

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué es el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas?

Es un Registro a cargo de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Superintendencia) que reúne los modelos de las condiciones generales, condiciones particulares, resumen, certificado de seguro, solicitud de seguro, en su caso, solicitud - certificado y condiciones especiales de las distintas pólizas de seguro que se comercializan en el mercado nacional. Dicha información es de libre acceso al público, a través de la página web de la Superintendencia.

Las compañías de seguros solamente pueden ofrecer o comercializar, en el mercado peruano, las pólizas de seguro cuyos modelos se encuentran incorporados en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas y que cuenten con su respectivo Código de Registro.

En el Registro también se inscriben las notas técnicas que sustentan las primas de seguro y sus respectivas reservas técnicas; no obstante, dicha información tiene carácter reservado, por ser propiedad intelectual de las empresas de seguros.

¿Cuál es la función de la Superintendencia en la inscripción de los modelos de pólizas de seguros en el Registro?

De acuerdo a la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros (Ley General), las compañías de seguros gozan de libertad para determinar las condiciones y tarifas de sus pólizas, en un régimen de libre competencia en el mercado de seguros, sujetándose a las disposiciones de la Ley General, Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias.

En materia de seguros personales, obligatorios y masivos la Superintendencia aprueba con anterioridad a su utilización, las condiciones mínimas dispuestas en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, lo cual constituye un requisito para el otorgamiento del Código de Registro (procedimiento de aprobación administrativa previa). El plazo máximo del procedimiento de aprobación de las condiciones mínimas y otorgamiento de código de registro es de 90 días hábiles contados desde el día siguiente del ingreso de la solicitud de registro.

En el caso de pólizas que no correspondan a seguros personales, obligatorios y masivos, la Superintendencia verifica la presentación de la documentación completa que requiere la normativa, cumplido lo cual otorga el Código de Registro en el plazo máximo de 15 días hábiles; quedando su contenido sujeto a una revisión administrativa posterior conforme a la regulación vigente.

Las normas que regulan los procedimientos de aprobación administrativa previa y de revisión administrativa posterior, así como el régimen legal aplicable a las pólizas de seguros, se encuentran establecidos en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado por la Resolución SBS N° 3199-2013 y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013. Dicho marco legal regula conceptos básicos, contenido mínimo, condiciones de transparencia y establece la presentación de documentos de carácter obligatorio, para la emisión de una póliza, como son la solicitud de seguro y el resumen de la póliza.

¿Qué es una póliza de seguro?

Una póliza de seguro es el 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. En ese sentido, está compuesto por las condiciones generales, condiciones particulares, resumen, solicitud de seguro, en su caso solicitud-certificado, condiciones especiales, cláusulas generales de contratación, endosos y documentos que contienen declaraciones efectuadas por el contratante o asegurado con ocasión de la contratación del seguro, como puede ser la declaración de salud. La Ley del Contrato de Seguro clasifica a los seguros en:

- **Seguros de Daños Patrimoniales:** garantiza al asegurado contra las consecuencias desfavorables de un evento dañoso que pueda atentar contra su patrimonio. El seguro de daños patrimoniales comprende el seguro de bienes y el seguro de responsabilidad civil.
- **Seguros de Personas:** recae sobre la vida del asegurado o de un tercero, o sobre la integridad psicofísica o la salud del asegurado.

A su vez las pólizas de seguro, según la modalidad de comercialización o características del seguro, pueden ser:

- **Individuales:** modalidad de seguro por la que el asegurado es persona única. En el caso de los seguros de personas, puede incluir al cónyuge o conviviente, dependientes u otros como asegurados y/o beneficiarios.
- **Grupales o Colectivos:** modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.
- **Microseguros:** seguro al que pueden tener acceso las personas de bajos ingresos y/o microempresarios para cubrir riesgos personales y/o patrimoniales, mediante pagos proporcionales de prima de acuerdo con los riesgos cubiertos por la póliza, bajo la modalidad de seguro individual o de grupo.

¿Qué información mínima debe contener la póliza de seguro emitida por las empresas de seguros?

Las pólizas deben 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.
- 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, sin conocer la existencia de otro anterior, implica la posibilidad que se solicite 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.
- l. Las demás condiciones particulares del contrato y anexos de la póliza.
- m. Otras que determine la Superintendencia.

En caso las compañías de seguros incumplan con incluir en la póliza la información mínima antes indicada, cualquier interpretación del contrato se efectuará a favor del asegurado.

¿Cuáles son las condiciones mínimas sujetas a aprobación por parte de la Superintendencia?

En las pólizas de seguros personales, obligatorios y masivos, las disposiciones legales requieren la aprobación administrativa previa de la Superintendencia, según las características de los productos, de las siguientes condiciones mínimas:

- 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 del Contrato de Seguro.
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencias conforme a la Ley del Contrato de Seguro 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 del Contrato de Seguro.
- 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 del Contrato de Seguro.
- 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 del Contrato de Seguro.
- 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 a los artículos 78 y 80 de la Ley del Contrato de Seguro.
- k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación.
- 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.

¿Cuáles son las estipulaciones o cláusulas abusivas que las empresas de seguros están prohibidas de incluir en las pólizas de seguro?

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

- a. Las que contravengan la Ley del Contrato de Seguro 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 o 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 del Contrato de Seguro, 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.

Las cláusulas abusivas arriba enunciadas son nulas de pleno derecho, por lo que se las tiene por no convenidas.

¿Qué información debe entregar la empresa aseguradora a los asegurados?

Una vez presentada la solicitud de seguro ante la compañía de seguros, comercializador o promotor de seguros, y de no mediar rechazo de ésta, la compañía se encuentra obligada a entregar la póliza de seguro o certificado de seguro, según se trate de un seguro individual o grupal respectivamente, en los siguientes términos:

- a. En el caso de seguros individuales, deberá entregar la póliza de seguro al contratante, dentro del plazo de quince (15) días. En caso se haya entregado la póliza al contratante, y el asegurado sea una persona distinta, este último 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, deberá 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 Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.
- c. Para los seguros masivos, considerando que se tratan de seguros estandarizados que no requieren de requisitos especiales de aseguramiento ni verificaciones previas, siendo suficiente la simple aceptación del contratante para el consentimiento del seguro, deberá considerarse lo siguiente:
 - Cuando se trate de un seguro individual, la compañía podrá incorporar a la solicitud de seguro las condiciones de la póliza para que sea entregada al contratante al momento de su contratación.
 - Cuando se trate de seguros de grupo o colectivos, la compañía o el comercializador deben entregar al asegurado la solicitud-certificado al momento de la contratación del seguro, indicando que el asegurado tiene derecho a acceder a la póliza de seguro correspondiente o a solicitar copia de ella.

A solicitud del contratante y/o asegurado, las compañías emitirán copia de la póliza correspondiente, debiendo entregarla en el plazo de 15 días.

Adicionalmente, las compañías deben 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, tales como los principales riesgos cubiertos, las principales exclusiones, las condiciones de acceso y límites de permanencia en los seguros personales, referencia al derecho de resolver el contrato sin expresión de causa, la referencia al procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro, lugar y forma de pago de la prima, medios habilitados por la empresa para presentar reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios, entre otros.

- d. Tratándose de microseguros, las pólizas simplificadas (para la modalidad de seguro individual) deben ser entregadas a los contratantes en el plazo máximo de 10 días contados desde la fecha en que la empresa o el comercializador recibe la solicitud de seguro, mientras que en el seguro de grupo o colectivo, la solicitud-certificado debe entregarse al momento de la contratación, con la indicación de que la copia de la póliza debe ser entregada en un plazo máximo de 15 días.

¿Cuáles son las obligaciones de la empresa aseguradora frente al contratante y/o asegurado, cuando el seguro se contrata a través de empresas del sistema financiero?

Las compañías de seguros 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 compañía es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- b. La compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra la empresa del sistema financiero; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- c. 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 compañía.

- d. Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, a la empresa del sistema financiero, se considerarán abonados a la compañía de seguros.

¿Qué es un endoso?

Es el 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.

¿Qué es un Microseguro?

El microseguro es el seguro al que pueden tener acceso las personas de bajos ingresos y/o microempresarios para cubrir riesgos personales y/o patrimoniales, mediante pagos proporcionales de prima de acuerdo con los riesgos cubiertos por la póliza, bajo la modalidad de seguro individual o de seguro de grupo o colectivo, y que cumple con las siguientes características:

- a) Es diseñado para responder a las necesidades de protección de las personas de bajos ingresos y/o microempresarios;
- b) Es comercializado por comercializadores cuyo público objetivo incluye a personas de bajos ingresos y/o microempresarios.
- c) La prima mensual no supera el dos por ciento (2%) de la remuneración mínima vital.

¿Qué información mínima debe contener un Microseguro?

El microseguro se puede contratar bajo la modalidad de seguro individual, mediante la entrega de la póliza simplificada, o la modalidad de seguro de grupo o colectivo, mediante la entrega de la póliza de seguro al contratante y una solicitud-certificado a los asegurados. Las pólizas mencionadas deben contener, como mínimo, la siguiente información:

- a. Identificación y domicilio de la compañía de seguros (incluyendo teléfono y correo electrónico o medio de contacto vía web de haberse habilitado uno).
- b. Identificación y domicilio del comercializador (incluyendo bancaseguros y las empresas emisoras de dinero electrónico), de ser el caso, y la comisión que percibe.
- c. Identificación y domicilio del corredor de seguros, de ser el caso, indicando el número del registro oficial del corredor de seguros y la comisión que percibe.
- d. Identificación y domicilio del contratante.
- e. Identificación del asegurado y fecha de nacimiento, cuando corresponda.
- f. Identificación de los beneficiarios del seguro, cuando corresponda.
- g. Fecha de emisión y vigencia de la póliza.
- h. Detalle de las coberturas y beneficios comprendidos en la póliza.
- i. Exclusiones mínimas y concordantes con las coberturas que otorga el microseguro.
- j. Deducible, franquicia, coaseguro o copago, cuando corresponda de acuerdo con las características de los riesgos cubiertos por el microseguro.
- k. Procedimiento a seguir e información que debe presentar el asegurado o el beneficiario para efectuar la solicitud de cobertura en caso de siniestro.
- l. Prima del seguro, que incluye la prima comercial e impuestos.
- m. Forma y plazo para el pago de la prima.
- n. Mecanismos habilitados para presentar consultas o reclamos.
- o. Otra que determine esta Superintendencia.

¿Cuáles son las obligaciones de la empresa aseguradora frente al asegurado, en el caso de microseguros?

Las condiciones de las pólizas de microseguro deben ser redactadas en lenguaje sencillo, debiendo establecer claramente los riesgos cubiertos, exclusiones y demás condiciones que generen derechos y obligaciones para los contratantes, asegurados y/o beneficiarios; de forma que permitan su comprensión, sin contener reenvíos a cláusulas y/o pactos no contenidos en las pólizas.

En las pólizas de microseguros no se deben incluir requisitos especiales de aseguramiento y/o verificaciones previas con relación a las personas o bienes asegurables, siendo suficiente, para la celebración del contrato de seguro, la suscripción por el contratante o el asegurado de la solicitud de seguro de la póliza simplificada o de la solicitud-certificado de microseguro tratándose de un seguro de grupo o colectivo, según corresponda.

Las empresas pueden contemplar como parte de las condiciones de la póliza de microseguro que el asegurado presente una declaración de salud, para los seguros con coberturas de salud o asistencia médica y para los seguros de vida con cobertura de muerte por causa natural. La declaración de salud debe señalar de manera precisa la información que la empresa requiere conocer sobre el riesgo asegurable, por lo que no se podrá considerar como causal del rechazo del siniestro, aspectos sobre los que no se solicitó informar al asegurado.