



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 12 de octubre de 2023

RESOLUCIÓN SBS

N° 03379-2023

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por La Positiva Vida Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 05 de abril de 2023, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto “Seguro de Vida Positiva Protege”¹, registrado con Código SBS N° VI2077100151, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 002 – 2020 de fecha 02 de enero de 2020.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 05 de abril de 2023, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto “Seguro de Vida Positiva Protege”, registrado con Código SBS N° VI2077100151;

Que, a través de la Resolución SBS N° 002 – 2020 de fecha 02 de enero de 2020, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

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

¹ También denominado “Vida Positiva Temporal”.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

Que, considerando que nos encontramos ante un producto de vida individual de largo plazo, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el inciso 2 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Conducta, referida a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud;

Que, la presente resolución aprueba la condición mínima prevista en la cláusula décimo octava, así como la modificación de las condiciones mínimas contempladas en las cláusulas quinta, sexta, novena y décimo séptima de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Vida Positiva Protege”, sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; y, en uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349 de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la condición mínima prevista en la cláusula décimo octava, así como la modificación de las condiciones mínimas contempladas en las cláusulas quinta, sexta, novena y décimo séptima de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Vida Positiva Protege”, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 002 – 2020 de fecha 02 de enero de 2020, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

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





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Artículo Tercero. - Conforme a lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento de Conducta, la Compañía, deberá difundir a través de su página web el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Vida Positiva Protege" modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

5. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO:

(...)

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.

La Aseguradora, 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 periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia. La devolución de la prima no devengada procederá previo requerimiento del Contratante en las oficinas de la Aseguradora y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario.

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.

6. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

(...)

6.2. La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a. Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.
- b. Por revocación de consentimiento del asegurado. En este caso, la Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, cuando corresponda.
- c. Por reclamación fraudulenta de cobertura. En este caso, la Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, cuando corresponda². La resolución surtirá efectos con la notificación.

²10. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE:





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- d. Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo a la Aseguradora, la resolución surtirá efectos de forma inmediata, presentando la siguiente documentación:
- Carta dirigida a la Compañía en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
 - Original y copia de documento nacional de identidad

Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. En caso de que la comunicación no sea presencial, deberá presentar copia del documento nacional de identidad y no el original. Si el Contratante tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia de DNI y vigencia de poder del apoderado.

La devolución de la prima no devengada procederá sin requerimiento previo del Contratante y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de realizada solicitud de resolución del contrato de seguro.

- e. Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario por El Contratante, facultará a la Aseguradora a resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días calendario mencionados precedentemente. La resolución surtirá efectos con la notificación.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la

El Beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquier Beneficiario o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso que exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 9 de las presentes condiciones.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

- f. Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 15 siguiente, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La resolución surtirá efectos al día siguiente de la notificación de resolución. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo del seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i. El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
- iii. Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- iv. La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales (i), (ii) y (iii) precedentes, La Aseguradora 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

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 6.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional al periodo efectivamente cubierto.

Salvo el supuesto del literal d) del numeral 6.2, en aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por la Aseguradora y el Contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendario de la solicitud de devolución. El reembolso de la prima que corresponda no estará sujeto a penalidad o cobros de naturaleza o efecto similar.

6.3. La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a. Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b. Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento de La Aseguradora debe ser notificado por medio fehaciente.

- d. Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato, es decir, la fecha de comunicación de la nulidad al Contratante; excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

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

- i. Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- ii. 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.
- iii. Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- iv. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

7. PRIMA:

(...)

A falta de pago de las primas, La Aseguradora –vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro)- comunicará al Contratante y/o Asegurado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima. El mencionado plazo no podrá ser menor a los treinta (30) días antes indicados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver el contrato de seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver el contrato de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago.

Si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, y/o se indica el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura de seguro.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicado o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, sin que se haya suspendido la cobertura, la prima adeudada por el Contratante será deducida del beneficio correspondiente.

(...)

9. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Aviso de Siniestro

Informar a la Aseguradora dentro del plazo de 7 días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda, llamando al teléfono (051) 211- 0211 o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional. Si el Asegurado, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a La Aseguradora, esta tiene derecho a 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. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Asegurado, pierde el derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o en aquellos casos que La Aseguradora haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura.

Procedimiento para solicitar la cobertura

Para atender la solicitud de cobertura por fallecimiento natural se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a. Certificado Médico de Defunción. Emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cuál fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.
- b. Partida o Acta de Defunción del Asegurado, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad o RENIEC





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- c. DNI del Beneficiario, de haberlo.
- d. Historia clínica completa, foliada y fedateada, emitida por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, se deberán presentar, cuando corresponda, adicionalmente los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a. Atestado o Informe Policial Completo, ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda.
- b. Protocolo de Necropsia, ordenado por el Ministerio Público.
- c. Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito; o,
- d. Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito ordenado por el Ministerio Público.

Se deberán presentar los documentos señalados en los literales c) y d) cuando éstos efectivamente deban ser practicados por la autoridad competente.

En aquellos casos en que no exista designación de Beneficiario, se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

El teléfono de la Aseguradora es 211-0-222, en la ciudad de Lima y provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositivavida.com.pe

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Beneficiario para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Beneficiario no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días calendario de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro.

Las acciones fundadas en el contrato de seguros prescriben en el plazo de diez (10) años contados desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

(...)

16. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario pueden pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el contrato de seguro, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el Asegurado fuese igual o superior a 20 UIT.

17. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de sistemas a distancia y/o comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que no sean condición para contratar operaciones crediticias, el Contratante podrá resolver la póliza sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o nota de cobertura provisional debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

La Positiva devolverá la totalidad del monto de la prima pagada, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la solicitud del derecho de arrepentimiento. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro.

Para tal efecto, el Contratante podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

La renovación de la presente Póliza es facultativa, en cuyo caso las partes podrán renovar la Póliza, suscribiendo el endoso correspondiente. A tal efecto, el Contratante deberá solicitar la renovación antes del vencimiento de la Póliza a la Aseguradora, debiendo esta última comunicar por escrito y con caracteres destacados al Contratante cualquier propuesta de cambio de condiciones de ser el caso, a efectos de que el Contratante pueda revisarla y manifestar su conformidad. En caso el Contratante no estuviera conforme con la propuesta efectuada por la Aseguradora o no brindase respuesta respecto a la propuesta alcanzada, la Póliza no se renovará. De proceder la renovación de la póliza, se consignarán en caracteres destacados las modificaciones realizadas.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por la Aseguradora 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 hasta el término de su vigencia.

En caso el Contratante acepte las modificaciones realizadas la Aseguradora debe remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados

