



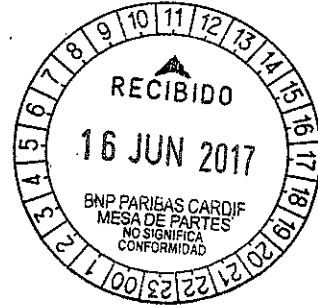
**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 14 de junio de 2017

OFICIO N° 21137 - 2017-SBS

Señor
Gerente General
BNP PARIBAS CARDIF S.A.
COMPAÑÍA DE SEGURO Y REASEGUROS
Av. Canaval y Moreyra N° 380, Of. 1101
SAN ISIDRO



Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 2372-2017 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General



epa



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 14 JUN. 2017

Resolución S.B.S
N° 2372-2017

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por BNP PARIBAS CARDIF S A COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, la Compañía) con fecha 6 de marzo de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Cuidado Oncológico";

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

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

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

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

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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 de la Ley de Seguros.
- k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.
- l. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
- m. Otras que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el artículo 9° del Reglamento de Transparencia, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas;

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas que esta Superintendencia supervisa;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, conforme a lo indicado por la Compañía en su solicitud de registro, así como a las características del mencionado producto, no corresponde la aprobación de la condición mínima contemplada en el literal l) del artículo 10° del Reglamento de Transparencia; considerando que se trata de un producto de asistencia médica;

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

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Cuidado Oncológico", presentadas por BNP PARIBAS CARDIF S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° AE2086400070.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, la Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro Cuidado Oncológico", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los 60 días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO N° 7: RENOVACION

La Póliza podrá renovarse automáticamente, según se establezca en las Condiciones Particulares y/o Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

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

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. Las nuevas condiciones serán comunicadas al Asegurado de acuerdo a lo previsto en el artículo 21° de las Condiciones Generales.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

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

En caso el asegurado haya renovado el seguro de manera ininterrumpida por cinco (5) años consecutivos, tendrá derecho a continuar renovando la Póliza y/o Certificado de manera indefinida.

ARTICULO N° 8: PRIMA Y SUSPENSION DE LA COBERTURA

La prima, su modo de calcularla y forma de pago será la indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado.

Las primas podrán ser reajustadas por la Compañía en base a (i) la siniestralidad pasada y la esperada, (ii) el índice de inflación, (iii) tablas de mortalidad y morbilidad y/o (iv) incremento de los tarifarios de la Red de Proveedores de Salud¹.

El Contratante y/o Asegurado deberá cancelar las primas en los plazos establecidos, en las oficinas autorizadas por la Compañía o establecimientos autorizados expresamente en las Condiciones Particulares y/o Certificado para el cobro al contado.

¹ Lo señalado en la presente cláusula, en lo que se refiere a la modificación de las primas, se estima procedente, en tanto dichas modificaciones se sujetarán a lo dispuesto en el artículo 21° del presente Condicionado General





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El Contratante y/o Asegurado incurrirá en mora si no paga la prima en las fechas establecidas, la cual se produce desde el día siguiente de la fecha de vencimiento de la prima. En caso de mora la Compañía podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo a la tasa que se pacte en las Condiciones Particulares y/o Certificado. El interés moratorio en caso corresponda se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

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

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

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía podrá optar por resolver la Póliza y/o Certificado. La Póliza y/o Certificado quedará resuelta, en el plazo de treinta (30) días calendarios contado a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver la Póliza y/o Certificado.

La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el Contrato por la Compañía, no procederá la Rehabilitación de la Póliza y/o Certificado.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo, el Contrato de Seguros quedará extinguido. Extinguido el Contrato de Seguros, no procederá la Rehabilitación de la Póliza y/o Certificado.

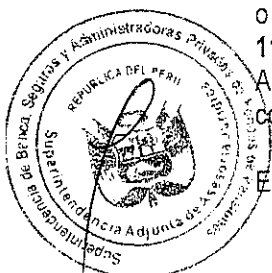
Sin perjuicio de lo expuesto, la Compañía podrá compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la Póliza y/o Certificado respectivo, contra la indemnización debida al Asegurado y/o Beneficiario, de corresponder el pago del Siniestro.

ARTICULO N° 11: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo, es decir, sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

- 11.1 Ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato o al inicio de sus efectos.
- 11.2 Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 11.3 Por reticencia y/o declaración inexacta, si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado, de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

En caso de nulidad por las causales establecidas en los numerales 11.1 y 11.2 la Compañía





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

procederá a devolver las primas pagadas sin intereses, en un plazo no mayor de 30 días, pudiendo no obstante descontar los Gastos Administrativos incurridos los cuales se encontrarán debidamente sustentados.

En caso de nulidad por la causal establecida en el numeral 11.3 la Compañía podrá invocar dicha causal en un plazo de 30 días, en cuyo caso retendrá el monto de las primas pagadas acordadas para el primer año de duración a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas o con culpa inexcusable a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa por parte de la Compañía y absuelta por el Asegurado de manera expresa o de una declaración expresa suscrita por el Contratante y/o Asegurado.

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

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

ARTICULO N° 12: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

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

12.2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.

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

12.4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios previstas en el numeral 16.2 y/o 16.4 del artículo 16° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 16.3 del artículo 16° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable².

² ARTICULO N° 16: OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

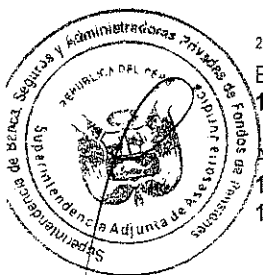
Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

16.1. Pagar la prima en las fechas establecidas en las Condiciones Particulares y/o Certificado.

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

16.2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en las Condiciones Particulares y/o Certificado.

16.3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

La resolución del Contrato de Seguro en los supuestos señalados en los numerales 12.2, 12.3 y 12.4 operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. En el caso de un Seguro Grupal, la resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado Titular, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado Titular, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 12.1 la Compañía tiene derecho al cobro de la prima, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 12.5 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será

16.4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado.

16.5. Contar a la fecha de celebración del Contrato de Seguro con el PEAS y mantenerlo durante toda la vigencia del Contrato. El Asegurado deberá comunicar a la Compañía en caso deje de contar con el PEAS.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 16.2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la Indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 16.4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado y es causal de resolución del Contrato de Seguro, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a resolver o proponer una modificación al Contrato de Seguro en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos.

En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 12.1, 12.5 y 12.6 y de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará al Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguro.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto del Certificado serán las previstas en los numerales 12.1 al 12.6 del artículo 12° de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 14: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía inmediatamente después de conocer o haber sido informado del diagnóstico positivo de cáncer, por una anatomía patológica o biopsia, dada por un médico activo colegiado. El plazo máximo estipulado para dar aviso a la Compañía sobre el diagnóstico positivo de cáncer, que derive en gastos para tratamientos médicos, será de ciento veinte (120) días calendario contados a partir de la fecha de la biopsia o anatomía patológica positiva. El Siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares y/o Certificado.

En caso la Compañía opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, este será establecido en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Certificado.

El aviso del Siniestro será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación

Posteriormente al aviso del Siniestro, el Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura por escrito a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Certificado.

La Compañía podrá investigar, revisar, solicitar o comprobar la autenticidad de la información recibida; en general podrá disponer de las medidas necesarias para la sustentación del Siniestro.

ARTÍCULO N° 15: LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía evaluará el Siniestro y procederá a su rechazo o aprobación en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios de recibidos los Documentos Sustentatorios completos establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, y/o Certificado, salvo que la Compañía solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes.

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN POR REEMBOLSO

1. El Asegurado deberá solicitar el formulario de reembolso, al servicio de atención al cliente de BNP PARIBAS CARDIF a través de los siguientes medios:

- Teléfonos de contacto señalados en las Condiciones Particulares y/o Certificado.
- E-mail: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe

2. El Asegurado debe entregar el formulario de reembolso al médico tratante para su llenado con el diagnóstico e indicación de exámenes prescritos, la firma y el sello respectivo.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

3. Los recibos por honorarios del médico tratante deben emitirse a nombre del Asegurado.
4. Las facturas por concepto de gastos de clínica, farmacia, exámenes especiales y/u otros deben emitirse a nombre de la Compañía.
5. El Asegurado debe presentar el expediente con todos los documentos en original a BNP PARIBAS CARDIF para reembolso de gastos incurridos adjuntando:
 - Formulario de Reembolso debidamente llenada, firmada y sellada por el médico tratante, indicándose diagnóstico y exámenes prescritos.
 - Facturas de clínicas, de farmacia incluyendo receta médica y/o exámenes especiales y resultados de los mismos.
 - Recibo de honorarios médicos por concepto de la atención médica.

PROCEDIMIENTO ATENCIÓN POR CRÉDITO - ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA:

El Asegurado debe recibir la "Orden de Hospitalización y/o atención ambulatoria" generada por la clínica, debiendo solicitarse una "Carta Garantía" a la Compañía, la cual puede ser tramitada por la clínica o directamente por el asegurado.

Trámite de la "Carta Garantía" por parte de la Clínica:

- a. El Asegurado debe entregar la "Orden de Hospitalización y/o orden de atención ambulatoria" al Área de Admisión de la clínica para que esta se encargue de tramitar la "Carta Garantía".
- b. El Área de Admisión de la Clínica debe enviar por fax o email la "Orden de Hospitalización y/o orden de atención ambulatoria" adjuntando su presupuesto a la Compañía
- c. La Compañía debe emitir la " Carta Garantía " y faxearla o enviarla por email a la Clínica.
- d. La Clínica recibe la " Carta Garantía ", procediéndose a la atención del Asegurado de acuerdo a los gastos cubiertos por la póliza. Los gastos no cubiertos por la póliza deberán ser cubiertos por el Asegurado.

Trámite de la " Carta Garantía " por parte del Asegurado:

- a. El Asegurado debe entregar la "Orden de Hospitalización y/o orden de atención ambulatoria" generada por la Clínica, al área de Atención al Cliente de la Compañía adjuntando el presupuesto de la clínica.
- b. La Compañía debe generar la "Carta Garantía" para cubrir los costos hospitalarios y/o ambulatorios y se la entrega al Asegurado.
- c. El Asegurado debe presentar la "Carta Garantía" al Área de Admisión de la Clínica.
- d. La Clínica recibe la "Carta Garantía", procediéndose a la atención del Asegurado de acuerdo a los gastos cubiertos por la póliza. Los gastos no cubiertos por la póliza deberán ser cubiertos por el Asegurado.

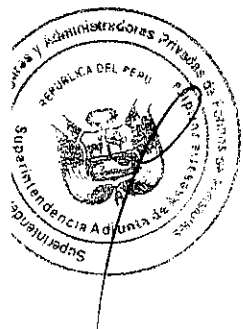
Trámite para atención en el extranjero:

- a. El Asegurado debe entregar a la Compañía los nombres y teléfonos del Hospital y Doctor con el que haya concertado la cita, indicando la fecha de atención, así como también el informe médico que sustente la atención.
- b. La Compañía coordinará directamente la atención del paciente con el proveedor médico.

PROCEDIMIENTO PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO:

Debe presentarse a la Compañía los Documentos Sustentatorios siguientes:

- Formulario de Siniestro, el mismo que será proporcionado por la Compañía.
- Original o Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la Partida de Defunción.
- Original o Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Certificado de Defunción.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Original o Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Documento Nacional de identidad del Asegurado, en caso de contar con él.
- Original o Certificación de reproducción notarial (copia legalizada) del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios.

La atención de Asegurados podrá realizarse en las clínicas de la Red de Proveedores de Salud. La Red de Proveedores de Salud se encontrará adicionalmente en la página web de la Compañía, la cual puede ser modificada en cualquier momento por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 de las Condiciones Generales.

En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario relacionada con la evaluación del Siniestro, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los Documentos Sustentatorios señalados en el presente documento, y que se indicarán también en las Condiciones Particulares y/o Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios, hasta que se presente la documentación adicional correspondiente.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibida la documentación completa.

En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

ARTICULO N° 16: OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

(...)

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

16.2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en las Condiciones Particulares y/o Certificado.

(...)

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 16.2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

(...)

ARTICULO N° 18: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro, de acuerdo a ley. En caso de modificación normativa, se considerará el plazo legal





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

que se encuentre vigente a la fecha del siniestro. En el caso de la cobertura por riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTICULO N° 20: SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.

ARTICULO N° 21: MODIFICACION DE LA POLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 19° de las Condiciones Generales.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria.

Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

En los casos de cambios en la relación de la Red de Proveedores no se requerirá la comunicación previa al Contratante y/o autorización previa del Contratante, si el cambio es como consecuencia de:

- Cancelación del registro de IPRESS por parte de la SUSALUD.
- Suspensión de la autorización de funcionamiento de la IPRESS.
- Incumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato de servicios por parte de la IPRESS.
- Caso fortuito o fuerza mayor.

No obstante, en estos casos, la Compañía comunicará los cambios en la relación de la Red de Proveedores al Contratante, en un plazo no mayor de 7 (siete) días calendarios desde que la Compañía toma conocimiento de dichos cambios.

ARTÍCULO N° 28: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante y/o Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolver el contrato de seguro sin expresión de causa ni penalidad dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Póliza y/o Certificado o una nota de cobertura provisional, en los casos que el ofrecimiento del Contrato de Seguro se efectúe fuera de los locales comerciales de la Compañía o de quienes se encuentran autorizados a operar como corredores o de la oferta realizada a través de promotores de ventas. En estos casos, la Compañía quedará obligada a devolver la prima en caso ésta hubiera sido pagada.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante y/o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del presente Contrato.

ARTÍCULO N° 33: TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIAS

La Compañía no considerará como Preexistencias para efectos de las coberturas descritas en el presente documento, aquellas que se hayan generado o por la que el Asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aún cuando dicho beneficio hubiera tenido origen en una póliza de seguros de salud o asistencia médica diferente. Para dicho efecto, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía la existencia del seguro anterior, presentando la póliza de seguro, siendo de su cargo los costos que la presentación de dicho documento le genere.

En caso que el Asegurado de un Seguro Grupal, dejara de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con la Compañía.

