



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

Lima, 06 de setiembre de 2016

**OFICIO N° 33848-2016-SBS**

Señor  
Gerente General  
**BNP PARIBAS CARDIF COMPAÑÍA DE SEGUROS 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° 4790-2016 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

**CARLOS MELGAR ROMARIONI**  
Secretario General



epa

Expediente N° 2016-44737



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

Lima, 06 SFT. 2016

*Resolución S.B.S*

*N° 4790-2016*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTA:**

La solicitud presentada por BNP PARIBAS CARDIF S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas recibidas con fechas 15 de julio de 2016 y 24 de agosto de 2016, por la cual pide la modificación del producto "Oncológico Premium - Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° AE2086400049, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 6583-2014.

**CONSIDERANDO:**

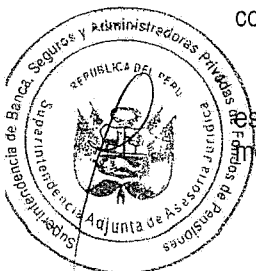
Que, mediante carta recibida con fecha 15 de julio de 2016, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Oncológico Premium - Soles y Dólares", registrado con Código SBS N° AE2086400049;

Que, a través de la Resolución SBS N° 6583-2014, esta Superintendencia aprobó las 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, a través de la Resolución SBS N° 192-2015, esta Superintendencia aprobó la modificación de las Condiciones Mínimas previamente aprobadas mediante Resolución SBS N° 6583-2014; en atención a la solicitud presentada por la Compañía mediante comunicación de fecha 3 de diciembre de 2014.

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, 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 notificada la incorporación del nuevo contenido del modelo de póliza en el Registro, las empresas no podrán comercializar el anterior modelo de pólizas;

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;





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Que, la presente resolución modifica los artículos octavo, décimo segundo, décimo quinto, décimo sexto y vigésimo primero del Condicionado General del producto "Oncológico Premium - Soles y Dólares", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 6583-2014 de fecha 3 de octubre de 2014 y modificadas por Resolución SBS N° 192-2015 de fecha 13 de enero de 2015;

En consecuencia, 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, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

## RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar la modificación de los artículos octavo, décimo segundo, décimo quinto, décimo sexto y vigésimo primero del Condicionado General del producto "Oncológico Premium - Soles y Dólares", cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 6583-2014 de fecha 3 de octubre de 2014 y modificadas por Resolución SBS N° 192-2015 de fecha 13 de enero de 2015, solicitadas por la Compañía; artículos que incorporados al producto consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo Segundo.-** La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Oncológico Premium - Soles y Dólares", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

**Artículo Tercero.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Oncológico Premium - Soles y Dólares" modificado, conjuntamente con las Resoluciones SBS N° 6583-2014, 192-2015 y la presente Resolución; 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 GUILLÉN RISA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

## ANEXO I

### CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAS

#### 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, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado 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 Salud.

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, Solicitud-Certificado y/o Certificado para el cobro al contado.

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, Solicitud-Certificado 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, 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 período 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, Solicitud-Certificado y/o Certificado. La Póliza, Solicitud-Certificado 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, Solicitud-Certificado 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, Solicitud-Certificado 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.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Sin perjuicio de lo expuesto, la Compañía podrá compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la Póliza respectiva, 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 el numeral 11.1 y 11.2 la Compañía procederá a devolver las primas pagadas sin intereses, 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 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.

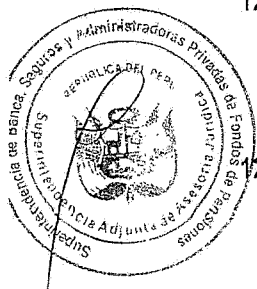
Desde el momento en que el Asegurado y/o Contratante incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y caducan automáticamente los que pudieran haberse generado. El Asegurado y/o Contratante, 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, Solicitud-Certificado 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.





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SÉGUROS Y AFP

República del Perú

- 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, Asegurado y/o Beneficiario 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 inexcusable.
- 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 período efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

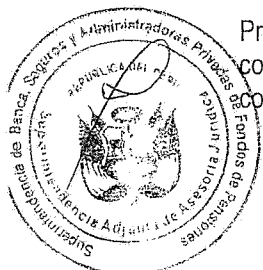
La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 12.5 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los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

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o 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

Producido el Siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicarlo a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y/o del Beneficio, cuando corresponda. El Siniestro podrá





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado 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 Particulares, Solicitud-Certificado 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, Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, y/o Solicitud-Certificado 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, Solicitud-Certificado y/o Certificado, salvo que la Compañía solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes.

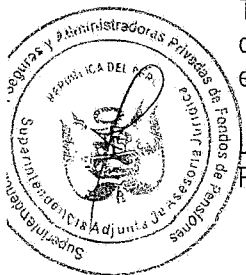
En caso de Siniestro se deberán presentar los Documentos Sustentatorios que se detallan a continuación:

- Formulario de Declaración de Siniestros debidamente llenado y firmado, el mismo que será proporcionado por la Compañía.
- Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio del Cáncer.
- Copia del informe Anatómico Patológico Histológico Positivo, debidamente firmado y sellados por el médico especialista en Anatomía Patológica.
- Copia del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia de la Historia(s) Clínica(s) del Asegurado, foliada y fedateada.

La Compañía coordinará con el Asegurado una entrevista personal, en caso se requiera para informar sobre el proceso de activación de su cobertura y entregar información de la Red de Proveedores de Salud. La Compañía, extenderá al Asegurado una Autorización de Atención y/o Carta de Garantía para el especialista o clínica de la Red de Proveedores de Salud, elegida por el Asegurado para su atención.

Toda atención será bajo la modalidad de crédito, es decir, el Asegurado no debe efectuar pago alguno de gastos cubiertos, ya que la Póliza no reconoce reembolsos, salvo para los casos específicamente establecidos en la Póliza.

La atención de Asegurados se realizará única y exclusivamente por médicos y clínicas de la Red de Proveedores de Salud. La Red de Proveedores de Salud se encontrará adicionalmente en la página





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

web de la Compañía, la cuál 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 del plazo señalado en el primer párrafo, 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 recibidos los Documentos Sustentatorios completos.

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 Y/O ASEGURADO (...)

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 Solicitud-Certificado 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.

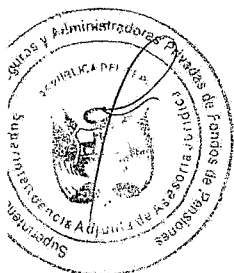
(...)

### ARTICULO N° 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







## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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, Solicitud-Certificado 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.

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, aun 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.

