derecho de resolución contractual sin expresión de causa no debe ejercitarse abusivamente por parte del asegurador, ni en contra de la buena fe, ni cuando el siniestro fuera inminente.

SEGURO POR CUENTA AJENA

Artículo 54. Definición

Si se asegura un interés cuya titularidad pertenece a un tercero, distinto al contratante, determinado o determinable o por cuenta de quien corresponda, el seguro será por cuenta ajena.

Artículo 55. Declaración del interés ajeno

El interés ajeno debe declararse al asegurador y en caso de duda debe presumirse que el seguro se ha celebrado por cuenta propia, salvo que el asegurador conozca o deba conocer que contrata un seguro por cuenta ajena cuando ello resulta de las circunstancias que rodean el caso y del contenido de las cláusulas del contrato de seguro en su conjunto.

Artículo 56. Obligaciones del contratante

Si el seguro se conviene por cuenta ajena o por cuenta de quien corresponda, toca al contratante cumplir con las obligaciones derivadas del contrato, salvo aquellas que, por su naturaleza, solo pueden ser cumplidas por el asegurado.

Artículo 57. Derechos del asegurado

El asegurado es el titular del derecho para reclamar la indemnización a cargo del asegurador. El contratante, aun cuando esté en posesión de la póliza, no puede cobrarla sin expreso consentimiento del asegurado, salvo que la póliza esté endosada a su favor.

Artículo 58. Sujeto pasivo de las cargas

La condición de sujeto pasivo de las cargas sustanciales incumbe a quien sea titular del interés asegurado al tiempo en que deban ser cumplidas.

CADUCIDAD

Artículo 59. Caducidad convencional

Cuando la presente ley no determine el efecto del incumplimiento de una carga impuesta al asegurado, las partes pueden convenir la caducidad de los derechos del asegurado si el incumplimiento obedece a su dolo o culpa inexcusable, de acuerdo al siguiente régimen:

Cargas anteriores al siniestro

a) Si la carga debe cumplirse antes del siniestro, el asegurador debe alegar la caducidad dentro de treinta (30) días de conocido el incumplimiento.

b) Cuando el siniestro ocurre antes de que el asegurador alegue la caducidad, se libera del pago de su prestación si el incumplimiento influyó en el acaecimiento del siniestro o en la extensión de su obligación.

Cargas posteriores al siniestro

c) Si la carga debe ejecutarse después del siniestro, el asegurador se libera por el incumplimiento del asegurado, si el mismo influyó en la extensión de la obligación asumida.

d) En caso de culpa leve, la indemnización se reduce de manera proporcional a la agravación del siniestro consecuencia del incumplimiento.

En caso de caducidad, corresponde al asegurador la prima por el tiempo transcurrido hasta que toma conocimiento del incumplimiento de la carga.

AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

Artículo 60. Agravación del riesgo

El asegurado o el contratante, en su caso, deben notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por este al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas.

Artículo 61. Efectos de la agravación del riesgo

Comunicada al asegurador la agravación del estado del riesgo, este debe manifestar al contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo.

Mientras el asegurador no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando el asegurador opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

Artículo 62. Efectos en caso de siniestros

Si el contratante o, en su caso, el asegurado, omiten denunciar la agravación, el asegurador es liberado de su prestación si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

a) El contratante o, en su caso, el asegurado incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable;

b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo del asegurador;

c) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el artículo 61;

d) El asegurador conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los incisos a, b y c del presente artículo, el asegurador 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.

Artículo 63. Extinción del derecho a resolver

El derecho a resolver a que se refiere el artículo 61 caduca, si no se ejerce en el plazo previsto o si la agravación ha desaparecido.

Artículo 64. Excepciones a la agravación del riesgo

Las disposiciones sobre agravación del riesgo no se aplican cuando se provoque para evitar el siniestro o para atenuar sus consecuencias, por un deber de humanidad generalmente aceptado, por legítima defensa, estado de necesidad o por cumplimiento de un deber legal.

Artículo 65. Agravación entre la propuesta y la aceptación

Las disposiciones de esta sección también son aplicables a la agravación producida entre la propuesta y la aceptación del asegurador.

Artículo 66. Pluralidad de intereses o personas

Cuando el contrato comprende pluralidad de intereses o de personas, las disposiciones de esta sección se aplican únicamente a la parte que incurre en la agravación del riesgo.

Artículo 67. Disminución del riesgo

Si el riesgo disminuye en el curso de ejecución del contrato, el contratante puede solicitar la reducción proporcional de la prima a partir del momento en que comunicó la disminución. A falta de acuerdo respecto de la reducción o de su importe, el contratante puede resolver el contrato.

AVISO DEL SINIESTRO

Artículo 68. Comunicación

El contratante, el asegurado, el beneficiario, en su caso, o cualquier tercero, comunicarán al asegurador el acaecimiento del siniestro en los plazos que para dicho efecto establezca la Superintendencia acorde con la naturaleza o tipo de seguro.

Artículo 69. Informaciones

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el contratante, el asegurado o el beneficiario deben suministrar al asegurador, a su pedido, la información veraz, razonable y necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y permitirle las indagaciones necesarias a tales fines.

Artículo 70. Sanción por incumplimiento

Cuando el asegurado o el beneficiario, debido a culpa leve, incumplan con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro y de ello resulte un perjuicio para el asegurador, este tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Artículo 71. Subsistencia de la cobertura

Subsiste la cobertura del asegurador si el asegurado o beneficiario prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Artículo 72. Caducidad

Si el incumplimiento obedece a dolo del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado.

Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del sujeto gravado con la carga, pierde el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Esta sanción no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Artículo 73. Fraude

El asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

INDEMNIZACIÓN

Artículo 74. Pronunciamiento del asegurador

El pago de la indemnización o el capital asegurado que se realice directamente a los asegurados, beneficiarios y/o endosatarios, deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro.

Se entiende consentido el siniestro, cuando la compañía aseguradora aprueba o no ha rechazado el convenio de ajuste debidamente firmado por el asegurado en un plazo no mayor de diez (10) días contados desde su suscripción y notificación al asegurador. En el caso de que la aseguradora no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste en un plazo no mayor de treinta (30) días, para consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la cláusula de arbitraje o a la vía judicial.

En los casos en que, objetivamente, no exista convenio de ajuste, sea porque no se ha requerido la participación del ajustador o este aún no ha concluido su informe, se entenderá como consentido el siniestro cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro, salvo lo señalado en el párrafo siguiente.

Cuando el ajustador requiere contar con un plazo mayor para concluir su informe podrá presentar solicitud debidamente fundamentada por única vez a la Superintendencia precisando las razones técnicas y el plazo requerido, bajo responsabilidad. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad.

Asimismo, cuando la aseguradora requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el asegurado no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la aseguradora podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud.

En caso de mora de la empresa de seguros, esta pagará al asegurado un interés moratorio anual equivalente a un 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 seguro por todo el tiempo de la mora.

Artículo 75. Participación del ajustador o perito

El ajustador de siniestros o el perito deben ser designados de común acuerdo por las partes.

La opinión del ajustador no obliga a las partes y es independiente de ellas. Los informes del ajustador deben ser proporcionados simultáneamente a ambas partes. En caso de que cualquiera de las partes no esté de acuerdo, podrán designar a otro ajustador para elaborar un nuevo ajuste del siniestro, de lo contrario podrán recurrir al medio de solución de controversias que corresponda.

Artículo 76. Pago a cuenta

Cuando el asegurador se pronuncia favorablemente frente a la pérdida estimada, el asegurado tiene derecho a solicitar un pago a cuenta si el procedimiento para determinar la prestación debida aún no se encuentra terminado.

Artículo 77. Cargas de las partes

Corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida si fuera el caso, y al asegurador la carga de demostrar las causas que lo liberan de su prestación indemnizatoria.

PRESCRIPCIÓN

Artículo 78. Término

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro.

Artículo 79. Prima en cuotas

Cuando la prima debe pagarse en forma fraccionada, la prescripción para su cobro se computa a partir del vencimiento de la última cuota o de la fecha de anulación de la póliza, lo que ocurra primero.

Artículo 80. Beneficiario

En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

CAPÍTULO II

SEGUROS DE DAÑOS PATRIMONIALES

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 81. Seguro de daños patrimoniales

El seguro de daños patrimoniales garantiza al asegurado contra las consecuencias desfavorables de un evento dañoso que pueda afectar su patrimonio.

El seguro de daños patrimoniales comprende el seguro de bienes y el seguro de responsabilidad civil.

Artículo 82. Objeto

Puede ser objeto de los seguros de daños patrimoniales, cualquier riesgo, si existe interés asegurable.

Artículo 83. Obligación del asegurador

El asegurador se obliga a resarcir, conforme al contrato, el daño patrimonial causado por el siniestro, sin incluir el lucro cesante, salvo cuando es expresamente convenido.

La obligación tiene como límite el monto de la suma asegurada, salvo que la ley o el contrato establezcan algo distinto.

Artículo 84. Relación causal o mala fe

La informalidad en la actividad o situación legal del asegurado no autoriza al asegurador a rechazar el reclamo indemnizatorio cuando la misma carece de relación causal con el siniestro o cuando se determina, de acuerdo con las circunstancias del caso, que el asegurador procede de mala fe en el rechazo.

Artículo 85. Sobreseguro

Si al tiempo del siniestro el valor asegurado excede el valor asegurable, el asegurador sólo está obligado a resarcir el daño efectivamente sufrido.

Si hubo intención manifiesta del contratante o del asegurado de enriquecerse a costa del asegurador, el contrato de seguro es nulo. El asegurador que actuó de buena fe queda libre de cualquier obligación indemnizatoria y gana la prima entera.

Artículo 86. Infraseguro

Si el valor asegurado es inferior al valor asegurable, el asegurador sólo resarce el daño en la proporción que resulte de ambos valores, salvo pacto en contrario.

Artículo 87. Siniestro continuado

En los seguros de daños patrimoniales, si el siniestro cubierto por la póliza se inicia durante la vigencia de la cobertura del seguro y continúa después de expirada esta, el asegurador responderá por todas las pérdidas y daños causados.

Por el contrario, si el siniestro se inicia antes y continúa después del inicio de la cobertura, el asegurador no será responsable del mismo, salvo pacto en contrario y siempre que las partes no tengan conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

PLURALIDAD DE SEGUROS

Artículo 88. Medida de la cobertura de cada asegurador

En caso de siniestro, cuando no existen estipulaciones especiales en el contrato o entre los aseguradores, se entiende que cada asegurador contribuye proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. En consecuencia, el contratante que asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, debe notificar sin demora a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada.

La liquidación de los daños se hace considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. El asegurador que abona una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo tiene acción contra el asegurado y contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste.

Artículo 89. Coaseguro

En caso de siniestro, de existir coaseguro, cada asegurador está obligado al pago de la indemnización en proporción a su respectiva cuota de participación.

El asegurador que pague una cantidad mayor a la que le corresponda tendrá acción para repetir por el exceso contra los demás aseguradores.

Si se extiende una sola póliza, y salvo estipulación en contrario, se presume que el coasegurador que la emite es mandatario de los demás para todos los efectos del contrato, con representación procesal activa y pasiva, pero requerirá poder especial para celebrar transacciones o para renunciar a la prescripción de las acciones derivadas del contrato.

Artículo 90. Contratos celebrados con desconocimiento de la existencia de otro seguro

Si el contratante celebra el contrato de seguro sin conocer la existencia de otro anterior, puede solicitar la resolución del más reciente o la reducción de la suma asegurada al monto no cubierto por el primer contrato con disminución proporcional de la prima.

El pedido debe hacerse inmediatamente después de conocida la existencia del seguro anterior y antes del siniestro.

SINIESTRO

Artículo 91. Exclusión de cobertura por provocación del siniestro

El asegurador queda liberado si el contratante o, en su caso, el asegurado, o el tercero beneficiario, provocan el siniestro dolosamente o por culpa grave, salvo pacto en contrario con relación a esta última.

Quedan excluidos los 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.

Artículo 92. Carga de salvamento

El contratante o, en su caso, el asegurado tienen el deber de proveer lo necesario, en la medida de sus posibilidades, para evitar o disminuir el daño, y cumplir las instrucciones del asegurador. Si existe más de un asegurador y median instrucciones contradictorias, actuarán según las instrucciones que parezcan más razonables en las circunstancias del caso.

Artículo 93. Reembolso de gastos

El asegurador debe reembolsar al contratante y/o asegurado los gastos razonables realizados en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 92, aun cuando hayan resultado infructuosos.

Artículo 94. Reembolso e infraseguro

En el supuesto de infraseguro se reembolsa en la proporción indicada en el artículo 86.

Artículo 95. Instrucciones del asegurador

Si los gastos se realizan de acuerdo a instrucciones del asegurador, este debe su pago íntegro, y debe anticipar los fondos si así le fuere requerido.

Artículo 96. Abandono

El asegurado no puede hacer abandono de los bienes afectados por el siniestro, salvo pacto en contrario.

Quedan excluidos los 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.

Artículo 97. Gastos de la verificación y liquidación

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable no son parte de la suma asegurada, y son asumidos por el asegurador en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del asegurado.

En caso de rechazo de siniestro, el asegurado o beneficiario que considere que el mismo es infundado podrá solicitar, conjuntamente con la impugnación del rechazo, la devolución de los gastos incurridos para acreditar su procedencia.

Artículo 98. Cambio en las cosas dañadas

El asegurado no puede, sin la conformidad del asegurador, introducir cambio en las cosas dañadas que haga más difícil establecer la causa del daño o el daño mismo, salvo que se efectúen para disminuir el daño o en el interés público. El incumplimiento de lo aquí dispuesto libera al asegurador, siempre que proceda sin demora a la determinación de las causas del siniestro y a la liquidación de los daños.

Artículo 99. Subrogación

El asegurador que ha pagado la indemnización se subroga en los derechos que corresponden al contratante y/o asegurado contra los terceros responsables en razón del siniestro, hasta el monto de la indemnización pagada.

El contratante y/o asegurado es responsable de todo acto que perjudique al asegurador en el ejercicio del derecho a la subrogación.

Es lícito pactar la renuncia a la subrogación, salvo en el supuesto de dolo.

Artículo 100. Excepción a la subrogación legal

El asegurador no puede ejercitar las acciones derivadas de la subrogación contra ninguna persona por cuyos actos u omisiones es responsable el asegurado por mandato de la ley. Sin embargo, la acción subrogatoria procede si la responsabilidad del tercero proviene de dolo o culpa grave, o si está amparada por un contrato de seguro, en cuyo caso la acción subrogatoria está limitada al importe de dicho seguro.

DESAPARICIÓN DEL INTERÉS O CAMBIO DE TITULAR

Artículo 101. Inexistencia antes de la vigencia

Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos, el contrato es nulo. En ese caso, el asegurador tiene derecho al reembolso de los gastos.

Artículo 102. Desaparición durante la vigencia

Si el interés asegurado desaparece por causa no cubierta por el seguro, el contrato se extingue y el asegurador sólo tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo en que estuvo a riesgo.

Artículo 103. Cambio de titular del interés

Si el bien o el interés asegurado es transferido a un tercero, termina el contrato de seguro y toda responsabilidad del asegurador, al décimo día siguiente a la transferencia, a menos que el contratante ceda también el contrato de seguro al tercero con la aprobación del asegurador, o sin ella si la póliza es a la orden o al portador.

Si el asegurado conserva parte del interés asegurado, el contrato de seguro continúa en su favor hasta el límite de su interés.

Lo antes señalado, se aplica a la venta forzada y a la expropiación, computándose el plazo desde la fecha de la subasta; pero no se aplica a la transmisión hereditaria, en la que los herederos y legatarios suceden al asegurado en el contrato.

SEGURO DE INCENDIO

Artículo 104. Seguro de incendio y/o rayo

El asegurador indemniza los daños a los bienes que sean consecuencia inmediata, directa o indirecta, del fuego o de la combustión, por las medidas para extinguirlo, las de demolición, de evacuación u otras análogas.

La indemnización también debe cubrir los bienes asegurados que se extravíen durante el incendio, salvo que se acredite que la desaparición proviene de un riesgo no asegurado.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Artículo 105. Alcances

El asegurador se obliga a mantener indemne al asegurado de cuanto este debe pagar a un tercero, en razón de la responsabilidad prevista en el contrato, a consecuencia de un hecho dañoso acaecido en el plazo convenido.

Artículo 106. Dirección de la defensa

Es derecho del asegurado dirigir su propia defensa judicial. En caso de que ejerza este derecho o renuncie al mismo en favor del asegurador, la cobertura comprende los conceptos previstos en el artículo siguiente.

Si el damnificado hace valer judicialmente su derecho contra el asegurado, este debe entregar al asegurador copia de los documentos y medios de prueba que le hayan sido notificados en el plazo que se convenga.

Constituye carga del asegurado cooperar con el asegurador en lo que este requiera para la defensa, en la medida de la razonabilidad de sus posibilidades. Cuando el damnificado se encuentre asegurado con el mismo asegurador contra cualquier riesgo o medie algún conflicto de interés, el asegurador lo comunicará al asegurado de inmediato y por escrito.

Artículo 107. Extensión de la cobertura

La cobertura de la póliza comprende:

1. El importe de las sumas a que se encuentra obligado el asegurado por concepto de indemnización de daños y perjuicios ocasionados al tercero, más las costas y costos del proceso, hasta el límite de la suma asegurada.

2. La obligación de sufragar los gastos que demanda la defensa del asegurado en el proceso judicial, aun cuando no fuera hallado responsable, siendo potestad del asegurador la aprobación del contrato de servicios profesionales correspondiente. Si el asegurado debe soportar parte del daño causado al tercero, el asegurador cubrirá los gastos, costas y costos del proceso sólo en forma proporcional. El asegurado se encuentra obligado a cooperar con su asegurador en la defensa de sus intereses, bajo sanción de repetir contra este.

Puede asimismo, comprender la obligación del asegurador de prestar garantía suficiente para proteger el patrimonio del asegurado contra medidas cautelares y embargos, hasta el límite de la suma asegurada y dentro de las condiciones estipuladas en la póliza.

Artículo 108. Riesgo no asegurable

Bajo sanción de nulidad, no puede ampararse en virtud de este seguro la responsabilidad civil proveniente de actos u omisiones dolosas del asegurado.

Artículo 109. Siniestro

Existe siniestro en el seguro de responsabilidad civil cuando surge la deuda de responsabilidad para el asegurado.

Para indemnizar los siniestros no se requerirá de sentencia firme al realizar la aseguradora una transacción sobre el monto de la indemnización antes o durante el proceso judicial.

Son nulas las cláusulas de reembolso según las cuales la obligación principal del asegurador únicamente consiste en reembolsar al asegurado una vez que este haya asumido y pagado los daños.

Artículo 110. Acción directa del tercero damnificado

El tercero víctima del daño tiene acción directa contra el asegurador, hasta el límite de las obligaciones previstas en el contrato de seguro y siempre que se incluya al asegurado en su demanda.

Artículo 111. Defensas oponibles

El asegurador puede oponer contra el tercero:

- a) Las excepciones y medios de defensa que asisten al asegurado frente a la víctima.
- b) Los límites y exclusiones previstas en la póliza.
- c) Las causales de ineficacia o resolución del contrato de seguro o de caducidad de los beneficios, producidos antes o durante el siniestro.

El asegurador no puede oponer frente al tercero las causales de ineficacia o caducidad de derechos del asegurado si se producen con posterioridad al siniestro. En este caso tiene derecho a repetir contra el asegurado por el importe de lo pagado, más los intereses, gastos y perjuicios.

Artículo 112. Pluralidad de damnificados

Si existe pluralidad de damnificados, la indemnización debida por el asegurador se distribuye proporcionalmente.

SEGURO DE CAUCIÓN

Artículo 113. Seguro de caución

Por el seguro de caución el asegurador se obliga frente al asegurado, dentro de los límites y condiciones establecidas en el contrato y en la ley aplicable, a indemnizarlo en caso de que el contratante o tomador del seguro incumpla sus obligaciones contractuales o legales garantizadas. Es válido el pacto por el cual se requiere probar los daños para que proceda la indemnización.

En tal medida, para resolver el contrato de seguro de caución por causa distinta al vencimiento del plazo de vigencia establecido, será necesaria la autorización del asegurado.

Artículo 114. Garantía en la administración pública

Son requisitos para que el contrato de seguro de caución pueda operar como garantía en la administración pública los siguientes:

- Que tenga la condición de contratante o tomador del seguro quien deba prestar la garantía ante el asegurado.
- Que la falta de pago de la prima no dé derecho al asegurador a resolver el contrato, ni este quedará extinguido, ni su cobertura suspendida, ni el asegurado liberado de su obligación en caso de siniestro.
- Que el asegurador no pueda oponer al asegurado las excepciones que puedan corresponderle contra el contratante o tomador del seguro.
- Que la vigencia del contrato se mantenga hasta la fecha en la que la administración pública autorice su cancelación.

CAPÍTULO III

SEGURO DE PERSONAS

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 115. Seguro de personas

El seguro de personas recae sobre la vida del asegurado o de un tercero, o sobre la integridad psicofísica o la salud del asegurado.

El seguro de personas es individual o grupal. El seguro grupal de personas cubre a los adherentes de un grupo determinado y/o su familia o a las personas a su cargo.

Artículo 116. Ámbito de aplicación

Las disposiciones de este capítulo se aplican al contrato de seguro para el caso de muerte, de sobrevivencia, de rentas u otros vinculados con la vida humana, en cuanto sean compatibles con su naturaleza.

En los seguros de personas el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro, con excepción de los gastos efectuados por asistencia médica.

Artículo 117. Seguro de salud

Por el seguro de salud el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad del asegurado. La prestación del asegurador podrá consistir en el reembolso al asegurado de los gastos derivados de la asistencia médica, una indemnización a suma alzada en caso de invalidez temporal o permanente u otras contingencias acordadas en la póliza. La prestación podrá consistir también en garantizar al asegurado los servicios de asistencia médica, debiendo el asegurador poner a disposición del asegurado dichos servicios y asumir directamente su costo.

Para tal efecto, los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias.

Artículo 118. Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

Artículo 119. Exámenes genéticos

El asegurador está prohibido de exigir exámenes genéticos previos a la celebración de contratos de seguro y no puede condicionar la aceptación, vigencia o renovación de coberturas de seguro a la realización de dichos exámenes.

SEGURO DE VIDA

Artículo 120. Alcance

Por el seguro de vida el asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima estipulada y dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a satisfacer al beneficiario un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, en el caso de muerte o de supervivencia del asegurado.

El seguro sobre la vida puede estipularse sobre la vida propia o la de un tercero, así como sobre una o varias personas.

Artículo 121. Consentimiento del tercero

En los seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del contratante y del asegurado, se requiere el consentimiento de este, dado por escrito. Si el asegurado es menor de edad, es necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

El asegurado puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. El asegurador, desde la recepción de dicho documento, cesa en la cobertura del riesgo y el contratante del seguro tiene derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre menores de dieciséis años de edad o personas declaradas judicialmente incapaces. Se exceptúan de esta prohibición, los contratos de seguros en los que la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la prima satisfecha por la póliza o al valor de rescate.

Artículo 122. Incontestabilidad o indisputabilidad

Si transcurren dos (2) años desde la celebración del contrato, el asegurador no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.

Artículo 123. Declaración inexacta de la edad

La declaración inexacta de la edad del asegurado acarrea la nulidad del contrato, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la póliza para asumir el riesgo. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la

prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Artículo 124. Agravación del riesgo

El seguro de vida no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.

Artículo 125. Suicidio - muerte del tercero por el contratante o beneficiario

El suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, libera al asegurador, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (2) años.

En el seguro sobre la vida de un tercero, está excluida de cobertura la muerte dolosamente provocada por un acto del contratante y/o beneficiario.

Artículo 126. Resolución y liberación del asegurador. Derechos del contratante

Si por cualquier causa se resuelve el contrato, el asegurador se libera de pagar el capital o la renta pactados, pero debe restituir el valor del rescate que corresponde según la reserva matemática constituida de acuerdo con sus planes técnicos empleados en la póliza, siempre que haya sido pactado en la póliza. Esta disposición no será aplicable en los seguros de vida temporales que solo otorguen una cobertura de riesgo.

En el seguro de vida, el contratante tendrá derecho a lo siguiente:

a) Ejercicio del derecho de reducción

Una vez transcurrido el plazo previsto en la póliza, que no puede ser superior a dos (2) años desde el inicio de vigencia del contrato, no se aplicará lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 21 sobre falta de pago de la prima. A partir de dicho plazo, la falta de pago de la prima produce la reducción del seguro conforme a la tabla o sistema de determinación de los valores de reducción previstos en la póliza.

La reducción del seguro se produce también cuando lo solicite el contratante, una vez transcurrido el plazo antes señalado.

El contratante tiene derecho a la rehabilitación de la póliza, en cualquier momento, antes de la ocurrencia del siniestro, debiendo cumplir para ello las condiciones establecidas en la póliza.

b) Ejercicio del derecho de préstamo

El asegurador debe conceder al contratante, préstamos sobre la prestación asegurada, conforme a las condiciones fijadas en la póliza, una vez pagadas las dos (2) primeras anualidades de la prima o la que corresponda al plazo inferior previsto en la póliza, hasta el límite del valor de rescate que corresponda.

c) Ejercicio del derecho de rescate

El contratante que haya pagado las dos (2) primeras anualidades de la prima o la que corresponda al plazo inferior previsto en la póliza puede ejercitar el derecho de rescate mediante la oportuna solicitud, conforme a las tablas o sistema de determinación de los valores de rescate previstos en la póliza.

No son obligatorios los derechos de reducción, préstamo y rescate de la suma asegurada en los seguros en forma de renta y en los seguros temporales para el caso de muerte.

Artículo 127. Seguro de vida en beneficio de un tercero

Se puede pactar que el capital o renta a pagarse en caso de muerte, se abone a un tercero sobreviviente, determinado o determinable al momento del evento.

Artículo 128. Designación de beneficiarios

Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes o importes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Artículo 129. Falta de designación de beneficiarios

Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiese beneficiario designado o por cualquier causa la designación efectuada se hace ineficaz o queda sin efecto, se entiende que comprende a los herederos legales.

Artículo 130. Forma de la designación

La designación de beneficiario debe constar por escrito en la póliza. Es válida aunque se notifique al asegurador después del evento previsto. Si hay cambio de beneficiario será válido siempre que conste en un endose en la póliza o que conste en un tercer documento legalizado por notario público.

Artículo 131. Liquidación patrimonial

La existencia de herederos del asegurado y la declaración de insolvencia no afectan el contrato de seguro ni la designación de beneficiario.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Artículo 132. Disposiciones generales

Por el seguro de accidentes, el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a indemnizar, mediante el pago de una suma determinada, los daños producidos por una lesión corporal que deriva de causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez, temporal o permanente, o muerte.

En los casos en que la póliza de seguro contemple una cobertura por invalidez del asegurado, la cobertura del asegurador comprenderá, en todo caso, la invalidez que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente, siendo válidas las cláusulas que amplíen este plazo.

En el seguro de accidentes personales son aplicables los artículos 128 al 131, referentes al seguro de vida.

Artículo 133. Pago de beneficios

En el supuesto de incapacidad temporal, cuando el asegurador se pronunció favorablemente frente al siniestro, el asegurado tiene derecho al pago inmediato de los beneficios.

Artículo 134. Dolo del asegurado o del beneficiario

Está excluido de cobertura el accidente provocado dolosamente por el contratante, asegurado o el beneficiario.

CAPÍTULO IV

SEGURO DE GRUPO

Artículo 135. Tercero beneficiado

En caso de contratación de seguro grupal, en interés exclusivo de los integrantes del grupo, estos o sus beneficiarios tienen un derecho propio contra el asegurador desde que ocurre el evento previsto.

Artículo 136. Incorporación

El contrato fijará las condiciones de incorporación al grupo asegurado, que se producirá cuando las mismas se cumplan.

El asegurador está obligado a entregar al asegurado un certificado que acredite su incorporación al grupo.

Artículo 137. Condiciones no informadas

No son oponibles al asegurado los contenidos contractuales que no le hayan sido informados en el certificado mencionado en el artículo anterior, cuyo contenido mínimo se sujeta a las disposiciones de la Superintendencia.

TÍTULO III

CONTRATO DE REASEGURO

Artículo 138. Definición

Por el contrato de reaseguro, el reasegurador se obliga al pago, dentro de los límites acordados, de la deuda que nace en el patrimonio del reasegurado a consecuencia de la obligación asumida por este en su carácter de asegurador en un contrato de seguro.

Artículo 139. Autonomía

El contrato de reaseguro no subordina las relaciones que emanan del contrato de seguro. En consecuencia, el pago de un siniestro derivado del contrato de seguro no puede quedar condicionado a las relaciones existentes entre el asegurador y el reasegurador.

Resolución S.B.S.N° 3198 -2013

El Superintendente de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones

CONSIDERANDO:

Que por Resolución SBS N° 225-2006 se aprobó el Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguro, reglamentaria de los artículos 329° y 330° 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, en adelante Ley General;

Que, mediante Ley N° 29946, se aprobó la Ley del Contrato de Seguro, la que, entre otras establece disposiciones referidas al inicio de cobertura del seguro y al pago de la prima, habiendo derogado los artículos 329° y 330° de la Ley General;

Que, la referida Ley incorpora nuevos criterios a ser considerados en materia de inicio de vigencia de la póliza, efectos del incumplimiento de pago de la prima, rehabilitación y resolución del contrato de seguro, entre otros;

Que, en consecuencia resulta necesario adecuar el precitado reglamento a las nuevas disposiciones de la Ley del Contrato de Seguros - Ley N° 29946;

Que, a efectos de recoger las opiniones del público en general respecto a la propuesta normativa, se dispuso la republicación de la presente resolución, al amparo de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS;

Contando con el visto bueno de las Superintendencias Adjuntas de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y de Seguros, Asesoría Jurídica y por la Gerencia de Productos y Servicios al Usuario;

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 7 y 9 del artículo 349° de la Ley General,

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguro en los términos que se indican a continuación:

REGLAMENTO DE PAGO DE PRIMAS DE PÓLIZAS DE SEGURO

Artículo 1°.- Alcance

Las disposiciones de la presente norma son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16° de la Ley General, en adelante las empresas.

Artículo 2°.- Definiciones

Las disposiciones establecidas en la presente Resolución se sujetarán a las siguientes definiciones:

- a) Asegurado: Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro, puede ser también el contratante del seguro.
- b) Contratante: Persona natural o jurídica que contrata el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado
- c) Convenio de pago: Documento en el que consta el compromiso por parte del contratante de pagar la prima en la forma y plazos convenidos con la empresa de seguros. La formalidad de su emisión corresponde a las empresas.
- d) Días: Días calendarios.
- e) Fraccionamiento de primas: Constituye la facilidad de pago que otorga la empresa, mediante la cual se permite al contratante pagar la prima correspondiente al período de vigencia del contrato de seguro, en cuotas periódicas, según los términos acordados en el convenio de pago.

- f) Ley General: 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.
- g) Pago diferido de la prima: Corresponde al fraccionamiento que se difiere para ser pagado posteriormente de acuerdo a los términos contenidos en el convenio de pago.
- h) Prima devengada: Es la fracción de la prima correspondiente al periodo en que la empresa de seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato de seguro.

Artículo 3°.- Cobertura del seguro

El contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima.

Sin perjuicio de lo señalado, la prima es debida desde la celebración del contrato, cuyo pago podrá ser por el íntegro, convenirse en forma fraccionada, o diferirlo, sujetándose a los plazos acordados en el convenio de pago suscrito por el contratante.

La póliza o el convenio de pago deben señalar el lugar de pago de la prima.

Artículo 4°.- Renovaciones de las pólizas

Las pólizas de seguros renovadas automáticamente, en virtud de la cláusula de renovación automática pactada, así como aquellas que hayan sido renovadas por mutuo acuerdo de las partes con condiciones distintas propuestas por la empresa y que hayan sido aceptadas por el contratante, iniciarán su cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la póliza o renovación que la preceda.

Artículo 5°.- Fraccionamiento y diferimiento del pago de primas

Las facilidades para el pago de la prima, otorgadas por las empresas, deberán sujetarse a lo siguiente:

- a) Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos, no pudiendo el plazo para el pago de la última cuota de la prima exceder a la vigencia de la póliza. Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.
- b) Solo podrán exceder al plazo de cobertura de la póliza los fraccionamientos pactados con diferimiento en el pago, por un plazo máximo de treinta (30) días, sin perjuicio de las provisiones requeridas según el artículo 17° de la presente norma.

Artículo 6°.- Pago de las primas

Los contratantes de las pólizas deberán efectuar el pago de las primas, sujetándose a las siguientes disposiciones:

- a) Cuando las partes acuerden el pago diferido, las empresas podrán otorgar como plazo de pago hasta treinta (30) días contados desde el inicio de vigencia de la póliza, aspecto que deberá precisarse en el convenio de pago que suscriba el contratante. En caso de incumplimiento en el pago de la prima y siempre que no se haya acordado un plazo adicional para el pago, serán de aplicación los artículos 7° y 8° de este Reglamento.
- b) En el caso de fraccionamiento de primas, dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del seguro el contratante deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con las facilidades otorgadas por las empresas en el convenio de pago. En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas, y siempre que no se haya acordado un plazo adicional para el pago de acuerdo al siguiente inciso, serán de aplicación los artículos 7° y 8° de este Reglamento.
- c) En caso de fraccionamiento con diferimiento, el plazo máximo de diferimiento será de treinta (30) días respecto del término de la cobertura otorgada.
- d) Las empresas podrán modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el convenio de pago, previo acuerdo con el contratante del seguro, debiendo formar parte de la póliza, el endoso que contenga el nuevo convenio de pago. Mientras se encuentre vigente y al día en los pagos respecto del nuevo convenio, la empresa de seguros no podrá rechazar siniestros aduciendo falta de pago de primas.

Artículo 7°.- Suspensión de la cobertura por incumplimiento de pago

El incumplimiento de pago establecido en el convenio de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

Antes del vencimiento de dicho plazo, la empresa de seguros deberá comunicar de manera cierta al asegurado a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo que el contratante dispone para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro.

Debe señalarse que una comunicación se realiza de manera cierta cuando se utiliza cualquier mecanismo de comunicación que las partes pacten de común acuerdo, siempre que esta sea susceptible de verificación, conforme a lo dispuesto al artículo 24º del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el contratante ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

Artículo 8°.- Requisitos de la comunicación de incumplimiento de pago

La comunicación cierta deberá cumplir con informar al asegurado, como mínimo, lo siguiente:

- a) Fecha de vencimiento del pago de la prima.
- b) Plazo máximo para el pago de la prima adeudada, antes de que se produzca la suspensión de la cobertura.
- c) Indicar que es consecuencia de mantener impaga la prima, la suspensión de la cobertura, lo cual implica que la aseguradora no estará obligada a cubrir los siniestros ocurridos mientras la cobertura se encuentre suspendida.

Artículo 9°.- Resolución del contrato por falta de pago

En caso la cobertura del seguro se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de primas, las empresas podrán optar por la resolución de los contratos, no siendo responsables por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida.

El contrato de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el contratante reciba una comunicación escrita de la empresa informándole sobre esta decisión, conforme el artículo 24º del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.

Artículo 10°.- Requisitos de la comunicación de la resolución del contrato

En caso la empresa de seguros opte por la resolución del contrato, la comunicación referida en el artículo anterior que debe dirigir al contratante contendrá, como mínimo, la siguiente información:

- a) Fecha de suspensión la cobertura.
- b) Precisión de que en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el contratante reciba la comunicación, se considerará resuelto el contrato.

La decisión de resolución comunicada al contratante determina que la cobertura correspondiente no pueda ser rehabilitada.

Artículo 11°.- Extinción del contrato

Si la empresa no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido y tiene derecho al cobro de la prima devengada. Para dichos efectos, dicho plazo corresponderá al de vencimiento de pago de prima, establecido en el contrato y en el convenio de pago.

Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas, por parte de la empresa.

Artículo 12°.- Coberturas provisionales

Las empresas podrán otorgar coberturas provisionales, con una vigencia de treinta (30) días prorrogables, mientras se emite la póliza de seguro respectiva.

Para la emisión de coberturas provisionales, a que se refiere el artículo 36° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las empresas podrán utilizar como referencia, el modelo indicado en el Anexo 1 del presente Reglamento. Sin embargo, el documento en mención deberá contener la información mínima consignada en dicho anexo. Asimismo, las empresas deberán establecer un sistema de registro adecuado que permita tomar conocimiento de los alcances de las coberturas provisionales otorgadas por las empresas. Dicho registro deberá encontrarse permanentemente actualizado y a disposición de esta Superintendencia cuando así lo requiera.

Artículo 13°.- Modificaciones de pólizas de seguros

En caso se efectúen modificaciones en las pólizas de seguro con posterioridad a su emisión, las primas resultantes de endosos podrán ser pagadas por adelantado, o en la forma establecida en el artículo 6°, dentro de la vigencia de la póliza respectiva.

Artículo 14°.- Seguros con características especiales

Los seguros que se indican a continuación que, por sus características especiales, no puedan sujetarse a alguna de las disposiciones referidas al pago de las primas señaladas en el presente Reglamento, deberán observar lo siguiente:

- a) Los seguros de vida, de caución y los de crédito a la exportación se registrarán por las condiciones establecidas en las respectivas pólizas.
- b) Los seguros emitidos bajo el marco del Sistema Privado de Pensiones que cuentan con coberturas de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, así como pensiones de jubilación, invalidez y sobrevivencia, se registrarán por sus respectivas normas.
- c) Los seguros obligatorios se sujetarán a las disposiciones establecidas en sus leyes de creación.
- d) Los microseguros, se registrarán por sus respectivas normas.

Sin perjuicio de lo señalado, tanto al registro contable de la prima como a las provisiones por incumplimiento del pago de la prima, les será de aplicación lo señalado en los artículos 16° y 17° del presente Reglamento.

El ejercicio del derecho de reducción de los seguros de vida, a que se refiere el literal "a" del art. 126° de la Ley del Contrato de Seguro, por la falta de pago de la prima, se refiere a la reducción del plazo contratado (seguro prorrogado) o la reducción de la suma asegurada (seguro saldado).

Artículo 15°.- Compensación de primas

Las empresas podrán compensar las primas pendientes de pago a cargo del contratante y/o asegurado, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al asegurado o beneficiario del seguro en caso de siniestro. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso h) del artículo 2° de este Reglamento, en caso de siniestro total que deba ser indemnizado en virtud del contrato de seguro, la prima se entenderá totalmente devengada, debiendo la empresa imputarla al pago de la indemnización correspondiente.

En caso de seguros patrimoniales, cuyas vigencias sean multianuales, entiéndase que la prima se considerará totalmente devengada solo por el periodo de vigencia que se encontrara en curso al momento de presentarse el siniestro.

Artículo 16°.- Registro contable

Las empresas deben registrar contablemente la prima correspondiente al periodo contratado, cuando se acepte la solicitud del seguro, sin considerar para estos efectos el estado de pago de la prima, es decir, si siendo diferida o fraccionada, se encuentra pendiente de pago, considerando lo siguiente:

1. En el caso de las pólizas de seguros de ramos generales, el registro deberá corresponder a todo el periodo contratado en la póliza. Si el periodo contratado es mayor a un año, aplicarán las disposiciones emitidas por esta Superintendencia.

2. En el caso de los seguros de de vida, de accidentes y enfermedades, seguros obligatorios y otros casos específicos, el registro de la prima se sujetará a las disposiciones que emita la Superintendencia mediante norma de carácter general. En el caso de las renovaciones de pólizas, el registro deberá efectuarse, cuando éstas ingresen a un sistema de emisión de pólizas.

Artículo 17°.- Provisiones por deterioro

En caso existan incumplimientos en el pago de la prima respecto de la fecha acordada en el convenio de pago correspondiente, que se prolongue por sesenta (60) días, las empresas deberán constituir las provisiones por deterioro establecidas en las normas contables pertinentes.

Asimismo, en el caso de las cuotas de las primas por cobrar que se mantengan en cobranza, una vez terminada la vigencia de las pólizas, las empresas deberán provisionar el cien por ciento (100%) de los importes correspondientes.

En el caso de los seguros de vida de vida se consideraran los beneficios de la póliza que le permitan saldar o prorrogar la cobertura, originada por el incumplimiento de pago de la prima.

Artículo 18°.- Pago mediante entrega de títulos valores

El pago de primas mediante la entrega de títulos valores a favor de las empresas, sólo se entenderá efectuado cuando el íntegro del monto consignado en dicho documento sea pagado dentro del plazo convenido; caso contrario, se aplicará lo señalado en el artículo 7° del presente Reglamento.

Artículo 19°.- Información a la Superintendencia

Las empresas deberán remitir a esta Superintendencia, con periodicidad trimestral, a través del software “Sub-Módulo de Captura y Validación Externa” (SUCAVE), en los plazos de presentación de los estados financieros correspondientes, la siguiente información:

- Anexo N° ES-9: “Provisiones por deterioro acumulado de primas por cobrar”.

La primera información a remitir corresponderá a la del tercer trimestre de 2013.

Artículo 20°.- Información mínima a cargo de las empresas

Las empresas deberán mantener permanentemente actualizados y a disposición de esta Superintendencia, los expedientes de los contratos de seguro suscritos, con toda aquella información que permita verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Reglamento, en especial, los documentos relacionados con el inicio de vigencia de las coberturas.

Artículo Segundo.- Modificar el tercer párrafo e incorporar un cuarto párrafo al literal C del título “NIC 39 – Instrumentos Financieros – Reconocimiento y Medición” del Anexo B de la Resolución SBS N° 7037-2012, en los términos que se indican a continuación:

“C) CUENTAS POR COBRAR POR CONTRATOS DE SEGUROS

(...)

El incumplimiento en el pago del cronograma establecido en el convenio de pago que sustenta el pago de primas, origina la suspensión de la cobertura del seguro, siempre que se cumplan las condiciones de la normativa pertinente. Durante el periodo de suspensión, las empresas deben mantener constituidas las reservas técnicas correspondientes. La resolución del contrato de manera previa al término de la vigencia determina la reversión de las primas pendientes de pago no devengadas así como de las reservas técnicas correspondientes.

La constitución de provisiones por deterioro se sujetará a las siguientes disposiciones:

Primas por cobrar:

1) La base de cálculo la conforma el monto de la prima comercial, la que no considera el impuesto correspondiente. La fecha a partir de la cual se determina el deterioro es la que da inicio al incumplimiento según las normas de la SBS. Se

consideran también aquellas primas provenientes de comercialización masiva, que se encuentren en cobranza, a pesar que la vigencia de la póliza ha terminado. Otros casos específicos son regulados por las SBS

(...).”

Artículo Tercero.- Modificar el tercer y cuarto párrafo del literal J del título “NIIF 4 – Contrato de Seguro” del Anexo B de la Resolución SBS N° 7037-2012, en los términos que se indican a continuación:

I) Ingresos por primas de seguros directos, de reaseguros y de coaseguros

“(.....)

En términos generales, las empresas deben registrar contablemente la prima correspondiente al periodo contratado, cuando se acepte la solicitud del seguro, sin considerar para estos efectos el estado de pago de la prima, es decir, si siendo diferida o fraccionada, se encuentra pendiente de pago. Para tales efectos se consideran las disposiciones específicas emitidas por la SBS en las normativas correspondientes:

Las anulaciones y devoluciones de primas, comisiones y siniestros deben afectar a los resultados del ejercicio.

(...).”

Artículo Cuarto.- El anexo referido en el artículo 19° del Reglamento aprobado mediante la presente resolución, se publica en el Portal electrónico de esta Superintendencia (www.sbs.gob.pe), conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.

Artículo Quinto.- La presente Resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano, y deja sin efecto la Resolución SBS N° 225-2006 que aprobó el Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguro.

Resolución S.B.S. N° 3199 -2013

El Superintendente de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones

REGLAMENTO DE TRANSPARENCIA DE INFORMACIÓN Y CONTRATACIÓN DE SEGUROS

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Alcance

Las disposiciones de la presente norma son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16 de la Ley General, en adelante las empresas, así como a los corredores de seguros, en lo que corresponda.

Asimismo, el reglamento resultará de aplicación supletoria en el caso de contratación de seguros obligatorios y de aquellos regulados por leyes especiales.

Artículo 2.- Definiciones

Para efectos de lo dispuesto en la presente norma considérense las siguientes definiciones y referencias:

- a. Asegurado: titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro, puede ser también el contratante del seguro.
- b. Beneficiario: titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la póliza.
- c. Certificado de seguro: documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada.
- d. Código: Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571 y sus normas modificatorias.
- e. Comercializador: persona natural o jurídica con la que la empresa celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de bancaseguros.
- f. Condiciones generales: conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por las empresas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.
- g. Condiciones especiales: conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares.
- h. Condiciones mínimas: son aquellas cláusulas que integran el condicionado general cuyo contenido es materia de aprobación por parte de la Superintendencia.
- i. Condiciones particulares: estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros.
- j. Contratante: persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado.
- k. Contratante y/o asegurado potencial: persona a quien la empresa, a través de promotores de seguros o comercializadores, y/o los corredores de seguros, le ofrecen el seguro.
- l. Denuncia: aviso o puesta en conocimiento por parte de un usuario o un tercero, de un hecho que constituya presunta infracción de las normas que regulan a la empresa denunciada.
- m. Días: días calendario.

n. Endoso: documento que se adhiere con posterioridad a la póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la empresa y el contratante, según corresponda.

o. Ley de Seguros: Ley del Contrato de Seguros, Ley Nº 29946.

p. Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley Nº 26702 y sus normas modificatorias.

q. Locales comerciales: establecimientos a través de los cuales la empresa atiende al público para realizar operaciones y servicios, conforme lo establece el Reglamento de apertura, conversión, traslado o cierre de oficinas, uso de locales compartidos, uso de cajeros automáticos y cajeros corresponsales aprobado por la Resolución SBS Nº 775-2008 y sus normas modificatorias.

r. Propuesta de seguros: propuesta de la empresa para la celebración de un contrato de seguros efectuada a un contratante y/o asegurado potencial.

s. Póliza de Seguro: documento que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato.

t. Prima pura de riesgo: costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.

u. Prima comercial: incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

v. Prima referencial: estimado de la prima comercial sobre la base de un riesgo estándar.

w. Promotor de seguros: persona natural que mantiene un contrato de trabajo o de prestación de servicios, que lo faculte para promover, ofrecer y comercializar productos de seguros dentro o fuera de los locales comerciales de la empresa.

x. Reclamo: comunicación que presenta un usuario a través de los diferentes canales de atención disponibles en la empresa, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés.

y. Reglamento: Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.

z. Seguros de grupo o colectivos: modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.

aa. Seguros masivos: seguros estandarizados que no requieren de requisitos especiales de aseguramiento en relación con las personas y/o bienes asegurables, siendo suficiente la simple aceptación del contratante para el consentimiento del seguro, y son ofrecidos directamente por las empresas, o a través de promotores de seguros o comercializadores.

bb. Seguros obligatorios: seguros cuya contratación y condiciones de cobertura son exigidas por norma legal expresa.

cc. Seguros personales: seguros que dan cobertura a la vida, la integridad psicofísica o la salud del asegurado, comprendiéndose a los seguros de vida (muerte y sobrevivencia), seguros de accidentes personales y seguros de salud.

dd. Solicitud de cobertura: solicitud efectuada por el asegurado o el beneficiario ante la empresa por la ocurrencia de un siniestro respecto a la cobertura de seguro contratada.

ee. Superintendencia: Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

ff. Solicitud de seguro: constancia de la voluntad del contratante y/o asegurado, según corresponda, de contratar el seguro.

gg. Tasa de costo efectivo anual (TCEA): tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el usuario, con el monto por concepto de prima comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

hh. Tasa interna de retorno (TIR): tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de ahorro o inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de 360 días.

ii. Usuarios: contratantes, asegurados o beneficiarios de seguros, inclusive los potenciales.

Artículo 3.- Principio de transparencia de información

La transparencia de información es un mecanismo orientado a mejorar el acceso del usuario a la información, con la finalidad de que este pueda, de manera responsable, tomar decisiones informadas con relación a los servicios que desee contratar.

Las empresas directamente, o a través de sus promotores de seguros y comercializadores; y, de ser aplicable, los corredores de seguros, deberán proporcionar a los usuarios información clara, suficiente, concreta y oportuna, que les permita conocer los costos, derechos y obligaciones que involucra la celebración de un contrato de seguro, así como aquellos aspectos relevantes relacionados principalmente a los beneficios, riesgos y condiciones del seguro que se ofrece en el mercado.

La transparencia de información no solo resulta aplicable antes y durante la celebración del contrato de seguro sino a lo largo de toda la relación contractual conforme lo establece el Reglamento.

Artículo 4.- Información de las pólizas

Las empresas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley General, establecen las condiciones de las pólizas, debiendo ponerlas en conocimiento de la Superintendencia de manera previa a su comercialización. Sin perjuicio de lo expuesto, en el caso de los seguros personales, obligatorios y masivos, las respectivas pólizas deben sujetarse a las condiciones mínimas que la Superintendencia determine, para su aprobación previa, según las disposiciones establecidas sobre el particular.

El cumplimiento de lo señalado en el párrafo precedente se considerará como un requisito para el otorgamiento del código de identificación en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

En ningún caso las empresas podrán cobrar a los contratantes, cargos adicionales al importe de la prima comercial que estén relacionados con la cobertura materia del contrato, según fue informado y pactado.

Lo antes señalado no se aplica a servicios adicionales no relacionados a la cobertura del seguro, que sean de cargo directo de los contratante y/o asegurado.

TÍTULO II

TRANSPARENCIA DE INFORMACIÓN QUE SE BRINDA SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, EN LA ETAPA PREVIA A SU CELEBRACIÓN

Artículo 5.- Difusión de información sobre productos de seguros

Las empresas deben garantizar que, los promotores de seguros y comercializadores de los productos de seguros que se ofrecen a los usuarios, se encuentren capacitados para brindar información sobre los referidos productos, principalmente en la terminología, las coberturas, exclusiones y demás aspectos contenidos en las pólizas y las primas comerciales o primas referenciales.

Artículo 6.- Información mínima que deberá difundirse a través de la página web

Con la finalidad de que los usuarios puedan acceder a información completa y oportuna sobre los productos de seguros que ofertan las empresas, a través de la página web debe difundirse, como mínimo, lo siguiente:

a. Información actualizada sobre los productos de seguros que ofrecen; detallando en cada caso y ordenados por riesgo o por producto, las coberturas y exclusiones que correspondan, además de adjuntar el modelo de condicionado general correspondiente, con su respectivo código de identificación en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas y el resumen a que se refiere el artículo 16 del Reglamento.

b. En el caso de los seguros personales, ordenado por producto, las condiciones de acceso y límites de permanencia.

c. Las condiciones mínimas aprobadas por la Superintendencia conforme al artículo 27 de la Ley de Seguros, de acuerdo al tipo de producto de seguros.

d. Información sobre el procedimiento, plazo y canal para presentar la solicitud de cobertura, incluyendo la información y/o documentación mínima que debe adjuntarse, de acuerdo al tipo de producto de seguros.

e. El tarifario y/o cotizador aplicable a los seguros masivos, conteniendo la información indicada en el artículo 7 del Reglamento.

f. Enlace permanente con la sección "Portal del Usuario" de la página web de la Superintendencia. Asimismo, deberá hacerse referencia a que el usuario podrá requerir orientación, adicional a la que otorga la empresa, en la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia.

g. Información sobre los siniestros rechazados, de acuerdo al modelo del anexo 2, ordenados por ramo y producto.

h. Preguntas más frecuentes por producto de seguros que tengan los usuarios con sus respectivas respuestas.

i. Las distintas instancias ante las cuales pueden recurrir los usuarios para presentar sus denuncias y/o reclamos, tales como: la empresa, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOP), instancias de solución de controversias a que se refiere el artículo segundo de la presente Resolución, entre otros, según corresponda.

j. El procedimiento aplicable para la presentación de reclamos ante la propia empresa.

k. El procedimiento aplicable para ejercer el derecho de arrepentimiento, en caso corresponda, conforme lo dispone el Reglamento.

l. Información respecto a la prima referencial aplicable en función a condiciones particulares de riesgo, establecida por rangos, en aquellos productos que identifique la Superintendencia y conforme a la forma de presentación que para tal efecto señale mediante Oficio Múltiple.

m. El derecho que tienen los usuarios a designar a un corredor de seguros como su representante frente a la empresa para efectuar actos administrativos mas no de disposición, en el marco de lo establecido en el artículo 340 de la Ley General.

n. Otra información a criterio de la empresa.

Artículo 7.- Tarifario y/o cotizador

El tarifario y/o cotizador contienen la siguiente información, por cada tipo de producto de seguros masivos comercializados por la empresa:

a. El monto de la prima comercial.

b. Los costos por concepto de deducible, franquicia, copago o coaseguro, según corresponda.

c. Los tributos aplicables, el porcentaje establecido y, en caso corresponda, el monto.

d. La tasa de costo efectivo anual (TCEA) aplicable en caso de fraccionamiento de la prima y los supuestos que determinan dicha tasa.

e. Cualquier concepto no relacionado a la contratación o cobertura del seguro, que corresponda trasladar al usuario.

El tarifario y/o cotizador, deberán encontrarse a disposición de los usuarios en los locales comerciales de las empresas.

Artículo 8.- Folletos Informativos

Los folletos informativos que las empresas utilicen para difundir sus productos de seguros deberán mantenerse permanentemente actualizados, y deberán contener por lo menos la siguiente información:

a. Folletos informativos cualitativos.- cuando los folletos solo tengan como finalidad difundir las características propias de los productos de seguro ofrecidos, dichos folletos deben ser redactados en lenguaje fácilmente comprensible y con

caracteres legibles a simple vista, debiendo contener en cada caso: i) una breve descripción del producto, ii) el código de identificación en el Registro de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, iii) los riesgos cubiertos y exclusiones, iv) la existencia de deducibles, franquicias, copago o coaseguro, según corresponda, a cargo del asegurado, v) las penalidades aplicables en caso se incumplan los supuestos establecidos por la empresa para el otorgamiento de condiciones promocionales, en caso corresponda; y, v) otra información relevante identificada por la empresa.

Asimismo, deberán indicarse los canales puestos a su disposición para brindar información y presentar reclamos ante la empresa sobre el producto que se ofrece, precisando su ubicación, página web y teléfono de la empresa, en este último caso, de resultar aplicable.

Los folletos informativos que promocionen seguros de grupo o colectivos deberán incluir, además, la identificación de la empresa y el número de la póliza, con caracteres destacados y en la primera página del folleto.

En caso resulte aplicable, en el folleto informativo, deberá informarse que el usuario tiene derecho a designar a un corredor de seguros, como su representante frente a la empresa para efectuar actos administrativos.

b. Folletos Informativos cuantitativos.- cuando los folletos informativos incluyan información referente a la prima comercial y/o la prima referencial, deberá informarse con caracteres legibles a simple vista el monto aplicable y su periodicidad, así como la información indicada en el literal a. del presente artículo.

Adicionalmente, en caso resulte aplicable el fraccionamiento de primas, o un rendimiento garantizado o esperado en productos con componentes de ahorro o inversión, deberá considerarse lo siguiente:

1. Respecto al costo asociado al fraccionamiento de la prima de seguros, la TCEA, y un ejemplo explicativo.
2. Respecto a los productos que tienen un componente de ahorro o inversión, la precisión sobre si se trata de una TIR garantizada o una TIR esperada, así como un ejemplo explicativo. En el caso de la TIR esperada deberá indicarse con una nota aclaratoria, que la referida tasa no garantiza una rentabilidad, las razones por las que esta podría fluctuar y los supuestos empleados para su estimación.

Las empresas son responsables de proporcionar a sus promotores de seguros y comercializadores los folletos informativos suficientes para garantizar que se brinde la información necesaria para el ofrecimiento de los seguros que comercialicen.

TÍTULO III

CONDICIONES MÍNIMAS DE LOS SEGUROS PERSONALES, MASIVOS Y OBLIGATORIOS

Artículo 9.- Condiciones mínimas que serán objeto de aprobación administrativa previa

De conformidad con lo establecido en los artículos 9 y 326 de la Ley General y el artículo 27 de la Ley de Seguros, las empresas tienen libertad para fijar el contenido de las pólizas. Sin embargo, las empresas deberán someter a la aprobación administrativa previa de la Superintendencia, las condiciones mínimas relacionadas a los aspectos indicados en el artículo 10 del Reglamento, de los seguros masivos, obligatorios y personales.

La aprobación de condiciones mínimas en estos productos será considerado como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Las modificaciones que las empresas deseen realizar respecto del contenido de las condiciones mínimas previamente aprobadas deberán seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en este capítulo, debiendo destacarse los cambios efectuados respecto de la versión aprobada.

No podrá modificarse a través de condiciones particulares, especiales, o endosos, las condiciones mínimas que han sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia.

Artículo 10.- Aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas

La aprobación de condiciones mínimas, así como la determinación de cláusulas abusivas, no impide que los usuarios recurran ante las instancias administrativas y judiciales que correspondan a fin de salvaguardar sus derechos ante la posible comisión de prácticas abusivas.

La presentación de la solicitud de aprobación de las condiciones mínimas de los productos señalados en el artículo precedente, podrá realizarse físicamente o a través de los mecanismos que para tal efecto determine la Superintendencia mediante oficio múltiple.

Requieren aprobación administrativa previa de la Superintendencia los siguientes aspectos:

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

Cuando los contratos contengan condiciones relativas a las materias a las que se refiere el presente artículo, solo deberán emplearse aquellas aprobadas previamente por la Superintendencia. No obstante, en caso se presenten modificaciones a la normativa vigente que tengan un impacto en las condiciones mínimas aprobadas, las empresas deberán presentar las condiciones modificadas a la Superintendencia para su respectiva aprobación dentro de los treinta (30) días de producida la modificación normativa. Sin perjuicio de lo antes expuesto, subsiste la obligación que tienen las empresas de aplicar las normas legales de carácter imperativo desde la fecha en que estas entren en vigencia.

Las empresas podrán adoptar las condiciones mínimas que hayan sido previamente aprobadas por la Superintendencia a otras empresas individualmente u organizadas de forma grupal o gremial, a cuyo efecto deberán enviar una comunicación señalando las condiciones mínimas que solicitan adoptar y el número de la Resolución mediante la que fueron aprobadas, a fin que su uso sea autorizado por la Superintendencia.

No se podrán emplear condiciones mínimas que no cuenten con la aprobación previa de la Superintendencia, con excepción de los supuestos expresamente indicados en el Reglamento.

Artículo 11.- Difusión de condiciones mínimas

Las empresas deberán difundir a través de su página web, los modelos de pólizas que cuenten con condiciones mínimas previamente aprobadas por la Superintendencia.

Por su parte, la Superintendencia difundirá, a través de su página web, las condiciones mínimas que haya aprobado por ramo y producto.

TÍTULO IV

DISPOSICIONES APLICABLES A LA PÓLIZA Y DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SER PUESTA A DISPOSICIÓN DEL USUARIO PARA LA CONTRATACIÓN

Artículo 12.- Condiciones Contractuales

Las empresas deberán redactar las condiciones contractuales correspondientes a los productos y servicios que ofrecen a los usuarios en un lenguaje sencillo y claro que permita una adecuada comprensión por parte de estos de sus obligaciones y derechos.

Las condiciones generales, particulares y especiales, así como los endosos que se incorporen a las pólizas de seguro, deberán ser redactadas con caracteres no inferiores a tres (3) milímetros, para lo cual deberá verificarse que la impresión de la póliza y sus anexos cumplan con el tamaño mínimo para sus caracteres.

Artículo 13.- La solicitud de seguro y su contenido mínimo

La solicitud debe permitir para cada tipo de póliza la adecuada declaración del riesgo, con la finalidad de evitar la falta de presentación de información relevante o declaraciones inexactas por parte del usuario, sin perjuicio de la información adicional o las inspecciones, según corresponda, que pueda requerir la empresa para la evaluación del riesgo.

La referida solicitud será proporcionada por las empresas, y deberá contener información que permita la identificación del contratante, asegurado y beneficiarios, según corresponda. En la solicitud deberá indicarse que la empresa comunicará al contratante, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

La aceptación de la solicitud del seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el contratante o asegurado en los términos estipulados por las empresas, en tanto el contratante o asegurado hubieran proporcionado información veraz.

Si la empresa no hubiera rechazado la solicitud de seguro, dicha solicitud, así como la información adicional que hubiera proporcionado el contratante o el resultado de las inspecciones para la adecuada evaluación del riesgo, formarán parte integrante de la póliza de seguro. En el caso de contratos comercializados a distancia, las empresas deben proveerse de mecanismos de seguridad que permitan comprobar que para la emisión de las pólizas hubo, previamente, una solicitud de seguro.

Artículo 14.- Entrega de pólizas o certificados de seguro

La solicitud de seguro deberá ser presentada a la empresa, al comercializador o al promotor de seguros, de ser el caso, y de no mediar rechazo de esta, dentro del plazo de quince (15) días, la empresa deberá:

a. En el caso de seguros individuales, entregar la póliza de seguro al contratante y/o asegurado. En caso se haya entregado la póliza al contratante, y el asegurado sea una persona distinta, este podrá solicitar copia de la póliza a la empresa, sin perjuicio del pago que podría corresponder por efectuar dicho servicio.

b. Tratándose de seguros de grupo o colectivos, entregar los certificados de seguro necesarios según el número de asegurados de la póliza, al contratante considerando para tal efecto el contenido señalado en el anexo N° 1.

c. Comunicar al corredor de seguros, en caso se haya efectuado su nombramiento, el número de registro de la póliza.

A solicitud del contratante y/o asegurado, las empresas emitirán copia de la póliza correspondiente, debiendo entregarla en el plazo establecido en el artículo precedente. El derecho del asegurado a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo a la empresa deberá figurar impreso en el certificado de seguro.

Artículo 15.- Contenido de las pólizas de seguro

15.1 Las pólizas de seguros deberán observar, adicionalmente a lo previsto en los artículos 26 y 28 de la Ley de Seguros, la siguiente información:

a. Relación de documentos e información que se requiere para proceder al proceso de liquidación del siniestro.

b. Mecanismos de solución de controversias, en caso corresponda.

c. El derecho de arrepentimiento, aplicable en aquellos supuestos desarrollados en el artículo 19 del Reglamento.

d. Derecho de renovación o prórroga unilateral del contrato, en caso corresponda.

15.2 Sin perjuicio de lo expuesto, para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley de Seguros y la Ley General, las empresas deberán considerar lo siguiente:

a. Para el caso de la información sobre el nombre, denominación o razón social y domicilio del contratante y/o asegurado o del beneficiario, según sea el caso, deberán considerarse las disposiciones de las Normas Complementarias para la Prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, emitidas por la Superintendencia.

b. Las condiciones generales deben figurar en la póliza de tal forma que sea posible para los usuarios distinguirlas o diferenciarlas de las condiciones particulares, especiales y/o endosos que formen parte de la póliza.

c. Los criterios y procedimientos de actualización de las primas así como la evolución del importe de las primas, a que se refiere el literal e) del artículo 26 de la Ley de Seguros, resultan aplicables para los seguros de salud regulados en la Ley Nº 29878.

d. La prima comercial se presentará de la siguiente forma:

PRIMA COMERCIAL

PRIMA COMERCIAL + IGTV

Asimismo, deberá informarse que la prima comercial incluye, según corresponda, lo siguiente:

DESCRIPCIÓN GENERAL MONTO

Cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros y número de registro del corredor.

Cargos por la contratación de promotores de seguros.

Cargos por la contratación de comercializadores.

e. En aquellos casos en los que se otorguen bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores deberá hacerse referencia a la forma en que serán determinados, incluyendo los parámetros correspondientes; lo expuesto también resulta aplicable en el caso de seguros vinculados a créditos cuando las referidas bonificaciones, premios y otros beneficios se otorgan al contratante.

f. La distribución de la prima comercial de acuerdo con la cobertura principal y las coberturas adicionales contenidas en la póliza cuando así corresponda.

Artículo 16.- Resumen de la cobertura contratada y derechos de los usuarios

Las empresas deberán entregar a los asegurados y/o contratantes, conjuntamente con la póliza, un resumen -en documento aparte- en el que conste de manera clara y breve, la siguiente información:

a. Información general.-

1. Ubicación, teléfono y correo electrónico, o medio de contacto vía web de la empresa de haberse habilitado uno.

2. Denominación del producto.

3. Lugar y forma de pago de la prima.

4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro.

5. Lugares autorizados por la empresa para solicitar la cobertura del seguro.

6. Medios habilitados por la empresa para presentar reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias como la Superintendencia, el INDECOPI, entre otros, según corresponda.

8. Deberá hacerse referencia a la existencia de cargas, en caso corresponda, considerando para tal efecto el siguiente texto: "El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho".

9. Deberá señalarse la obligación de los usuarios de informar a la empresa en caso exista una agravación del riesgo asegurado, considerando para tal efecto el siguiente texto. "Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado".

b. Información de la póliza de seguro.-

Adicionalmente, las empresas deberán presentar la siguiente información, haciendo referencia a las cláusulas de la póliza que contemplan su desarrollo:

1. Los principales riesgos cubiertos.
2. Las principales exclusiones.
3. Condiciones de acceso y límites de permanencia en los seguros personales.
4. En caso corresponda, para los casos detallados en el artículo 19 del Reglamento, la existencia del derecho de arrepentimiento.
5. Referencia al derecho de resolver el contrato sin expresión de causa.
6. La existencia del derecho de los usuarios de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por las empresas, durante la vigencia del contrato.
7. Referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro.

TÍTULO V

CLÁUSULAS Y PRÁCTICAS ABUSIVAS

Artículo 17.- Cláusulas Abusivas o estipulaciones prohibidas Las cláusulas abusivas o estipulaciones prohibidas son todas aquellas estipulaciones no negociadas por las partes que, contraviniendo las exigencias de la máxima buena fe, causen un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes, en perjuicio del asegurado. Dichas cláusulas son nulas de pleno derecho, por lo que se las tiene por no convenidas.

Se considera que una cláusula no se ha negociado cuando ha sido redactada previamente y el contratante no ha influido en su contenido; recae en la empresa la prueba de la negociación previa de la cláusula.

Las estipulaciones prohibidas en el contrato de seguro son las siguientes:

- a. Las que contravengan la Ley de Seguros y el ordenamiento jurídico vigente.
- b. Las que establecen la renuncia por parte de los asegurados y/o beneficiarios a la jurisdicción y/o leyes que les favorezcan.
- c. Las que establezcan plazos de prescripción que no se adecúen a la normatividad vigente.
- d. Las que en contra de lo dispuesto por la Superintendencia, prohíban o restrinjan el derecho del asegurado a someter la controversia a la vía judicial, sin perjuicio de su derecho de acordar con el asegurador, recién una vez producido el siniestro, el sometimiento del caso a arbitraje u otro medio de solución de controversias.
- e. Las que dispongan la pérdida de derechos del asegurado y/o beneficiario por incumplimiento de cargas que no guardan consistencia ni proporcionalidad con el siniestro cuya indemnización se solicita.
- f. Las que limitan los medios de prueba que puede utilizar el asegurado o que pretendan invertir la carga de la prueba en perjuicio del asegurado.
- g. Las que establecen la caducidad o pérdida de derechos del asegurado en caso de incumplimiento de cargas excesivamente difíciles o imposibles de ser ejecutadas.
- h. Las que imponen la pérdida de derechos del asegurado en caso de violación de leyes, normas o reglamentos, a menos que esta violación corresponda a un delito ó constituya la causa del siniestro.

i. Las que establezcan el cobro de cargos -adicionales a la prima comercial- por concepto de evaluación del riesgo o materia asegurada, de administración, emisión, producción y redistribución de riesgos (coaseguro y reaseguro), y de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros o contratación de comercializadores,.

j. Las que excluyan o limiten la responsabilidad de la empresa, sus promotores de seguros y/o comercializadores por dolo o culpa, o las que trasladen la responsabilidad al usuario por los hechos u omisiones de la empresa o de aquellos subcontratados por esta.

k. Las que prevean o impliquen limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de los usuarios.

l. Las que autorizan a la empresa a cobrar por servicios no prestados o no autorizados por el contratante.

m. Las que establezcan la facultad de efectuar modificaciones a los términos contractuales pactados durante la vigencia del contrato sin aprobación previa y por escrito del contratante, o sin la aceptación del contratante dentro de los treinta (30) días de efectuada la comunicación con la propuesta de modificación.

n. Las que faculden a la empresa a suspender o resolver unilateralmente un contrato sin comunicarlo previamente al contratante y/o asegurado, salvo las excepciones dadas por normas con rango de ley.

o. Las que establezcan limitaciones a formular reclamos y/o denuncias ante la empresa, otras instancias a las que puede recurrir el usuario o a través de las vías de solución de controversias, según corresponda, por infracción de la Ley de Seguros, del Código, así como aquellas disposiciones emitidas por la Superintendencia.

p. Las que establezcan requisitos y requerimientos desproporcionados a los usuarios, para solicitar y/o recibir las prestaciones a cargo de la empresa.

q. Otras que identifique la Superintendencia.

Los condicionados de las pólizas de seguro no deben incorporar estipulaciones prohibidas, tanto las identificadas en la Ley de Seguro, el Código y el Reglamento, así como las que identifique la Superintendencia en sus labores de supervisión y que comunique a través de oficio múltiple.

Sin perjuicio de lo expuesto, la Superintendencia podrá observar aquellas cláusulas cuya redacción sea considerada ambigua o carente de claridad.

Artículo 18.- Prácticas Abusivas

Las prácticas abusivas son aquellas conductas que afectan el legítimo interés de los usuarios al aprovecharse de la situación de desventaja resultante de las circunstancias particulares de la relación de consumo, le impongan condiciones excesivamente onerosas o que no resulten previsibles al momento de contratar.

Se considera como prácticas abusivas, entre otras, las siguientes:

a. Las que impongan directa o indirectamente la celebración de un contrato de seguro, salvo los seguros obligatorios.

b. Las que impongan la contratación de seguros sobre riesgos ajenos al contrato básico, por parte de empresas cuyo objeto social no sea la actividad aseguradora.

c. Las que predeterminen el nombre de empresas de seguro a través de contratos conexos, de manera tal que se limite la libertad de elección del potencial asegurado.

d. Las que desconozcan o restrinjan el derecho del asegurado a contar con el asesoramiento en la contratación de seguros y/o servicios de gerencia de riesgos y/o siniestros de parte de un corredor de seguros autorizado.

e. Las que varíen la información originalmente proporcionada, las condiciones del seguro o servicios adicionales ofrecidos por la empresa antes de la celebración del contrato, sin el consentimiento expreso e informado del contratante.

f. Las que creen la impresión que el contratante ha ganado un premio o conseguirá ventaja cuando, tal beneficio no existe, o para tal consecución, se requiere efectuar un pago.

g. Las que resulten engañosas al brindar información falsa respecto de las características principales del seguro o la identidad de la empresa.

h. En el caso de oferta de seguros, aquellas prácticas que desorienten al potencial contratante respecto de la identidad de la empresa o la afiliación del comercializador a dicha empresa.

i. Las que incluyan espacios en blanco, que no hayan sido llenados o inutilizados antes que se celebre el contrato.

j. Las que rechacen la cobertura de un siniestro atendiendo a una condición que no hubiere sido informada por la empresa en el contrato.

k. Las que busquen incentivar a los asegurados para que terminen su relación comercial con corredores de seguros, con la finalidad de ofrecerles directamente la cobertura del seguro, brindando información distinta a aquella que debe ser materia de revelación conforme al reglamento o la Ley de Seguros.

l. En caso de terminación anticipada de la vigencia del seguro no devolver el monto que corresponda de la prima comercial por el periodo no cubierto.

m. La inducción a error respecto a las funciones y responsabilidades de los corredores de seguros contratados por los comercializadores y que no cuentan con carta de nombramiento de los asegurados.

n. En general, toda práctica que implique dolo, violencia o intimidación que haya sido determinante en la voluntad de contratar o en el consentimiento del usuario.

o. Otras que identifique la Superintendencia y que comunique a través de oficio múltiple.

TÍTULO VI

ASPECTOS A INFORMAR AL MOMENTO DE CONTRATAR

Artículo 19.- Información sobre el derecho de arrepentimiento

En el caso de los seguros ofertados por los comercializadores se deberá informar respecto al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna, considerando al menos la siguiente información:

a) El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento aplicable a seguros individuales, que en ningún caso podrá ser inferior a quince (15) días, contado desde que el contratante recibe la póliza o nota de cobertura provisional.

b) El plazo para ejercer el derecho de arrepentimiento aplicable a seguros grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, que en ningún caso podrá ser inferior a quince (15) días, contado desde que el asegurado recibe el certificado de seguro correspondiente.

c) Los canales y procedimiento con los que cuenta el contratante y/o asegurado para ejercer su derecho ante la empresa.

d) La precisión respecto a que en caso el contratante o asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la empresa procederá a la devolución total de esta.

Artículo 20.- Resolución sin expresión de causa

En los contratos de seguro, con excepción de los seguros de vida, salud y cauciones, puede convenirse que cualquiera de las partes tiene derecho a resolver el contrato sin expresión de causa. Si la empresa o el contratante ejercen la facultad de resolver el contrato, deben comunicarlo previamente, a la otra parte, con una antelación no menor a treinta (30) días.

La empresa deberá informar respecto a los canales y procedimientos aplicables para solicitar el reembolso de la prima en forma proporcional al plazo transcurrido, sin que resulten aplicables penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución anticipada del contrato.

En el caso de seguros de vida, salud y caución, la resolución sin expresión de causa solo puede ser invocada por el contratante y con la autorización del asegurado en el caso de los seguros de caución.

Artículo 21.- Deber de informar a los usuarios

Para efectos de la formalización del contrato de seguro, las empresas deben brindar a los usuarios toda aquella información vinculada al producto ofertado en la etapa previa a la contratación. Dicha obligación se extiende a los corredores de seguros cuando actúen como intermediarios entre estos y la empresa, así como a sus promotores de seguros y comercializadores, en caso corresponda.

Adicionalmente a la información sobre el producto, las empresas deberán informar a los usuarios la TCEA en caso se considere optar por el fraccionamiento de la prima y la TREA aplicable en el caso de productos con componentes de ahorro o inversión.

Artículo 22.- Información respecto a los corredores de seguros

Los corredores de seguros deberán brindar información al contratante y/o asegurado, respecto de su función de asesoría durante la vigencia del contrato, resaltando la labor que cumplirán ante la ocurrencia de un siniestro. De igual manera, deberán hacer de conocimiento el importe que la empresa le pagará por concepto de agenciamiento por la intermediación efectuada en caso de celebrarse el contrato, así como sobre los alcances de la póliza de responsabilidad civil profesional que garantiza el cumplimiento de sus obligaciones como intermediario de seguros, indicando el número de esta póliza de seguro, el monto de la cobertura y el nombre de la empresa en la que se encuentra asegurado.

Los corredores de seguros, una vez celebrado el contrato de seguro, deberán mantener canales de comunicación disponibles con la finalidad de absolver, en cualquier momento, las consultas de los usuarios respecto de las coberturas contratadas, brindar una adecuada atención en caso de siniestro y entregar la información sobre los alcances de la cobertura de póliza que solicite el usuario, entre otros aspectos relevantes. Para tal efecto, deberán otorgar a los usuarios, por lo menos, la siguiente información:

- a) Nombres y apellidos o denominación social.
- b) Dirección, número telefónico y correo electrónico.
- c) Número de registro otorgado por la Superintendencia.

Artículo 23.- Información adicional en el caso de oferta a través de comercializadores

Las empresas además de la información que debe ser otorgada al momento de la contratación, deberán informar a los contratantes o asegurados, en la póliza, certificado de seguro o en un documento aparte, que:

- a) La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- b) La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- c) Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- d) Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la empresa.

TÍTULO VII

TRANSPARENCIA EN LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA AL USUARIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 24.- Medios de comunicación a ser utilizados

Los medios de comunicación que sean utilizados por las empresas deberán permitir que los usuarios estén en capacidad de tomar conocimiento adecuado y oportuno de las modificaciones contractuales a ser efectuadas.

Las empresas deberán pactar con el contratante la utilización de mecanismos directos de comunicación, como son las comunicaciones enviadas al domicilio físico, electrónico o comunicaciones telefónicas, entre otros, según corresponda. Dichos mecanismos deberán estar contemplados en el contrato correspondiente, considerando para tal efecto lo señalado por la Ley de Seguro. Las empresas deberán mantener una constancia de la entrega o realización de las comunicaciones o del envío efectuado en caso se remita la información por correo electrónico.

Artículo 25.- Comunicaciones remitidas a los contratantes y/o asegurados

Todas las comunicaciones, referidas a la póliza intermediada, que corresponda cursar al contratante y/o asegurado deben remitirse en copia al corredor de seguros que haya sido designado a través de la carta de nombramiento, en el correo electrónico que haya sido indicado para tal efecto.

Artículo 26.- Comunicaciones referidas a la modificación de las pólizas de seguros

En las comunicaciones previas a la modificación de los contratos deben informarse en forma destacada aquellos conceptos que serán materia de cambio, señalando expresamente en qué consisten a fin de permitir a los contratantes tomar conocimiento de ellos y adoptar una decisión.

En el caso de seguros grupales, la empresa deberá proporcionar la documentación suficiente al contratante y esta deberá poner en conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, conforme al párrafo anterior.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato.

Artículo 27.- Endoso

El endoso debe hacer referencia, como mínimo, a la póliza de seguro a la que corresponden, indicando el número del endoso, fecha de emisión y de vigencia, nombre completo o denominación o razón social del contratante y/o asegurado, la modificación o declaración que origina la emisión del endoso; y la designación del beneficiario, cuando corresponda.

Asimismo cuando se inicie el trámite referente al endoso de una póliza, se deberá comunicar de manera inmediata al corredor de seguros.

Artículo 28.- Registro de fecha efectiva de los Pagos

En los lugares de pago puestos a disposición de los contratantes, incluyendo a los comercializadores, se deberá informar y registrar oportuna y adecuadamente los pagos de la prima comercial correspondiente. En tal virtud, los pagos realizados en dichos lugares deberán ser considerados como efectuados en dicha fecha a las empresas con la finalidad de no afectar la cobertura del seguro.

TÍTULO VIII

SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO Y OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CAPÍTULO I

SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

Artículo 29.- Sistema de atención al usuario

Las empresas deben contar con un adecuado sistema de atención al usuario que permita brindar un servicio de calidad, consistente con las políticas generales que haya establecido, en observancia de las disposiciones legales vigentes que genere obligaciones a las empresas y aquellas establecidas en la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, respecto a los usuarios.

El sistema de atención al usuario debe ser concebido por las empresas como un componente importante de su cultura organizacional, debe responder al entorno de su sistema de control interno y adecuarse a la naturaleza y complejidad de los negocios que conduce la empresa y de su orientación en el mercado.

Artículo 30.- Elementos mínimos del sistema de atención al usuario

El sistema de atención al usuario que implementen las empresas deberá comprender los siguientes elementos mínimos:

a) Políticas y procedimientos generales con relación a la atención y servicio al usuario, los que deben ser consistentes con el marco normativo vigente sobre la materia.

b) Manual del Sistema de Atención al Usuario, el cual debe contener las políticas generales de la empresa, así como el objetivo, la descripción del funcionamiento del sistema, los mecanismos y procedimientos que serán utilizados para cumplir con los objetivos, las responsabilidades de las áreas involucradas y del Oficial de Atención al Usuario, así como los canales de comunicación y de coordinación entre ellos, la política de capacitación del personal sobre el sistema de atención al usuario, entre otros.

c) Código de Buenas Prácticas para la atención de los usuarios, que deberá comprender las políticas diseñadas por la empresa para que los trabajadores y funcionarios, responsables de atender a los usuarios, así como los canales de comercialización que utilicen, proporcionen información y atención adecuada de conformidad con las normas vigentes. El mencionado Código deberá comprender también a la información que se proporciona a los corredores de seguros, en caso corresponda.

Artículo 31.- Responsabilidad del directorio y la gerencia

El directorio es responsable del establecimiento de las políticas y procedimientos generales que permitan a la empresa contar con un sistema de atención al usuario adecuado. Asimismo, será responsable del funcionamiento del referido sistema, del cumplimiento de las políticas, procedimientos y disposiciones contenidas en el Reglamento.

La empresa deberá designar a un oficial de atención al usuario encargado de velar por el cumplimiento del sistema de atención al usuario, cuyas funciones se detallan en el artículo 33 siguiente.

La gerencia será responsable de coordinar con el oficial de atención al usuario, la implementación de las medidas que sean necesarias para que el funcionamiento del sistema de atención al usuario se ajuste a las políticas generales establecidas por el directorio, según los términos que se indican en el Reglamento. Asimismo, la gerencia será responsable de asignar los recursos humanos, técnicos y logísticos que permitan al oficial antes indicado, el cumplimiento de las funciones en virtud de lo mencionado en el Reglamento.

CAPÍTULO II

RESPONSABILIDADES DEL OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

Artículo 32.- Oficial de atención al usuario

El oficial de atención al usuario es el funcionario encargado de velar por la implementación y cumplimiento de las políticas y procedimientos generales establecidos por la empresa, así como por el cumplimiento de todas las normativas que sustenten el sistema de atención al usuario, incluida la presente disposición. Para su designación deberá tomarse en consideración la restricción establecida en el artículo 7 - A del Reglamento de Gestión Integral de Riesgos, referente a la función de cumplimiento normativo.

Dicho oficial deberá coordinar con la gerencia general los mecanismos y acciones que deberán implementarse para el adecuado funcionamiento del sistema de atención al usuario.

Las empresas deberán comunicar a la Superintendencia el nombre del oficial de atención al usuario, en un plazo de cinco (5) días desde la fecha de su designación.

Artículo 33.- Funciones y responsabilidades del oficial de atención al usuario

Son funciones del oficial de atención al usuario:

a. Velar por la implementación y el cumplimiento de las normas vigentes en materia de transparencia de información y atención al usuario y demás disposiciones establecidas por la Superintendencia.

b. Velar porque las empresas cuenten con áreas de atención de reclamos debidamente implementadas y con mecanismos adecuados para la absolución de sus reclamos.

c. Coordinar con las demás áreas de la empresa la implementación de las políticas y procedimientos para el funcionamiento del sistema de atención al usuario y su debido cumplimiento.

d. Proponer medidas que permitan a la empresa mejorar el funcionamiento del sistema de atención al usuario y sus elementos mínimos.

e. Verificar que los medios de difusión de información sobre los productos y servicios brindados por la empresa cumplan con la normativa vigente.

f. Verificar que el personal encargado de brindar asesoría a los usuarios con relación a los productos y servicios que brinda la empresa, así como con relación a las materias contenidas en los contratos, cumpla con los requerimientos de capacitación contenidos en la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios.

g. Seguimiento de las solicitudes presentadas para aprobación previa de condiciones mínimas y de las acciones efectuadas para subsanar las observaciones realizadas por la Superintendencia, en caso corresponda. .

h. Seguimiento de las acciones efectuadas por la empresa frente a cláusulas y prácticas abusivas identificadas por la Superintendencia.

i. Velar porque las empresas remitan las comunicaciones previas referidas a las modificaciones contractuales dentro de los plazos previstos en el Reglamento.

j. Coordinar con la Superintendencia los temas relacionados a la atención de los usuarios y a la transparencia de la información que difunde la empresa sobre sus productos y servicios.

k. Reportar a la Superintendencia un informe anual referido al funcionamiento del sistema de atención al usuario.

l. Proponer el establecimiento de mecanismos de coordinación con los corredores de seguros para la adecuada atención de las consultas y reclamos presentados por los usuarios a quienes hubiesen intermediado sus pólizas, así como las comunicaciones relacionadas con las modificaciones de las pólizas que hubiere intermediado.

m. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

El oficial de atención al usuario, para el debido cumplimiento de sus responsabilidades y la presentación del informe anual a que alude el literal k. del párrafo precedente, deberá elaborar un programa anual de trabajo que será puesto en consideración previa del directorio y aprobado por este antes del 31 de diciembre de cada año. Dicho programa deberá contener la metodología utilizada para las verificaciones y revisiones del grado de cumplimiento del sistema de atención al usuario, las actividades a realizarse, incluyendo el cronograma de su ejecución. Una copia del referido Programa anual deberá estar a disposición de la Superintendencia.

Artículo 34.- Presentación del informe anual del oficial de atención al usuario a la superintendencia

El informe anual referido al funcionamiento del sistema de atención al usuario deberá ser presentado a la Superintendencia dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores al cierre del ejercicio. Dicho informe deberá ser puesto en conocimiento del directorio antes de ser presentado a la Superintendencia. El informe deberá contener información relativa a las verificaciones y revisiones efectuadas por el oficial de atención al usuario de conformidad con lo indicado en el artículo 33 del Reglamento, así como una descripción de la metodología utilizada.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

PRIMERA.- Las empresas deberán observar las disposiciones contenidas en la Ley de Represión de la Competencia Desleal, el Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida de lo practicable, y cualquier otra disposición que pudiera emitirse con relación a la protección a los consumidores y en materia de represión de la competencia desleal.

SEGUNDA.- La Superintendencia podrá aprobar las cláusulas generales de contratación que le sean sometidas por las empresas, para productos distintos a los seguros masivos, obligatorios y personales, en la forma contemplada en los artículos pertinentes del Código Civil.

TERCERA.- La propuesta del seguro, la solicitud de seguro, las declaraciones efectuadas por el asegurado, las condiciones del seguro, las comunicaciones y sus correspondientes constancias de recepción cursadas entre la empresa y/o los contratantes y/o asegurados y/o comercializadores y/o corredores de seguros relacionadas al seguro contratado, entre otra documentación e información emitida o presentada con motivo de la celebración del contrato y durante su vigencia, deben ser mantenidos en los expedientes de las pólizas de seguros, los que estarán a disposición de la Superintendencia.

En concordancia con las disposiciones sobre comercialización de productos de seguros por sistemas de comercialización a distancia, la información que sustente la contratación del seguro deberá ser entregada por la empresa a solicitud del contratante, para los fines que estime pertinentes.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Las empresas deberán informar a los contratantes de todos los seguros vigentes, sobre los aspectos que han quedado modificados, como consecuencia de la vigencia de las normas imperativas de la Ley de Seguros y normas reglamentarias, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24 del Reglamento. En el caso de seguros grupales, las empresas deberán remitir el número de comunicaciones necesarias para comunicar a los asegurados sobre las referidas modificaciones.

Mediante oficio múltiple, la Superintendencia señalará los aspectos mínimos que deberán contemplarse en la referida comunicación.

SEGUNDA.- Las pólizas previamente registradas en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas deberán ser modificadas, de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en la nueva regulación. Las pólizas modificadas deberán consignar junto al código de registro lo siguiente: “adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias”.

Artículo Segundo.- Con la finalidad de promover la protección de los intereses de los usuarios en el sistema de seguros, a través de mecanismos legales de defensa del asegurado a que se refiere la Cuarta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, esta Superintendencia dispone que los mecanismos que se conformen al amparo de la normativa citada, deberán cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

a) Los miembros que conformen el órgano de solución de controversias deberán ser profesionales universitarios, con al menos cinco (5) años de experiencia en seguros, reconocida trayectoria profesional y pública, no haber tenido vinculación con empresas de seguros, corredores de seguros, de reaseguros o auxiliares de seguros en los últimos tres (3) años y contar con conocimientos acreditados en seguros.

b) Contar con un Código de Ética.

c) Que sus resoluciones tengan carácter vinculante para las empresas.

d) Atender y resolver las controversias generadas en casos de siniestros, así como los reclamos que se presenten con relación a cualquier aspecto del contrato de seguro, en caso que consideren afectados sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

e) Atender todos los días hábiles del año, con un mínimo ocho (8) horas diarias.

f) Contar con los medios que permitan el acceso a usuarios a nivel nacional, como líneas telefónicas y/o página web.

g) La página web deberá contener información de fácil acceso respecto a sus funciones, miembros, normas, resoluciones expedidas y estadísticas de los casos atendidos ordenados por riesgos.

Artículo Tercero.- Los anexos aprobados mediante la presente resolución, se publican en el Portal electrónico de esta Superintendencia (www.sbs.gob.pe), conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.

Artículo Cuarto.- La presente resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial “El Peruano”.

Las empresas tendrán plazo hasta el 30 de noviembre de 2013, para adecuar las pólizas inscritas en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas a lo establecido en el Título III del Reglamento, la Ley de Seguros, el Reglamento y marco normativo vigente; así como para dar cumplimiento a las disposiciones contempladas en el Reglamento. Una vez transcurrido dicho plazo, se deja sin efecto lo dispuesto en el Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado por la Resolución SBS N° 1420-2005 y sus normas modificatorias con excepción de lo dispuesto por los literales h) y l) del artículo 2 y el capítulo III del referido Reglamento.

Vencido el plazo al que hace referencia el párrafo anterior, las pólizas de seguros inscritas en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas debidamente adecuadas, deberán ser remitidas a esta Superintendencia, conforme al cronograma que se adjunta como Anexo N° 3 de la presente Resolución-, sin perjuicio de la facultad de la Superintendencia de emitir las instrucciones que resulten pertinentes para el adecuado cumplimiento del cronograma de presentación.

El precitado cronograma solo se refiere a la obligación de remisión de las pólizas de seguro a la Superintendencia, sin perjuicio del deber de las empresas de adecuarlas al marco normativo vigente dentro de los plazos de adecuación previstos en cada caso.

En el caso de las solicitudes de registro de nuevos productos, las empresas deberán sujetarse a las normas e instrucciones que emita la Superintendencia.

Resolución S.B.S. N ° 3201-2013

**El Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones**

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 345º 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, en adelante Ley General, es objeto de la Superintendencia proteger los intereses del público en el ámbito de los sistemas financiero y de seguros;

Que, el artículo 26º de la Ley del Contrato de Seguro aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, señala que el uso de pólizas de seguro electrónicas será reglamentado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, en adelante la Superintendencia;

Que, el artículo 4º de la Ley del Contrato de Seguro, señala que el contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima;

Que, en consecuencia resulta necesario establecer los requerimientos o estándares mínimos de seguridad y las condiciones que deben cumplir las empresas de seguros para el uso de pólizas de seguro electrónicas;

Que, a efectos de recoger las opiniones del público en general respecto a la propuesta de modificación de la normativa, se dispuso su prepublicación conforme al Decreto Supremo N° 001-2009-JUS;

Contando con el visto bueno de las Superintendencias Adjuntas de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y Seguros, de Asesoría Jurídica y de Riesgos, así como la Gerencia de Productos y Servicios al Usuario;

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 7 y 19 del artículo 349º de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley No. 26702 y sus modificatorias;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Reglamento para el Uso de Pólizas de Seguro Electrónicas, en los términos que se indican a continuación:

REGLAMENTO PARA EL USO DE PÓLIZAS DE SEGURO ELECTRÓNICAS

Artículo 1º.- Alcance.

Las disposiciones del presente Reglamento son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16º de la Ley General, en adelante las empresas.

El presente Reglamento no es aplicable a la contratación de rentas vitalicias en el ámbito del Sistema Privado de Pensiones.

Artículo 2º.- Definiciones.

Para efectos del presente Reglamento, se deben considerar las siguientes definiciones:

- a) Medios electrónicos: Se refiere al uso de equipos electrónicos para la transmisión, procesamiento y almacenamiento de la información.
- b) Póliza de seguro electrónica: Es la versión digital de la póliza de seguro, regulada por la Ley del Contrato de Seguro, y las normas sobre transparencia y contratación de seguros emitidas por la Superintendencia, y que es transmitida y almacenada en medios electrónicos.

Artículo 3º.- Consentimiento del contratante para el envío de pólizas de seguro electrónicas.

Las empresas podrán enviar pólizas de seguro electrónicas a los contratantes, previo consentimiento expreso de estos últimos. Dicho envío podrá ser de forma escrita, telefónica, electrónica, o a través de cualquier otro medio que permita dejar constancia de ello. Las pólizas de seguro electrónicas que se envíen a través de medios electrónicos a los contratantes deben ser remitidas con copia a los correos electrónicos de los corredores de seguros que cuenten con la carta de nombramiento correspondiente.

En caso el asegurado sea una persona distinta al contratante del seguro, la póliza de seguro electrónica debe enviarse también al asegurado.

En caso que, por la naturaleza del riesgo cubierto, exista en la póliza un asegurado titular y otros asegurados, bastará que la póliza de seguro electrónica sea enviada solamente al asegurado titular.

El consentimiento del contratante deberá incluir lo siguiente:

- Una declaración del contratante de que ha sido informado de la forma de envío de la póliza de seguro por medios electrónicos y el procedimiento correspondiente, que comprende las ventajas y los posibles riesgos asociados y que ha tomado conocimiento de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar.
- La forma de envío de la póliza de seguro, la cual podrá ser vía correo electrónico, página web, o por algún otro medio electrónico que se haya pactado.
- La forma en que se confirmará la recepción de la póliza de seguro.
- La forma en que se acreditará la autenticidad e integridad de la póliza de seguro electrónica, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure igual o mayor seguridad.

Artículo 4°.- Confirmación de recepción.

Las empresas deben implementar mecanismos que les permitan confirmar que el contratante recibió la póliza de seguro electrónica, los cuales deberán ser auditables.

Artículo 5°.- Obligaciones de la empresa respecto al envío de la póliza de seguro electrónica.

Son obligaciones de la empresa:

- a) Contar con el consentimiento del contratante para el envío de la póliza de seguro electrónica.
- b) Implementar controles de seguridad necesarios para el envío y/o acceso a la póliza de seguro electrónica. Para ello, son de aplicación las disposiciones señaladas en la Circular N° G-140-2009 y normas modificatorias, referidas a la Gestión de la Seguridad de la Información.

Artículo 6°.- Comunicación a la Superintendencia.

El uso de pólizas de seguro electrónicas implica un cambio en el perfil de riesgo operacional de los productos asociados, siendo aplicable la Circular N° G-165-2012, referida al informe de riesgos por nuevos productos o cambios importantes en el ambiente de negocios, operativo o informático. En tal sentido, el informe de evaluación de riesgos sobre el uso de pólizas de seguro electrónicas deberá incluir como mínimo el contenido señalado en dicha norma y ser remitido a la Superintendencia conforme a los plazos establecidos en la referida Circular.

Artículo 7°.- Conservación de documentos.

Las empresas que utilicen los sistemas antes señalados son responsables frente a los contratantes, asegurados, beneficiarios y ante esta Superintendencia, por el cumplimiento de las medidas de seguridad correspondientes, destinadas a garantizar la conservación de la información y a evitar su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. El plazo de conservación de la información se sujeta a las disposiciones emitidas a través de la Resolución SBS N° 5860-2009 que, entre otros aspectos, aprueba disposiciones para la conservación y sustitución de archivos mediante la tecnología de microformas y plazos de conservación de libros y documentos.

La información contenida en los soportes tecnológicos utilizados deberá encontrarse a disposición del contratante y/o asegurado y de la Superintendencia, cuando así lo requiera.

Artículo 8°.- Información a la Superintendencia.

Las empresas deberán remitir a esta Superintendencia, con periodicidad trimestral, a través del software "Sub-Módulo de Captura y Validación Externa" (SUCAVE), en los plazos de presentación de los estados financieros correspondientes, la siguiente información:

- Anexo N° ES-25: “Información sobre Pólizas de Seguro Electrónicas”.

La primera información a remitir corresponderá a la del tercer trimestre de 2013.

Artículo Segundo.- El anexo mencionado en el artículo 8° de las disposiciones aprobadas mediante la presente resolución, se publica en el Portal electrónico de esta

Superintendencia (www.sbs.gob.pe), conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.

Artículo Tercero.- La presente Resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Resolución S.B.S.N° 3202-2013

**El Superintendente de Banca y Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones**

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 345º 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, en adelante Ley General, es objeto de la Superintendencia proteger los intereses del público en el ámbito de los sistemas financiero y de seguros;

Que mediante la Ley del Contrato de Seguro, Ley 29946, se regula la participación de los ajustadores de siniestros en los procesos de liquidación de siniestros, y se establecen determinadas obligaciones que deben cumplir; así como se regula el pronunciamiento del asegurador respecto al consentimiento o rechazo de siniestros;

Que, es necesario reglamentar los artículos de la ley referidos a la participación de los ajustadores de siniestros y el pronunciamiento del asegurador, con la finalidad de establecer las normas necesarias para la adecuada gestión y pago de siniestros, y garantizar que las obligaciones emanadas del contrato de seguro se cumplan de manera oportuna sin generar perjuicio alguno al contratante, al asegurado y/o al beneficiario;

Que, a efectos de recoger las opiniones del público en general respecto a la propuesta de modificación de la normativa, se dispuso la pre publicación de la presente resolución, al amparo de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS;

Contando con el visto bueno de las Superintendencias Adjuntas de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y Seguros, y de Asesoría Jurídica, así como de la Gerencia de Productos y Servicios al Usuario; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 9 del artículo 349º de la Ley General,

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Reglamento para la gestión y pago de siniestros, en los términos que se indican a continuación:

REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN Y PAGO DE SINIESTROS

Artículo 1º.- Alcance

Las disposiciones del presente Reglamento son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16º de la Ley General, en adelante las empresas, así como a los ajustadores de siniestros, en lo que corresponda.

Artículo 2º.- Definiciones

Para efectos de lo dispuesto en la presente norma considérense las siguientes definiciones:

- a. Ajustadores de siniestros: Personas naturales y personas jurídicas que realizan las funciones establecidas en el artículo 343º de la Ley General, y demás normas que regulan su actividad.
- b. Asegurado: Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro; puede ser también el contratante del seguro.
- c. Beneficiario: Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en el contrato de seguro.
- d. Convenio de Ajuste: Documento en el cual se establece el monto determinado como indemnización del siniestro o la prestación a cargo de la empresa, en el marco del contrato de seguro, elaborado por el ajustador de siniestros.
- e. Contratante: Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado.
- f. Días: Días calendarios. Para el cómputo de los plazos señalados en el presente Reglamento, se debe considerar que el plazo cuyo último día sea inhábil, vencerá el primer día hábil siguiente.

- g. Ley de Seguros: Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946.
- h. Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por Ley N° 26702, y sus normas modificatorias.
- i. Proceso de liquidación del siniestro: proceso que comprende la evaluación de la procedencia de la cobertura contratada en la póliza, así como, en caso corresponda, la liquidación de los daños o pérdidas provocadas por un siniestro para determinar la prestación a cargo de la empresa, si corresponde.
- j. Seguros de daños patrimoniales: Son aquellos que garantizan al asegurado contra las consecuencias desfavorables de un evento dañoso que pueda atentar contra su patrimonio, y que comprenden a los seguros de bienes, seguros de responsabilidad civil, seguros de crédito y seguros de caución.
- k. Seguros personales: Son aquellos que dan cobertura a la vida, la integridad psicofísica o la salud del asegurado, comprendiéndose a los seguros de vida (muerte y sobrevivencia), seguros de accidentes personales y seguros de salud.
- l. Solicitud de cobertura: solicitud efectuada por el asegurado o el beneficiario ante la empresa por la ocurrencia de un siniestro respecto a la cobertura de seguro contratada.
- m. Superintendencia: Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

Artículo 3°.- Aviso del siniestro

En los seguros de daños patrimoniales, el siniestro debe ser comunicado a las empresas por el contratante, el asegurado, o el beneficiario, tan pronto como se tenga conocimiento de la ocurrencia y dentro de un plazo no mayor de tres (3) días, salvo que la póliza de seguro correspondiente contemple un plazo mayor. En el caso de siniestros correspondientes a los ramos de vehículos y transportes, el aviso del siniestro deberá presentarse a la empresa en el más breve plazo posible.

Cuando se trate de seguros personales, el siniestro será comunicado a las empresas dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda, salvo que la póliza de seguro correspondiente contemple un plazo mayor.

Durante el plazo para presentar el aviso del siniestro y, en tanto, la empresa no indique lo contrario, el asegurado no puede introducir cambios en las cosas dañadas como consecuencia del siniestro, ni remover, ordenar o permitir la remoción de los escombros dejados por el siniestro, salvo que se efectúen para disminuir el daño, evitar su propagación, o por disposición de alguna autoridad. Asimismo, el contratante y/o el asegurado deberán cumplir con todas las obligaciones legales y cargas contractuales propias del siniestro ocurrido. El incumplimiento de estas obligaciones por parte del contratante y/o el asegurado, liberará a la empresa de su responsabilidad frente al siniestro, siempre que proceda sin demora a la determinación de las causas del siniestro y a la liquidación de los daños.

El incumplimiento de los plazos antes señalados por el asegurado o el beneficiario, no constituyen causal del rechazo del siniestro, pero las empresas podrán reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro por parte de las empresas y/o los ajustadores de siniestros, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando el asegurado o el beneficiario prueben su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que incurra el contratante, el asegurado, o el beneficiario, en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a las empresas.

En caso de culpa inexcusable del contratante o del asegurado o del beneficiario, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro a la empresa, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la empresa ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Artículo 4°.- Solicitud de cobertura

El asegurado o el beneficiario, según corresponda, debe presentar la solicitud de cobertura a la empresa, incluyendo la documentación e información completa señalada en la póliza de seguro para el proceso de liquidación del siniestro, mediante la cual, se pueda determinar la fecha y el lugar de la ocurrencia, la causa y las circunstancias del siniestro y el importe de los daños o pérdidas reclamadas.

La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a la empresa, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los asegurados o beneficiarios. Ello sin perjuicio de la responsabilidad del comercializador, frente a la empresa.

Los asegurados deben permitir que las empresas y/o los ajustadores de siniestros realicen todas las indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización u otra prestación, según corresponda; caso contrario, no correrán los plazos indicados en los artículos 8° y 11° del presente Reglamento.

Artículo 5°.- Proceso de liquidación del siniestro

El proceso de ajuste y liquidación tiene por objeto establecer si el siniestro se encuentra amparado por la cobertura de seguro contratado y, en caso afirmativo, la indemnización a pagar u otra prestación a cargo de las empresas. La liquidación del siniestro puede efectuarla directamente la empresa o encomendarla a un ajustador de siniestros.

En los casos que, por el alcance y consecuencias del siniestro o cuando la empresa requiera la contratación de un ajustador de siniestros para evaluar y cuantificar los daños o pérdidas, la designación del mismo debe realizarse de común acuerdo entre la empresa y el asegurado.

La designación del ajustador de siniestros debe efectuarse dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha del aviso del siniestro, o a la fecha en que la empresa toma conocimiento de la ocurrencia. Cuando la empresa reciba el aviso de siniestro debe proponer al asegurado, por lo menos dos (2) días antes del vencimiento del plazo señalado, una terna de ajustadores de siniestros para que el asegurado manifieste su conformidad con la designación de alguno de los ajustadores propuestos. Para tal efecto, las empresas deben proponer a los ajustadores de siniestros que se encuentran inscritos y habilitados en el Registro correspondiente a cargo de la Superintendencia. En caso, el asegurado no designe alguno de los ajustadores de siniestros propuestos, la empresa procederá a designar el ajustador del siniestro antes del vencimiento del plazo señalado, a fin de no dilatar el inicio del proceso de liquidación del siniestro.

Corresponde a la empresa verificar que los ajustadores de siniestros propuestos al asegurado para el proceso de liquidación del siniestro se encuentren habilitados en el Registro correspondiente a cargo de la Superintendencia.

Artículo 6°.- Participación de los ajustadores de siniestros

Los ajustadores de siniestros realizan el estudio de las solicitudes de cobertura de los asegurados, presentadas en el marco de los contratos de seguro pertinentes, pronunciándose sobre su procedencia o rechazo, y determinando en su caso el monto de la indemnización correspondiente u otra prestación a cargo de las empresas.

Los ajustadores de siniestros deben desempeñar sus funciones en forma independiente, directa y personal. Cuando debido a las características del siniestro, los ajustadores requieran utilizar los servicios de profesionales y técnicos idóneos, asumirán la responsabilidad de las actividades que éstos realizan durante el proceso de liquidación del siniestro.

Artículo 7°.- Prohibiciones para la participación de los ajustadores de siniestros

Los ajustadores de siniestros están prohibidos de participar en los procesos de liquidación de siniestros cuando:

- a) Estén vinculados al contrato de seguros correspondiente como contratante, asegurado, beneficiario o endosatario del contrato;
- b) Tuvieren un interés actual, directo o indirecto, en razón de relación de negocios con la empresa, el corredor de seguros, el asegurado, el contratante, el beneficiario, el endosatario, las personas afectadas o la propiedad de los bienes siniestrados; o,
- c) Se trate de sus cónyuges y en los casos que tengan parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o dentro del primer grado de afinidad, con el contratante, el asegurado, el beneficiario o el endosatario del contrato de seguros, o con los accionistas mayoritarios, de conformidad con la Ley General; así como directores o gerentes de la empresa o del corredor de seguros.

Las prohibiciones señaladas son aplicables también a los profesionales y técnicos idóneos a los que hace referencia el artículo anterior.

Artículo 8°.- Liquidación del siniestro cuando interviene un ajustador

El ajustador de siniestros cuenta con un plazo de veinte (20) días para emitir y presentar a la empresa el informe que sustente la cobertura y liquidación del siniestro, o, en caso contrario, el rechazo del siniestro, contado a partir de la fecha en que recibió la documentación e información completa exigida en la póliza de seguro para el proceso de liquidación del siniestro. Si el ajustador de siniestros requiere aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, debe solicitarlas al asegurado o al beneficiario antes del vencimiento del referido plazo; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. El ajustador de siniestros deberá informar a la empresa, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, cuando se haya completado la documentación e información requerida para el proceso de liquidación del siniestro.

El convenio de ajuste que elabora el ajustador de siniestros debe indicar el importe de la indemnización determinada o prestación a cargo de la empresa, de acuerdo con el informe correspondiente, lo que se enviará al asegurado para su firma en señal de conformidad.

En caso el ajustador no cumpla con emitir y entregar el informe correspondiente que sustenta la cobertura y liquidación del siniestro, o su rechazo, éste se considerará consentido cuando la empresa no se haya pronunciado sobre el monto reclamado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se completó toda la documentación e información exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, con excepción de lo señalado en el artículo 9°.

Una vez que el convenio de ajuste, debidamente suscrito por el asegurado, sea entregado a la empresa, ésta contará con un plazo de diez (10) días para aprobarlo o rechazarlo, entendiéndose que transcurrido dicho plazo sin que emita pronunciamiento, el siniestro ha quedado consentido, por lo que la empresa deberá proceder al pago correspondiente.

Si la empresa estuviera en desacuerdo con la indemnización o prestación a su cargo señalada en el convenio de ajuste, podrá solicitar al ajustador de siniestros un nuevo ajuste, para que en un plazo no mayor de treinta (30) días proceda a consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a un arbitraje o a la vía judicial.

Artículo 9°.- Solicitud de prórroga del ajustador de siniestros

En caso el ajustador requiera un plazo adicional para concluir el proceso de liquidación del siniestro podrá solicitar a la Superintendencia, por única vez, una prórroga debidamente fundamentada precisando las razones técnicas y el plazo requerido, sujetándose al procedimiento correspondiente establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia. Esta solicitud suspende el plazo con que cuenta el ajustador de siniestros para emitir el informe correspondiente, hasta que la Superintendencia emita pronunciamiento y éste le sea comunicado. La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia debe comunicarse a la empresa y al asegurado dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al asegurado y a la empresa en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Artículo 10°.- Informe de liquidación del siniestro

La opinión del ajustador de siniestros emitida en el informe de liquidación del siniestro, no obliga a las partes y es independiente de ellas. El ajustador de siniestros debe entregar simultáneamente al asegurado y a la empresa los informes que elabora, de acuerdo al desarrollo del proceso de liquidación del siniestro, debiendo mantener a disposición de la Superintendencia el sustento de haber entregado todos los informes, sean éstos parciales o finales, en las direcciones físicas o electrónicas que las partes hayan señalado en la póliza.

Si el asegurado o la empresa no estuvieran de acuerdo con la liquidación del siniestro, podrán designar a otro ajustador de siniestros para elaborar un nuevo informe, quien se sujetará a los plazos señalados en los artículos 5° y 8°. De lo contrario, las partes podrán recurrir al medio de solución de controversias que corresponda.

Artículo 11°.- Liquidación del siniestro cuando no interviene un ajustador

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, la empresa deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si la empresa no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la empresa para consentir o rechazar el siniestro, conforme a lo señalado en el artículo siguiente.

Artículo 12°.- Solicitud de prórroga de la empresa

Cuando la empresa requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, podrá solicitar al asegurado la extensión del plazo antes señalado; en caso contrario, se sujetará al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la Superintendencia debe comunicarse al asegurado dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la Superintendencia deberá comunicarse al asegurado en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que el solicitante haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Artículo 13°.- Pago del siniestro

Una vez consentido el siniestro, la empresa cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago que corresponda; caso contrario, la empresa deberá pagar al asegurado o al beneficiario un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de acuerdo a la moneda pactada en el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

El contratante del seguro, aun cuando esté en posesión de la póliza, no puede cobrar la indemnización o prestación correspondiente, sin expreso consentimiento del asegurado, salvo que la póliza esté endosada a su favor.

Artículo 14°.- Mecanismos de solución de controversias

El contratante, el asegurado y/o el beneficiario pueden pactar con la empresa el sometimiento de las controversias derivadas del contrato de seguro al arbitraje u otro mecanismo de solución de controversias, conforme a lo dispuesto en el inciso c) del artículo 40° y en el artículo 46° de la Ley de Seguros, cuando los daños o pérdidas reclamadas a la empresa como consecuencia de un siniestro sean iguales o superiores a 20 UIT.

Artículo 15°.- Rechazo de siniestros

El rechazo de un siniestro debe ser fundamentado por la empresa, debiendo contar con el respectivo sustento en el expediente del siniestro. Los expedientes de siniestros deben contar con los informes técnicos que se hubieran emitido, los informes de los ajustadores de siniestros, de ser el caso, y demás documentos que sustenten la decisión adoptada por la empresa. Dichos expedientes deben encontrarse a disposición de la Superintendencia, cuando ésta lo requiera.

La empresa debe informar detalladamente, mediante comunicación cursada al asegurado o al beneficiario, según corresponda, a través de los mecanismos y en las direcciones pactadas en la póliza, los motivos que sustentan el rechazo del siniestro, adjuntando copia de los documentos tomados en cuenta para fundamentar su decisión, debidamente suscrita por el responsable del área encargada de evaluar los siniestros. Dicha comunicación debe ser elaborada y entregada al asegurado o al beneficiario dentro de los plazos establecidos en los artículos 8° u 11° del presente Reglamento, según corresponda.

La acreditación de la entrega de la información a que se refiere este artículo debe ser conservada por las empresas en los expedientes de siniestros correspondientes.

En caso de intermediación de un corredor de seguros, las empresas deben remitir copia de la comunicación de rechazo del siniestro al corredor a efecto que éste cumpla con su obligación de asesoramiento.

Artículo 16°.- Disconformidad con el rechazo del siniestro

Si el asegurado o el beneficiario no están conformes con los fundamentos utilizados por la empresa para sustentar el rechazo del siniestro, podrá presentar un reclamo ante la empresa de conformidad con la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, o recurrir al mecanismo de solución de controversias que corresponda.

En tal caso, el asegurado o el beneficiario, podrá presentar, bajo su costo, las pericias o pruebas de parte que estime convenientes, y solicitar el reembolso de los gastos incurridos, siempre que su reclamo resulte fundado.

Artículo 17°.- Información a incluir en la comunicación de rechazo del siniestro

La comunicación de rechazo del siniestro debe contener información sobre los mecanismos de solución de controversias a los que puede acudir el asegurado o el beneficiario, en caso se encuentre disconforme con el pronunciamiento de la empresa, según el siguiente texto:

“En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted podrá acudir a las vías de solución de controversias, como son la Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe), el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe), o el Poder Judicial o instancia arbitral, según se haya pactado.

Para solicitar orientación, podrá comunicarse con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP al teléfono gratuito 0-800-10840.”

Artículo 18°.- Información a remitir a la Superintendencia

Las empresas deben enviar a la Superintendencia, con periodicidad trimestral, la relación de siniestros rechazados, de acuerdo a los anexos que se indican a continuación:

- Anexo N° ES-5A : Resumen de siniestros rechazados
- Anexo N° ES-5B : Siniestros rechazados en las liquidaciones efectuadas con la participación de ajustadores de siniestros
- Anexo N° ES-5C: Siniestros rechazados en las liquidaciones efectuadas por la empresa

La citada información debe ser remitida a través del software “Submódulo de Captura y Validación Externa” (SUCAVE), según las disposiciones emitidas por la Superintendencia.

La información previamente indicada, corresponde a los siniestros rechazados durante el trimestre que se reporta, debiendo ser presentada dentro de los primeros quince (15) días calendarios del trimestre siguiente.

Las empresas deben conservar, a disposición de la Superintendencia, los expedientes de siniestros rechazados que sean informados en los Anexos N° ES-5B y ES-5C, para el adecuado desarrollo de las acciones de control y supervisión que realiza.

Artículo 19°.- Expedientes de siniestros

Las empresas deben mantener a disposición de la Superintendencia, los expedientes de siniestros con la siguiente información mínima:

- a) Aviso del siniestro.
- b) Información sobre la póliza de seguro.
- c) Comunicaciones cursadas con el contratante, el asegurado y/o el beneficiario; las que deberán contener las fechas y cargos de recepción correspondientes, en caso de comunicaciones dirigidas a sus direcciones físicas señaladas en la póliza, o las confirmación de recepción correspondientes cuando se trate de comunicaciones enviadas a direcciones electrónicas.
- d) Informes emitidos por los ajustadores de siniestros.
- e) Convenio de ajuste, en caso corresponda, firmado por el asegurado.
- f) Constancia que acredite el pago de la indemnización, de ser el caso, o copia de la comunicación de rechazo del siniestro entregada al asegurado.

Artículo Segundo.- Modificar los artículos 5° y 34° del Reglamento del Registro de Intermediarios y Auxiliares de Seguros, Resolución SBS N° 1797-2011, de la siguiente manera:

“Artículo 5°. Prohibiciones

Los inscritos en el Registro están prohibidos de:

- a) Realizar acciones que puedan perjudicar o perjudiquen a los tomadores o contratantes, asegurados o a las empresas de seguros y/o reaseguros;
- b) Ejercer la actividad a través de terceras personas no autorizadas por esta Superintendencia, con excepción de lo establecido en el artículo 34°; y,
- c) Ejercer sus funciones en riesgos o actividades para las que se requiere autorización distinta a la otorgada por esta Superintendencia.

Los intermediarios de seguros en general se encuentran prohibidos de incluir cualquier tipo de cláusula en el contrato de seguro y/o en el contrato de reaseguro que limite o restrinja la relación directa entre el asegurado y la empresa de seguros, o entre ésta y el reasegurador, según corresponda.

Los corredores de seguros se encuentran prohibidos de:

- d) Ceder total o parcialmente la comisión de intermediación a personas no inscritas en el Registro;
- e) Ofrecer planes de seguros, primas, coberturas y condiciones para la contratación de pólizas de seguros, distintas a las propuestas por las empresas de seguros;
- f) Intermediar en la contratación de seguros con empresas de seguros no autorizadas a operar en el país;
- g) Efectuar anuncios utilizando denominaciones que no se ajusten a lo establecido en el artículo 15° del presente Reglamento;
- h) Intermediar en la contratación de pólizas que no se encuentren inscritas en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas de la Superintendencia; y
- i) Realizar las actividades prohibidas a que se refiere el artículo 339° de la Ley General.”

“Artículo 34°. Actividad de los auxiliares de seguros

Los auxiliares de seguros persona jurídica, deberán mantener permanentemente en su nómina de profesionales, por lo menos a un auxiliar de seguros hábil, que tenga autorización para efectuar ajustes o peritajes de seguros en cada especialidad para la que dicha empresa haya recibido autorización de la Superintendencia.”

Artículo Tercero.- Incorporar el artículo 33-A° del Reglamento del Registro de Intermediarios y Auxiliares de Seguros, Resolución SBS N° 1797-2011, de acuerdo a lo siguiente:

“Artículo 33A° Garantía del cumplimiento de sus responsabilidades

Para mantener la condición de hábiles en el Registro, los ajustadores de siniestros deberán contar con una póliza de responsabilidad civil que garantice el correcto y cabal cumplimiento de las responsabilidades asumidas en el ejercicio de las funciones establecidas en el artículo 343° de la Ley General, de acuerdo con las condiciones y requisitos que señale la Superintendencia.”

Artículo Cuarto.- Los anexos mencionados en el artículo 18° de las disposiciones aprobadas mediante la presente resolución, se publican en el Portal electrónico de esta Superintendencia (www.sbs.gob.pe), conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.

Artículo Quinto.- La presente Resolución entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficio “El Peruano”, fecha a partir de la cual se deja sin efecto la Circular S-610-2004.

Resolución S.B.S.N° 2996 -2010

**El Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones**

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 345° 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 leyes modificatorias, en adelante la Ley General, establece que es objeto de la Superintendencia proteger los intereses del público en el ámbito de los sistemas financiero y de seguros;

Que, de conformidad con el numeral 1 del artículo 318° de la Ley General, las empresas de seguros pueden realizar todas las operaciones, actos y contratos necesarios para extender coberturas de riesgos o emitir pólizas de seguros, incluyendo las pólizas de caución vinculadas a prestaciones de hacer o no hacer, entre otras actividades propias de su giro de operación;

Que, mediante Resolución SBS N° 510-2005 del 23 de marzo de 2005 se establecieron las disposiciones para la comercialización de productos por las empresas de seguros;

Que, la experiencia desarrollada por el mercado asegurador, ha determinado la conveniencia de actualizar la precitada resolución e introducir modificaciones y precisiones referidas a los canales de distribución de productos de seguros, integrándolos a las nuevas formas de comercialización desarrolladas en el mercado nacional e internacional en aras a propender su crecimiento y modernización;

Estando a lo opinado por las Superintendencias Adjuntas de Banca y Microfinanzas, de Seguros, de Riesgos, y de Asesoría Jurídica y por las Gerencias de Productos y Servicios al Usuario y de Planeamiento y Organización y, habiéndose cumplido con el plazo de difusión de los proyectos de normas legales de carácter general a que se refiere el artículo 14º del Reglamento que establece disposiciones relativas a la publicidad, publicación de proyectos normativos y difusión de normas legales de carácter general, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2009-JUS; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 3 y 9 del artículo 349º de la Ley General;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Reglamento Marco de Comercialización de Productos de Seguros, según se indica a continuación, el que es aplicable a las empresas de seguros a que se refiere el artículo 16° literal D de la Ley General, en adelante empresas, y a las empresas de operaciones múltiples a que se refiere el artículo 16° literal A de la Ley General, en lo que resulte pertinente.

REGLAMENTO MARCO DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE SEGUROS

I. GENERALIDADES

1. Definiciones

Para efectos de la presente norma se deben considerar las siguientes definiciones:

- a) Cliente: Persona que utiliza los servicios de una empresa del sistema financiero o de un comercializador.
- b) Comercializador: Persona natural o jurídica proveedora de bienes y servicios que cuenten con establecimientos propios o de terceros
- c) Contratante: Persona que suscribe el contrato de seguro. En caso de un seguro individual, además puede tener la calidad de asegurado.
- d) Contratante y/o asegurado potencial: Persona a quien la aseguradora, a través de sus diferentes canales le comercialización, le ofrece el seguro.

- e) Empresa del Sistema Financiero: Empresa de operaciones múltiples referida en el literal A del artículo 16° de la Ley General, que ha suscrito un contrato de comercialización con una empresa de seguros.
- f) Fuerza de Ventas: Modalidad de comercialización de seguros que comprende a promotores de seguros y a los comercializadores.
- g) Oferta de Seguros: Propuesta para la celebración de un contrato de seguros efectuada a un cliente potencial, mediante la utilización de alguna de las modalidades de comercialización señaladas en el presente Reglamento.
- h) Promoción de Seguros: Mecanismo por el cual se hace de conocimiento público los productos de seguros, mostrando los beneficios que brindan y las ventajas de su contratación, de manera directa, a través de folletos informativos, anuncios publicados en medios de comunicación o remitidos a través de sistemas de comercialización a distancia.
- i) Solicitud de cobertura: Pedido de cobertura efectuado por el asegurado o beneficiario ante la empresa de seguros por la ocurrencia de un siniestro.
- j) Reglamento de Pólizas: Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas aprobado mediante Resolución SBS N° 1420-2005 y sus modificatorias
- k) Seguro de grupo o colectivo: Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.
- l) Seguro individual: Modalidad de seguro por la que el asegurado es persona única. En el caso de los seguros de vida la persona única incluye a su cónyuge, parientes u otros entre los asegurados y/o beneficiarios de seguro.
- m) Sistema de Comercialización a Distancia: Sistemas de telefonía, internet u otros análogos que le permiten a las empresas de seguros acceder de modo no presencial a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.
- n) Superintendencia: Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones

2. Responsabilidad frente al contratante, asegurado y /o beneficiario

Las empresas que utilicen las modalidades de comercialización reguladas por el presente Reglamento Marco, serán responsables directas de todos los actos de comercialización de seguros que las personas naturales y jurídicas realicen en su representación en el ejercicio de sus funciones, especialmente por las infracciones que cometan a las normas emitidas por esta Superintendencia y por los perjuicios que causen a los tomadores o contratantes, asegurados y/o beneficiarios, como consecuencia de errores u omisiones, impericia o negligencia.

En ese sentido, las empresas mantienen la responsabilidad frente a los contratantes, asegurados y/o beneficiarios y ante la Superintendencia por la prestación de los servicios, la administración de los riesgos y el cumplimiento normativo relacionado con la comercialización de productos de seguros a que se refiere el presente Reglamento, sin perjuicio de los incentivos o penalidades contractuales.

Asimismo, son responsables de que los canales de comercialización a que se refiere el presente Reglamento expliquen adecuadamente a los potenciales contratantes o asegurados los alcances de la cobertura del producto y sobre sus características. Del mismo modo son responsables de que durante el proceso de suscripción del contrato de seguros verifiquen que el contratante complete y suscriba los documentos que conforman las condiciones particulares de la póliza de seguros como la solicitud del seguro, de ser el caso, o brinde la información que se requiera para la emisión de la póliza.

En el caso de la Bancaseguros, las empresas del sistema financiero asumirán las responsabilidades que les competen, de acuerdo con las disposiciones correspondientes del presente Reglamento y las que resulten pertinentes de la Ley Complementaria a la Ley de Protección al Consumidor en Materia de Servicios Financieros - Ley N° 28587 y del Reglamento de transparencia de información y disposiciones aplicables a la contratación con usuarios del sistema financiero, aprobado por Resolución SBS N° 1765-2005 y sus modificatorias.

3. Capacitación

Los canales de comercialización a que se refiere el presente Reglamento deberán ser debidamente capacitados por las empresas con la finalidad de que se informe adecuadamente a los potenciales contratantes o asegurados sobre las características y condiciones de los productos que están promocionando u ofertando. En este sentido, las empresas deben de observar lo siguiente:

- a) En el caso de promotores de seguros deben contar como mínimo con un programa anual para la actualización de los conocimientos relativos a los productos que comercializan, así como a los requerimientos de transparencia de información en la promoción y oferta de productos de seguros en el marco de la protección a los derechos del usuario del sistema de seguros.

b) Los comercializadores deben ofrecer los productos en estricto cumplimiento de las instrucciones señaladas por las empresas, para lo cual éstas deben capacitar adecuadamente al personal que se dedicará a la promoción, oferta y comercialización de los productos de seguros, así como en los aspectos relacionados con el procedimiento de contratación del seguro, cobro de las primas, tramitación de solicitudes de cobertura y pago de la indemnización. Asimismo, deberán proporcionarles manuales de procedimientos pertinentes

c) El ofrecimiento del seguro a través de la bancaseguros, debe hacerse en estricto cumplimiento de las instrucciones señaladas por las empresas de seguros, para lo cual éstas deben capacitar a los trabajadores de las empresas del sistema financiero para la adecuada operación de este canal de comercialización, así como en los aspectos relacionados con el procedimiento de contratación del seguro, cobro de las primas, tramitación de solicitudes de cobertura y pago de la indemnización, así como proporcionarles manuales de procedimientos pertinentes.

4. Características de los productos

Bajo las modalidades de comercialización a que se refiere el presente reglamento, sólo se podrán ofrecer productos masivos, entendiéndose como tales a aquellos seguros estandarizados que no requieren de requisitos especiales de aseguramiento en relación con las personas y/o bienes asegurables, siendo suficiente la simple aceptación del contratante para el consentimiento del seguro.

Asimismo, se podrán comercializar de acuerdo a las disposiciones señaladas en este reglamento productos de seguros no masivos, siempre que cumplan con los requisitos o condiciones señaladas por la Superintendencia.

En el caso de seguros asociados a operaciones crediticias otorgados a través de empresas del sistema financiero, se podrán ofrecer productos de mayor complejidad asociados a la naturaleza de los bienes materia de cobertura, que se encuentran vinculados a las operaciones crediticias.

Los productos de seguros deberán cumplir con lo establecido por el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros aprobado por Resolución SBS N° 3199-2013 y por el Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas

Las empresas deben proporcionar folletos informativos de cada uno de los productos que comercialice a través de los distintos canales de comercialización, los que deberán contener la información mínima que establece el artículo 8° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.

En el caso de las pólizas grupales comercializados a través de puntos de venta, Bancaseguros y comercializadores, las empresas podrán entregar las solicitudes de seguro, certificados y resumen a que se refiere el Reglamento de Pólizas, a través de un solo formato denominado "Solicitud-Certificado", en la medida que éste cumpla con los requisitos establecidos en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.

II. DISPOSICIONES APLICABLES A LA COMERCIALIZACIÓN POR FUERZA DE VENTAS

5. Alcance de la actividad

La fuerza de ventas corresponde a la modalidad de comercialización de seguros que se encuentra comprendida por:

- a) Los promotores de seguros; y,
- b) Los comercializadores

Las empresas son responsables de que la fuerza de ventas contratada, reúna las condiciones de idoneidad, competencia y solvencia moral que se requieren respecto de la labor a desarrollar.

II.1. Promotores de Seguros

6. Condiciones para el ofrecimiento

Las empresas podrán promover, ofrecer y comercializar sus productos a través de personas naturales, en adelante promotores de seguros, que mantengan un contrato de trabajo o de prestación de servicios, con dichas empresas, que los faculte para promover, ofrecer y comercializar productos de seguros dentro o fuera de sus oficinas.

Los promotores de seguros en formación no están habilitados para promover, ofrecer o comercializar productos, hasta que sean acreditados como promotores de seguros, según lo indicado en el numeral 7 siguiente.

Mientras el contrato que vincula a un promotor de seguros con una empresa de seguros se mantenga vigente, dicho promotor no podrá prestar los mismos servicios para otra empresa, salvo que esta sea subsidiaria o accionista de aquella.

7. Identificación y registro

Las empresas de seguros son responsables de asignar un código y emitir un documento de identificación a sus promotores de seguros. Asimismo, deberán contar con un registro, en el que consignarán sus datos generales, la fecha de inicio de sus actividades y los tipos de seguros que ofrecen. Adicionalmente deberán mantener actualizado los correspondientes legajos personales o, en su defecto, administrar información que permita emitir reportes centralizados.

8. Información a la Superintendencia

Las empresas deberán remitir a esta Superintendencia, con periodicidad trimestral, en los plazos de presentación de los estados financieros correspondientes, la siguiente información:

- Anexo ES-21A : “Información sobre Fuerza de Ventas – Promotores de Seguros”

II.2. Comercializadores

9. Condiciones y características del canal de comercialización

Las empresas podrán contratar a proveedores de bienes y servicios, en adelante comercializadores, los que mediante la suscripción del contrato de comercialización adquieren la condición de representantes de las empresas para la comercialización y/o contratación de seguros, además de estar sujeto a las obligaciones señaladas en el presente Apartado.

Para la suscripción de los contratos de comercialización, las empresas deberán cumplir con las siguientes condiciones y requisitos

- a) El comercializador, persona natural o jurídica con la que se suscriba el contrato correspondiente, deberá contar con las siguientes características:
 - a.1) Debe realizar actividades comerciales formales, para lo cual deberá contar con la documentación que así lo acredite.
 - a.2) No debe haber sido clasificado en condición de deudor, en las categorías de deficiente, dudoso o pérdida en el sistema financiero, de acuerdo con la regulación vigente, en los últimos cinco (5) años, condición que deberá mantenerse mientras dure la relación contractual con la empresa.
 - a.3) Debe contar con establecimientos comerciales propios o de terceros que brinden atención al público, que posean infraestructura física y recursos humanos adecuados para la prestación de los servicios al público en condiciones de seguridad.
- b) Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa de seguros.
- c) Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, a los comercializadores se considerarán abonados a la empresa de seguros.
- d) En caso la empresa decida no suscribir el contrato, sobre la base de la evaluación efectuada, deberá hacerlo de conocimiento del solicitante, en el término de quince (15) días de recibida la solicitud.
- e) Las empresas tienen la responsabilidad de que, en los casos de seguros con cobertura de fallecimiento o muerte accidental, el comercializador le curse aviso inmediato, en los casos que tome conocimiento del fallecimiento de alguno de los asegurados.

Las empresas de seguros son responsables de mantener la documentación correspondiente a los contratos celebrados bajo esta modalidad, según las normas emitidas por la Superintendencia.

10. Información sobre el comercializador

Las empresas deberán mantener a disposición de la Superintendencia, la siguiente información referida al comercializador:

- a) Nombre, denominación o razón social detallando las actividades que desarrolla.

- b) Relación de productos de seguros que son materia del contrato, con indicación del código de Registro de esta Superintendencia.
- c) Ubicación de los establecimientos comerciales propios o de terceros en los que se comercializarán los productos de seguros.
- d) Términos del contrato, el cual deberá incluir cláusulas que permitan una adecuada revisión de la respectiva prestación por parte de las empresas, la Sociedad de Auditoría Externa, así como por parte de la Superintendencia o la persona que ésta designe.
- e) Informe que contenga la evaluación de los riesgos asociados a las operaciones que se brindan a través del comercializador y determinación de las medidas tomadas para mitigar el riesgo, elaborado por la Unidad de Riesgos o área equivalente, que deberá considerar controles operativos en el comercializador que impidan contrataciones no autorizadas.
- f) Informe de la Unidad de Auditoría Interna respecto de la adecuación de los controles internos implementados en la etapa previa a la comercialización a través del comercializador.
- g) Acreditación del seguimiento mensual sobre la clasificación como deudor en el sistema financiero de los comercializadores, según lo indicado en el inciso a.2) del numeral 9.

11. Contrato de comercialización

El contrato de comercialización que las empresas suscriban con los comercializadores deberá recoger las obligaciones que se señalan en el numeral 9, a efectos de garantizar su cumplimiento, en la medida que resulten aplicables.

12. Autorización previa

Las empresas que cumplan con las condiciones y requerimientos señalados en el numeral 9 deberán solicitar a la Superintendencia previamente, y por única vez, autorización para operar a través del canal “Comercializadores” para lo cual deberán presentar la siguiente información:

- a) Copia del Acta de Directorio en la que conste la decisión de utilizar dicho canal de comercialización.
- b) Un informe que contenga la evaluación de los riesgos asociados a la utilización de este canal de comercialización, determinándose las medidas que se tomarán para controlar los riesgos, identificados, de acuerdo a la normativa vigente, elaborado por la Unidad de Riesgos o área equivalente.
- c) Informe con la opinión de la Unidad de Auditoría Interna respecto de la adecuación de los controles internos implementados para el lanzamiento del nuevo canal, en la etapa previa al lanzamiento.
- d) Informe que describa la tecnología o plataformas tecnológicas utilizadas para la comercialización a través de este canal, con indicación de las políticas, procedimientos y mecanismos de control establecidos.

13. Comercialización del SOAT

Para la comercialización del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, las empresas podrán utilizar el canal a que se refiere el presente Apartado, así como la bancaseguros a que se refiere el Apartado III del presente Reglamento Marco.

Dicha comercialización, por corresponder a una póliza de única aplicación por todas las empresas, no requerirá del procedimiento de autorización descrito en el numeral 12, en caso se utilice este canal solamente para comercializar el SOAT.

Bajo esta forma de comercialización, el contratante deberá recibir en el momento en que efectúe el pago de la prima, el certificado del SOAT y la calcomanía SOAT correspondiente, extendida en el Formato Único vigente.

14. Información a la Superintendencia

Las empresas deberán remitir a esta Superintendencia, con periodicidad trimestral, en los plazos de presentación de los estados financieros correspondientes, la siguiente información:

- Anexo ES-21B :“Información sobre contratos de comercialización con Fuerza de Ventas – Comercializadores”.
- Anexo ES-21C2: “Información sobre ubicación de establecimientos – Fuerzas de Ventas - Comercializadores
- Anexo ES-21D2: “Información sobre contratos de comercialización del SOAT”

III. DISPOSICIONES APLICABLES A LA COMERCIALIZACIÓN A TRAVÉS DE LA BANCASEGUROS

15. El canal de comercialización

Las empresas podrán promover, ofrecer y comercializar sus productos por intermedio de las empresas del sistema financiero, utilizando su red de oficinas para el contacto con los clientes y para la distribución de sus productos, siempre que dichas empresas hayan suscrito un contrato de comercialización en los términos señalados en el numeral 17 del presente Reglamento.

16. Formas de operación

Se consideran operaciones de bancaseguros, a las siguientes formas de comercialización:

- a) Aquellas en las que la empresa del sistema financiero, suscribe con la aseguradora un contrato de seguro de grupo, en calidad de contratante, quedando de esta forma facultada para comercializar con sus clientes la cobertura contratada, en los mismos términos y condiciones que figuran en la póliza de seguro de grupo.
- b) Aquellas mediante las cuales la empresa del sistema financiero interviene como representante de la empresa de seguros, para comercializar entre sus clientes los productos de seguro individual acordados con la empresa de seguros.
- c) La contratación de seguros asociados a operaciones crediticias, bajo alguna de las formas establecidas en los literales anteriores, en las que la empresa del sistema financiero es designada beneficiario del seguro.

17. Condiciones para la comercialización

Las empresas que deseen utilizar la bancaseguros, deberán de cumplir con las siguientes condiciones:

- a) Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios a la empresa del sistema financiero, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa de seguros.
- b) Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, a las empresas del sistema financiero, se considerarán abonados a la empresa de seguros.
- c) La obligación de elaborar un procedimiento de atención de solicitudes de cobertura en el cual se definan las funciones de ambas empresas y los plazos internos para la atención de los mismos.
- d) En caso que se opere bajo la modalidad de comercializan a distancia, tanto la empresas de seguros como las empresas del sistema financiero son responsables por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en Título V del presente Reglamento, en lo que resulte aplicable.

Los mencionados aspectos deben ser considerados en los contratos de comercialización que se suscriban.

18. Información de transparencia

Las condiciones del contrato de Bancaseguros contenidas en los incisos a) y b) el numeral 17, deberán ser incorporadas en la documentación de las pólizas individuales; asimismo, esta información deberá ser considerada en los certificados de seguros, cuando se trate de seguros en grupo.

19. Información a la Superintendencia

Las empresas deberán remitir a esta Superintendencia, con periodicidad trimestral, en los plazos de presentación de los estados financieros correspondientes, la siguiente información:

- Anexo ES-21E : "Información sobre Contratos de Comercialización de Bancaseguros".

IV. DISPOSICIONES APLICABLES A LA COMERCIALIZACIÓN A TRAVÉS DE LOS PUNTOS DE VENTA

20. Alcance

Los centros de información o de comercialización, que para los efectos de la presente norma se denominarán Puntos de Venta, que no se encuentren comprendidos dentro de la descripción de oficinas a que se refiere el numeral 2 del "Reglamento de apertura, conversión, traslado o cierre de oficinas, uso de locales compartidos, cajeros automáticos y cajeros corresponsales" aprobados por Resolución SBS N° 775-2008 y sus modificatorias, se sujetan a las disposiciones del presente Apartado.

Mediante los puntos de venta las empresas, a través de su personal, brindan información o comercializan productos de seguros.

21. Autorización previa

Las empresas que deseen operar a través del canal "Puntos de Venta" deberán solicitar previamente y por única vez autorización a la Superintendencia, presentando la siguiente información:

- a) Copia del Acta de Directorio en la que conste la decisión de utilizar dicho canal de comercialización.
- b) Un informe que contenga la evaluación de los riesgos asociados a la utilización de este canal de comercialización, determinándose las medidas que se tomarán para controlar los riesgos, identificados, de acuerdo a la normativa vigente, elaborado por la Unidad de Riesgos o área equivalente.
- c) Informe con la opinión de la Unidad de Auditoría Interna respecto de la adecuación de los controles internos implementados para el lanzamiento del nuevo canal, en la etapa previa al lanzamiento.
- d) Informe que describa la tecnología o plataformas tecnológicas utilizadas para la comercialización a través de este canal, con indicación de las políticas, procedimientos y mecanismos de control establecidos.

Las empresas deberán mantener a disposición de la Superintendencia, la siguiente información referida al Punto de Venta:

- a) Ubicación.
- b) Productos a comercializar.
- c) Personal de la empresa encargado de la comercialización.

No está sujeta a autorización previa la comercialización a través de Puntos de Venta que tienen la función exclusiva de prestar servicios de promoción e información sobre los productos de seguros que ofrecen las empresas y/o recabar documentación relacionada a las mismas siendo la empresa responsable por la documentación recibida. Por tanto, no pueden realizarse suscripciones de solicitudes de seguros.

22. Información a la Superintendencia

Las empresas deberán remitir a esta Superintendencia, con periodicidad trimestral, en los plazos de presentación de los estados financieros correspondientes, la siguiente información:

- Anexo ES-21F : “Información sobre ubicación de los Puntos de Venta”.

V. COMERCIALIZACIÓN A TRAVÉS DE SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA

23. Modalidad de comercialización

La utilización de sistemas de comercialización a distancia debe garantizar que la información que las empresas proporcionen a los potenciales contratantes sea veraz, comprensiva, íntegra, y transparente. Asimismo, la información brindada por los potenciales contratantes a través de dichos mecanismos de comercialización, debe ser conservada por las empresas en forma reservada y confidencial, en los soportes necesarios que permitan su verificación posterior, así como permitir la debida identificación del contratante y/o asegurado potencial.

Esta modalidad de contratación es aplicable también a la comercialización a través de la bancaseguros.

24. Información mínima de la oferta

Las empresas que ofrezcan sus productos de seguros bajo esta modalidad deberán indicar expresamente que se trata de una oferta de seguros y proporcionar al potencial contratante y/o asegurado, como mínimo y dependiendo del tipo de seguro, la siguiente información:

- a) Identificación de la empresa, de la persona que realiza la oferta y del potencial contratante.;
- b) Fecha de la oferta y período de validez de esta.
- c) Características del seguro indicando las coberturas ofrecidas, requisitos de aseguramiento, exclusiones, periodos de carencia, deducibles y período de cobertura.
- d) Costo total a cargo del asegurado, incluyendo primas, impuestos y cualquier otro cargo, además de su forma de pago.
- e) Procedimiento para la atención de solicitudes de cobertura.
- f) Forma de aceptación de la oferta.
- g) Plazo y forma para ejercer el derecho a desistirse del contrato, al que se refiere el numeral 27 del presente Reglamento Marco.

25. Registro y archivo de los datos relativos a la operación

El ofrecimiento de productos de seguros a que se refiere el numeral anterior, deberá ser registrado íntegramente, debiéndose informar esta circunstancia al contratante o asegurado potencial. La información contenida en los soportes

tecnológicos utilizados deberá encontrarse a disposición del contratante, en caso finalmente éste acepte la oferta, y de la Superintendencia, cuando así lo requiera.

Las empresas que utilicen los sistemas antes señalados son responsables frente a los contratantes, asegurados, beneficiarios y ante esta Superintendencia, por el cumplimiento de las medidas de seguridad correspondientes, destinadas a garantizar la conservación de la información y a evitar su transferencia o divulgación a personas no autorizadas. El plazo de conservación de la información se sujeta a las disposiciones emitidas a través de la Resolución SBS N° 5860-2009 que, entre otras aprueba disposiciones para la conservación y sustitución de archivos mediante la tecnología de microformas y plazos de conservación de libros y documentos.

26. La aceptación de la oferta

Una vez aceptada la oferta por el contratante, y habiéndose verificado el cumplimiento de las condiciones de asegurabilidad en función de las características del riesgo, el contrato quedará perfeccionado, quedando las empresas obligadas en los términos y condiciones en que fue efectuada la oferta, sin perjuicio del cumplimiento de lo estipulado en el artículo 329° de la Ley N° 26702, Ley General y del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros aprobado por Resolución SBS N° 225-2006 y sus modificatorias.

Dentro del término de quince (15) días siguientes a la fecha de aceptación de la oferta, las empresas deberán poner a disposición de los contratantes la póliza o certificado correspondiente. Si la entrega de la póliza y/o certificado se realice a través de mecanismos virtuales, dicha entrega deberá contener las medidas tecnológicas de seguridad necesarias, así como con las firmas electrónicas que doten a la póliza y certificado de validez y eficacia jurídica.

Las declaraciones efectuadas por el contratante mediante la utilización de sistemas de comercialización a distancia forman parte del contrato de seguro.

Si como consecuencia de la evaluación efectuada, sobre las condiciones de asegurabilidad, la empresa decida rechazar la solicitud deberá comunicar sobre esta decisión al solicitante dentro del término de quince (15) días de haber recibido la aceptación de la oferta.

27. Desistimiento del Contratante

Las pólizas de seguro ofrecidas bajo este canal de comercialización deben contener una cláusula que contemple el derecho del contratante de desistirse de la aceptación del contrato sin expresión de causa ni penalidad alguna, en un plazo que al efecto establecerá la empresa, que en ningún caso podrá ser inferior a quince (15) días calendario, contados desde que el contratante tuvo a su disposición la póliza o certificado, según corresponda, de acuerdo a los mecanismos acordados para tal efecto.

28. Autorización previa

Las empresas que deseen implementar mecanismos a los que se refieren el presente Apartado, deberán solicitar previamente y por única vez autorización a esta Superintendencia para utilizar el canal de comercialización "Sistemas de comercialización a distancia", para lo cual deberán presentar la siguiente información:

- a) Copia del Acta de Directorio en la que conste la decisión de utilizar este canal de comercialización.
- b) El detalle de los productos de seguros que serán comercializados a través de este canal.
- c) Información relativa al soporte técnico implementado para obtener, conservar y resguardar la información brindada por el potencial asegurado.
- d) Un informe que contenga la evaluación de los riesgos asociados a la utilización de este canal de comercialización, determinándose las medidas que se tomarán para controlar los riesgos, identificados, de acuerdo a la normativa vigente, elaborado por la Unidad de Riesgos o área equivalente, así como los mecanismos de seguridad que implementará para el mantenimiento, integridad y confidencialidad de la información en las diferentes fases del proceso de contratación.
- e) Informe con la opinión de la Unidad de Auditoría Interna respecto de la adecuación de los controles internos implementados para el lanzamiento del nuevo canal.

29. Información a la Superintendencia

Las empresas deberán remitir a esta Superintendencia, con periodicidad trimestral, en los plazos de presentación de los estados financieros correspondientes, la siguiente información:

- Anexo ES-21G : "Información sobre Contratos de Comercialización a Distancia".

Artículo Segundo.- Los canales de comercialización reguladas por este Reglamento Marco además de la comercialización que realice la propia empresa, son las únicas formas de comercialización directa de seguros, permitidas a las empresas de seguros, con excepción de los Microseguros cuya comercialización es regulada en el Reglamento respectivo. En el caso de la intermediación de los seguros a través de los corredores de seguros, ésta se sujetará a las disposiciones establecidas por normas de carácter general emitidas por la Superintendencia.

Artículo Tercero.- Los promotores de seguros previsionales, es decir, aquellos quienes por encargo de las empresas de seguros comercializan productos previsionales enmarcados en el ámbito del Sistema Privado de Pensiones, realizarán sus actividades según las disposiciones que al respecto establezca la Superintendencia.

Artículo Cuarto.- Incorporar en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones, aprobado mediante Resolución SBS N° 131-2002, los siguientes procedimientos: Procedimiento N° 144 "Autorización para comercializar productos de seguros mediante Comercializadores", Procedimiento N° 145 "Autorización para comercializar productos de seguros mediante Puntos de Venta" y Procedimiento N° 146 "Autorización para comercializar productos de seguros mediante sistemas de comercialización a distancia" cuyo texto se anexa a la presente Resolución y se publica conforme lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 004-2008-PCM, reglamento de la Ley N° 29091. (Portal institucional www.sbs.gob.pe).

Artículo Quinto.- Efectuar las siguientes modificaciones al Reglamento de Sanciones aprobado por Resolución SBS N° 816-2005, según se indica a continuación

a) Incorporar la siguiente infracción en la sección I "Infracciones Leves" del Anexo 3 "Infracciones específicas del Sistema de Seguros":

- Entregar pólizas y/o certificados de seguros por mecanismos virtuales, sin contar con las medidas tecnológicas de seguridad necesarias que doten a los mencionados documentos de validez y eficacia jurídica.

b) Incorporar la siguiente infracción en la sección II "Infracciones Graves" del Anexo 3 "Infracciones específicas del Sistema de Seguros":

- No contar con adecuados controles y/o procedimientos para la comercialización de productos de seguros a través de las fuerzas de ventas, bancaseguros, puntos de ventas o de medios de comercialización a distancia, incumpliendo los requerimientos normativos, que determinen la afectación significativa y/o reiterativa de los derechos de los contratantes o asegurados.

Sanción Específica:

Revocación de autorización total o parcial para operar a través de los citados mecanismos de comercialización.

- No cumplir con los requerimientos establecidos en el Reglamento marco de comercialización de productos de seguros, para la utilización de los distintos canales de comercialización.

Artículo Sexto.-

Artículo Séptimo.- Los Anexos ES-21A , ES-21B7, ES-21C7, ES-21D7, ES-21E7, ES-21F7 y ES-21G7 del Reglamento marco de comercialización de productos de seguros que se aprueba mediante la presente resolución, se publican en el Portal electrónico de esta Superintendencia (www.sbs.gob.pe), conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.

Artículo Octavo.- La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente a su publicación en el Diario Oficial El Peruano, fecha en que quedará sin efecto la Resolución SBS N° 510-2005.

Sin perjuicio de lo mencionado, las empresas tendrán un plazo de ciento veinte (120) días para adecuarse a las disposiciones del presente Reglamento.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ANEXO B: PROPUESTA DE NORMATIVA

Resolución S.B.S.

N° : : : : -

*El Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones*

CONSIDERANDO:

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Reglamento de las Pólizas de Seguro Agrícola en los términos que se indican a continuación:

REGLAMENTO PARA EL USO DE PÓLIZAS DE SEGURO AGRICOLA

Artículo 1°.- Alcance.

Las disposiciones de la presente Circular son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16° de la Ley General, que comercialicen por si o a través de las modalidades de comercialización de seguros regulados por Res SNS N° 2996-2010, en adelante las empresas.

Las disposiciones de la presente Circular complementan las disposiciones contenidas en Res SBS N° 3199-2013 y Res SBS N° 3202-2013.

Artículo 2°.- Definiciones.

Para efectos de la presente Circular, se deben considerar las siguientes definiciones:

- 1.1. **Acta de inspección**
Documento mediante el cual la empresa toma constancia de la evaluación efectuada a la unidad de riesgo asegurable.
- 1.2. **Asegurado**
Cualquier productor agrícola, ya sea persona natural o jurídica que ha contratado una póliza de seguro agrícola.
- 1.3. **Aviso de siniestro**
Comunicación obligatoria del Asegurado a la Empresa, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la póliza.

- 1.4. **Beneficiario**
Cualquier persona natural o jurídica designada en las Condiciones Particulares de la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios especificados.
- 1.5. **Certificado de Seguro**
Documento que acredita la contratación del seguro, el cual contiene los datos de identificación del **Asegurado**, los riesgos asegurados, el cultivo y área asegurada, la cobertura de rendimiento, la suma asegurada, el Beneficiario cuando corresponda y demás condiciones del seguro contratado.
- 1.6. **Contratante**
Es la persona que celebra con la Empresa el contrato de seguro. Su condición puede o no coincidir con la del Asegurado. En ambos casos recaen sobre esta persona los derechos, si corresponde, y/u obligaciones emanados del contrato. El contratante es el único que puede solicitar modificaciones a la póliza, asimismo es el que propone los montos asegurados y los riesgos que necesita.
- 1.7. **Inspección previa**
Es la verificación por parte de la Empresa de las condiciones técnicas y de riesgo de la Unidad de Riesgo Asegurable descritas en la solicitud de seguro y en base a las cuales se pacta la cobertura y la tasa del seguro.
- 1.8. **Siniestro**
Es la materialización del riesgo asegurado y se produce cuando uno o más riesgos cubiertos por la póliza causan pérdidas en el cultivo asegurado, durante la vigencia de la póliza.
- 1.9. **Solicitud de seguro**
Documento mediante el cual una persona natural o jurídica solicita el seguro detallando información mínima exigida por la Empresa en relación al Asegurado, cultivo, al predio o unidad de riesgo asegurable, costos y/o proyecto de producción, ficha técnica, fechas de siembra y cosecha, y otra información adicional requerida por la Empresa asociadas al riesgo de la producción.
- 1.10. **Usuarios: Contratantes, asegurados o beneficiarios de seguros, inclusive los potenciales.**

Artículo 3°.- Solicitud de Seguro y Aceptación de la Oferta por parte de la Empresa.

La solicitud de seguro deberá ser presentada a la Empresa, al comercializador o al promotor de seguros, de ser el caso, pudiendo la Empresa aceptar de inmediato el riesgo o condicionar a la evaluación efectuada a la unidad de riesgo asegurable mediante una inspección previa.

En el evento que la empresa acepte el riesgo sin más trámite y el contratante acepte la oferta, habiéndose verificado el cumplimiento de las condiciones de asegurabilidad en función de las características del riesgo, el contrato quedará perfeccionado, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones relativas al pago de la prima.

En el evento que la empresa condicione la aceptación del riesgo, encargará la evaluación de la unidad de riesgo asegurable, dejando constancia del resultado de dicha evaluación en el Acta de Inspección, la cual, para todos los efectos que corresponda, pasará a ser parte integrante del contrato de seguro.

El resultado de la evaluación efectuada, deberá ser comunicado por la empresa al solicitante dentro del término de quince (15) días de haber recibido la aceptación de la oferta, en la forma indicada en la presente Norma.

La Empresa podrá establecer periodos de carencia de cobertura, los que deberán ser debidamente informados al asegurado y establecidas en caracteres destacados en la Póliza de Seguros.

Artículo 4.- Entrega de la póliza o certificado de seguro

Una vez perfeccionado el contrato, en los términos indicados en el artículo precedente, la Empresa deberá poner a disposición del asegurado o contratante, la póliza de seguros y/o certificado de seguros según se trate de seguros individuales o colectivos respectivamente.

La entrega de la póliza y/o certificado se efectuará mediante los mecanismos de comunicación acordados entre las partes.

Si la entrega de la póliza y/o certificado se realiza a través de mecanismos electrónicos o de comunicación a distancia, dicha entrega deberá contener las medidas tecnológicas de seguridad necesaria, así como con las firmas electrónicas que doten a la póliza y certificado de validez y eficacia jurídica.

Artículo 5.- Comunicación entre las partes

Al momento de efectuar la solicitud de seguro, el Contratante, a requerimiento de la Empresa, deberá indicar el mecanismo de comunicación que regirá el contrato, pudiendo ser comunicaciones enviadas al domicilio físico, electrónico, comunicaciones telefónicas, mensajes de texto, entre otros. El mecanismo elegido deberá estar contemplado en el contrato correspondiente, considerando para tal efecto lo señalado por la Ley de Seguro.

Será obligación del Contratante el aviso oportuno a las empresas en el cambio de la modalidad de comunicación.

Por su parte, será obligación de las Empresas contar con los mecanismos necesarios que permitan la correcta identificación, seguimiento y verificación de las comunicaciones recibidas.

Artículo 6.-Aviso del Siniestro

En los seguros agrícolas, el siniestro debe ser comunicado a las empresas por el contratante, el asegurado, o el beneficiario, tan pronto como se tenga conocimiento de la ocurrencia y dentro de un plazo no mayor de tres (3) días calendario contados desde la ocurrencia del evento climático que lo produjo, salvo que la póliza de seguro correspondiente contemple un plazo mayor.

Cuando se trate de sequía, se deberá presentar el aviso de siniestro tan pronto se comiencen a manifestar los síntomas de la sequía en el cultivo asegurado.

Estos avisos se deberán efectuar mediante el mecanismo de comunicación acordado entre las partes.

En todo caso, se podrán efectuar por carta, teléfono, fax o correo electrónico, dirigido a las empresas, según lo especificado en la Póliza.

Artículo 7.-Liquidación del Siniestro por un Ajustador

En los casos que la empresa requiera la contratación de un ajustador de siniestros para evaluar y cuantificar los daños o pérdidas, la designación del mismo debe realizarse de común acuerdo entre la empresa y el asegurado.

La designación del ajustador de siniestros debe efectuarse dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha del aviso del siniestro, o a la fecha en que la empresa toma conocimiento de la ocurrencia. Cuando la empresa reciba el aviso de siniestro debe proponer al asegurado, por lo menos dos (2) días antes del vencimiento del plazo señalado, una terna de ajustadores de siniestros para que el asegurado manifieste su conformidad con la designación de alguno de los ajustadores propuestos. Para tal efecto, las empresas deben proponer a los ajustadores de siniestros que se encuentran inscritos y habilitados en el Registro correspondiente a cargo de la Superintendencia. En caso, el asegurado no designe alguno de los ajustadores de siniestros propuestos, la empresa procederá a designar el ajustador del siniestro antes del vencimiento del plazo señalado, a fin de no dilatar el inicio del proceso de liquidación del siniestro.

Al momento del perfeccionamiento del contrato, las empresas deberán incluir una terna de ajustadores, debiendo ser incluida ésta en la póliza o certificado de seguros, según corresponda. En ningún caso el nombre del ajustador podrá ser establecido al momento de la celebración del contrato sin que medie siniestro alguno.