



FACULTAD DE DERECHO

**INFORME JURÍDICO DE EXPEDIENTE
ADMINISTRATIVO N° 413-2016/CC1**



**PRESENTADO POR
MARICRUZ CESINARIO SORIA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADA**

LIMA – PERÚ

2020



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
DERECHO

**INFORME JURÍDICO DE EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO PARA
OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADO**

MATERIA : **PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**

ENTIDAD PÚBLICA : **INDECOPI**

NÚMERO DE EXPEDIENTE : **413-2016/CC1**

DENUNCIANTE : **SOPHIA VIVIANA SAMANEZ SOSA
PIZARRO**

DENUNCIADO : **RÍMAC SEGUROS Y
REASEGUROS S.A.**

BACHILLER : **CESINARIO SORIA, MARICRUZ**

CÓDIGO : **2008210539**

LIMA – PERÚ

2020

CAPÍTULO I

RELACIÓN DE LOS HECHOS PRINCIPALES EXPUESTOS POR LAS PARTES INTERVINIENTES EN EL PROCEDIMIENTO

1.1 DENUNCIA

El 13 de abril de 2016 la señora **Sofía Viviana Samanez Sosa** interpuso denuncia ante la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI contra **Rímac Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.** por haber afectado sus derechos reconocidos en la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.

Señaló los siguientes fundamentos:

- Desde el año 2013 el señor Carlos Ildegard Nieves Boulanger, su cónyuge, era titular del Seguro de Vida Inversión – Vida Futuro Protegido 31332 (Póliza U-89838), perteneciente a Rímac Seguros. En dicho contrato se designó como beneficiario al Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank “hasta la suma que estuviere adeudando a la fecha del fallecimiento”; y, en caso existiera un remanente de la suma asegurada, serían beneficiarios también la denunciante, en calidad de cónyuge, por el 70%; así como, la señora Mariza Soledad Boulanger Serna, en su calidad de madre del contratante, por el 30%.
- El 20 de julio de 2014 su cónyuge falleció como consecuencia de un “sarcoma osteogénico” (cáncer de hueso también denominado osteosarcoma). Es por ello que el 23 de septiembre de dicho año solicitó a Rímac Seguros el pago de la indemnización, presentando la documentación requerida por esta última el día 3 de octubre de 2014.
- El 7 de noviembre de 2014, la compañía aseguradora invocando la aplicación del artículo 25° de las Condiciones Generales de la Póliza, le comunicó que ésta era nula debido a que advirtió que su cónyuge omitió informar sobre la enfermedad que en ese momento padecía, la cual originó su posterior fallecimiento.
- A pesar de lo señalado por la aseguradora, debe considerarse que su cónyuge al momento de contratar su seguro de vida no tenía conocimiento de la enfermedad que dio lugar a su fallecimiento; y que el siniestro quedó consentido debido a que la carta de rechazo fue remitida con fecha 7 de noviembre de 2014, a pesar de que el plazo que tenía para hacerlo había vencido el 5 de noviembre de 2014.

- El artículo 9° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, establece el plazo de treinta días para que las aseguradoras invoquen la nulidad de la póliza en caso se efectúen declaraciones inexactas o se incurra en reticencia al momento de contratar una póliza. Dicho plazo debe computarse desde la fecha en que la aseguradora toma conocimiento de la reticencia o declaración inexacta al momento de contratar la póliza.
- Era procedente su solicitud de pago de siniestro, presentada el 23 de septiembre de 2014 y complementada el 03 de octubre de 2014, con la presentación de la documentación requerida ya que según el artículo 332° de la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y de Seguros, Rímac Seguros contaba únicamente con treinta días, desde la fecha en que recibió de parte de la beneficiaria toda la documentación requerida en la póliza, para el pago o en su defecto el rechazo del siniestro.
- Como consecuencia de lo anteriormente señalado, se entiende que el siniestro había sido consentido, razón por la cual la aseguradora denunciada se encontraba impedida de rechazar el mismo; por lo que debía cumplir con pagar el siniestro de acuerdo a la cobertura establecida en la póliza.

La señora Samanez Sosa solicitó a la Comisión que ordene a Rímac Seguros:

- La cobertura del seguro de vida de su cónyuge, en calidad de medida correctiva.
- El pago de las costas y costos del procedimiento.

Amparó jurídicamente su denuncia en las siguientes normas

- Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguros: artículo 9°.
- Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la SBS: artículo 332°.

Presentó como medios probatorios

- Carta notarial de fecha 07 de octubre de 2014 suscrita por la señora Sarah Calderón Zapata de Farías, identificada con DNI 03882280, a través de la cual se le informa a Rímac Seguros de las supuestas declaraciones inexactas por parte del asegurado o el haber incurrido en reticencia al momento de contratar el seguro.

- Carta de rechazo de fecha 07 de noviembre de 2014, a través de la cual Rímac Seguros informa fehacientemente que el siniestro se encuentra excluido de la cobertura por haber invocado la nulidad a que se refiere el artículo 25° del Condicionado General de la Póliza.
- Primera solicitud de atención de siniestros de vida de fecha 23 de setiembre de 2014, remitida por la beneficiaria denunciante.
- Carta de fecha 30 de setiembre de 2014 remitida por Rímac Seguros a través de la cual le requieren la presentación de documentos para proceder con el pago de la indemnización consignada en la póliza.
- Segunda solicitud de atención de siniestros de vida de fecha 03 de octubre de 2014, a través de la cual la denunciante cumple con presentar toda la documentación requerida por Rímac Seguros para el pago del siniestro.

1.2 ADMISIÓN A TRÁMITE DE LA DENUNCIA Y FORMULACIÓN DE CARGOS

El 2 de junio de 2016 la Secretaría Técnica de la Comisión de la Protección al Consumidor N° 1, mediante Resolución N° 1, admitió a trámite la denuncia interpuesta por la señora Samanez Sosa formulando como cargo contra Rímac Seguros el haberse negado injustificadamente a otorgar a la denunciante la cobertura del seguro de vida de su cónyuge, lo cual constituiría una presunta infracción a los artículos 18° y 19° del Código del Consumidor. Asimismo, dispuso correr traslado de la denuncia a la empresa aseguradora para que presente sus descargos.

1.3 DESCARGOS

El 8 de agosto de 2016 Rímac Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., representada por Francisco Eduardo Flores Janampa, se apersonó al procedimiento administrativo y presentó sus descargos. Señaló los siguientes fundamentos:

- Previamente a la contratación del seguro, el cónyuge de la denunciante tenía conocimiento de que se le había identificado una “lesión ósea paraosteal derecha de estirpe condral localizada a nivel de la región diafisometafisaria proximal del húmero derecho”, siendo que falleció a consecuencia de “sarcoma osteogénico”. Dicho antecedente patológico no fue declarado al momento de la contratación del seguro ya que se consignó que no recibía tratamiento

médico, no consumía medicinas ni tenía conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión.

- La buena fe constituye un requisito indispensable para la celebración del contrato de seguro, en la medida que es la que obliga a las partes a actuar con honestidad. Así pues, el asegurado está obligado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, esto con la finalidad de que la compañía pueda decidir sobre su aceptación y con ello proceder a aplicar la prima que corresponda.
- En el presente caso, tratándose de un seguro en el que la cobertura se activaba con el fallecimiento o la invalidez del asegurado, la información sobre el estado de salud de este último era una condición esencial para que se efectuara la contratación, toda vez que esta influía sustancialmente en la estimación del riesgo y en la configuración de un interés asegurable legítimo.
- El documento mediante el cual Rímac Seguros conoce la reticencia y/o declaración inexacta dolosa es puesto en conocimiento por la madre del asegurado mediante carta de fecha 07 de octubre de 2014, por lo que contaba con treinta días para fijar su posición, lo cual ocurrió mediante comunicación notarial de fecha 07 de noviembre, es decir, dentro del plazo legal, ya que no se debía considerar que el día 08 de octubre fue feriado y como tal, no debía ser considerado como día hábil a efectos de contabilizar el plazo de treinta días.
- En el presente caso no se había constituido un supuesto de “siniestro consentido” como erróneamente sostiene la parte de la denunciante, puesto que en el contrato se presentaba un vicio de nulidad, el cual no podía ser convalidado por el silencio o por la demora de la aseguradora en pronunciarse sobre el pedido de cobertura.
- Dichas declaraciones al ser inexactas no permitieron evaluar adecuadamente el riesgo asumido por la compañía aseguradora, por lo que el contrato de seguro es nulo, conforme a lo establecido en el artículo 25° de las Condiciones Generales de la Póliza.
- No debía ordenársele una medida correctiva, en tanto no había incurrido en conducta infractora alguna.

Amparó jurídicamente sus descargos en el artículo V.5 del Título Preliminar del Código del Consumidor (principio de Buena fe).

Presentó los siguientes medios probatorios:

- Copia de la Póliza de Vida.
- Copia de los folios de la historia clínica.
- Copia del endoso a favor del Banco Interbank.
- Copia de la carta de fecha 07 de octubre presentada por la Sra. Sarah Calderón Zapata.
- Copia de la carta SV.2014/1660 de fecha 25 de octubre de 2014.

1.4 ESCRITOS ADICIONALES

El 8 de noviembre de 2016 la señora Samanez Sosa presentó un escrito en que cuestionó los descargos formulados por Rímac Seguros, basándose en que el rechazo del siniestro fue realizado de forma extemporánea.

Dicho escrito fue contestado por la aseguradora denunciada, el 12 de enero de 2017, quien además cuestionó la legitimidad para obrar de la denunciante, por lo que a su entender la denuncia tenía que ser declarada improcedente.

1.5 RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN

El 13 de enero de 2017, mediante Resolución N° 0071-2017/CC1, la Comisión de Protección al Consumidor N° 1, declaró:

- Desestimar la excepción planteada por la denunciada, respecto a la Sosa.
- Infundada la denuncia contra la Rímac Seguros por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código del Consumidor.
- Denegar las medidas correctivas, así como el reembolso de las costas y costos del procedimiento.

Los fundamentos de dicha resolución fueron los siguientes:

- La denunciante poseía la calidad de beneficiaria de su cónyuge, por lo que no carecía de legitimidad para cuestionar una presunta infracción contra Rímac Seguros, en tanto los efectos de su decisión le eran atribuibles en calidad de cónyuge del asegurado.
- El cónyuge de la señora Samanez Sosa padecía de una lesión ósea, cuya condición de salud no fue puesta en conocimiento de Rímac Seguros al momento de la suscripción del contrato de seguro (12 de julio de 2013), siendo precisamente esta una patología significativa que contribuyó a su fallecimiento.
- La declaración inexacta acarreaba la nulidad absoluta (de pleno derecho) del contrato de seguro, por lo que para poder analizar el consentimiento de la cobertura solicitada era necesario, previamente, verificar la validez del acto jurídico (contrato de seguro).
- El cónyuge de la señora Samanez Sosa realizó una declaración inexacta sobre su estado de salud que no fue puesta en conocimiento de Rímac Seguros, por lo que vulneró el principio de la buena fe contractual, más aún cuando para la contratación de un seguro se necesitaba como característica esencial la información adecuada y cierta para que la compañía aseguradora pueda evaluar el riesgo del interés asegurable.

1.6 RECURSO DE APELACIÓN

El 30 de enero de 2017, no conforme con lo resuelto por la Comisión de Protección al Consumidor N° 1, la señora Samanez Sosa interpuso recurso de apelación contra la Resolución N° 0071-2017/CC1, para lo cual reiteró lo expuesto en su escrito de denuncia. Además señaló los siguientes fundamentos:

- Si bien es cierto que en caso de reticencia o declaración inexacta, la póliza deviene en nula de pleno derecho; es también cierto que la invocación de dicha nulidad debe seguir el procedimiento establecido en el artículo 9° de la Ley de Contrato de Seguros.
- El artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguros está referido explícitamente al plazo con el que cuenta toda la aseguradora a nivel nacional para invocar la nulidad de la póliza en caso reticencia o declaración inexacta dolosa por parte del asegurado.

- De lo señalado se evidenciaba que el legislador había optado por imponer ciertas cargas a las compañías de seguros cuando consideren ejercer su derecho de invocar la nulidad de la póliza en perjuicio de un asegurado. Esta carga consistía en un procedimiento establecido clara y expresamente en el artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguros, el cual solo debería observarse en caso de reticencia y/o declaración inexacta dolosa o que revista culpa inexcusable del asegurado.
- Si la compañía de seguros había inobservado el procedimiento establecido en el artículo 9° de la ley para invocar la nulidad de la póliza por reticencia o declaración inexacta dolosa, y se había excedido en su pronunciamiento desde que conoció de la reticencia y/o declaración inexacta, entonces no podía invocar la nulidad de la póliza porque ello implicaría ir contra lo establecido y regulado en la misma Ley del Contrato de Seguros.

Dicho recurso fue concedido por la Secretaría Técnica de la Comisión mediante Resolución N° del 9 de febrero de 2017.

1.7 RESOLUCIÓN DE LA SALA

El 9 de agosto de 2017 la Sala Especializada en Protección al Consumidor, mediante Resolución N° 2424-2017/SPC-INDECOPI, declaró:

- Revocar la resolución apelada y, reformándola, declarar fundada la denuncia formulada por la señora Samanez Sosa por infracción al deber de idoneidad.
- Ordenar a Rímac Seguros en calidad de medida correctiva que, dentro del plazo de diez días hábiles contados a partir del día siguiente de notificada la presente resolución, cumpla con brindar la cobertura del siniestro relativo al seguro de vida contratado por el señor Carlos Ildegard Nieves Boulanger, de acuerdo a las condiciones pactadas en la póliza.
- Sancionar a Rímac Seguros con una multa de cinco UIT, por la conducta infractora detectada.
- Condenar a Rímac Seguros al pago de las costas y costos del procedimiento a favor de la denunciante.
- Disponer la inscripción de Rímac Seguros en el Registro de Infracciones y Sanciones del INDECOPI.

Los fundamentos de dicha resolución fueron los siguientes:

- Respecto a las reglas para el cómputo del plazo el artículo 183° del Código Civil dispone que “El plazo se computa de acuerdo al calendario gregoriano, conforme a las siguientes reglas: 1.- El plazo señalado por días se computa por días naturales, salvo que la ley o el acto jurídico establezcan que se haga por días hábiles. (...)”. Dicha norma también señala que, salvo disposición distinta producto de un acuerdo entre las partes que celebran el acto o una disposición legal a través de la cual se establezcan reglas particulares, los plazos se computan en función a días hábiles.
- Rímac Seguros requirió información que era exigida en la póliza como requisito para el pago de los beneficios, la misma que fue finalmente presentada por la señora Samanez Sosa el 3 de octubre de 2014, era lógico concluir que -como se completó con toda la documentación exigida en la póliza para hacer efectivo el pago del siniestro, ya que no se le requirió instrumentos adicionales- el plazo anteriormente señalado debió ser contabilizado desde esta última fecha (al haber sido la oportunidad en la que la interesada presentó lo solicitado ante la compañía de seguros).
- La misiva SV.2014/1660 del 7 de noviembre de 2014 mediante la cual se deniega la solicitud de cobertura, permite corroborar de manera fehaciente que la compañía de seguros superó el periodo previsto normativamente; por lo que, en aplicación de lo regulado, correspondía considerar que el siniestro quedó consentido y, en consecuencia, que la aseguradora se encontraba obligada a brindar la cobertura a la solicitante siendo injustificada cualquier negativa a conceder ello.
- El Informe N° 32757 del 2 de marzo de 2013, emitido por Resonancia Médica S.R.LTDA (Resocentro), no contenía un diagnóstico certero y pormenorizado efectuado al asegurado, sino que entre sus conclusiones presuntivas indicó únicamente la existencia de una lesión ósea, lo cual no podía considerarse como determinante para asumir que el cliente supiera que padecía de alguna enfermedad o lesión, ni que haya sido sometido a un tratamiento, con anterioridad a la adquisición del seguro de vida y que ello devino en su muerte.

CAPÍTULO II

IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS DEL EXPEDIENTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS

De acuerdo a los hechos más importantes que tuvieron lugar durante el procedimiento administrativo materia del presente Informe, se desprenden los siguientes problemas jurídicos:

1.1 ¿Tenía legitimidad para obrar activa de la señora Samanez Sosa?

Mediante escrito de fecha 12 de enero de 2017, Rímac Seguros cuestionó la legitimidad para obrar activa de la denunciante por cuanto consideró que los derechos de indemnización que se derivarían de la póliza iban a ser destinados a favor del Banco Interbank. Dicha excepción planteada por la denunciada fue desestimada por la Comisión. En consecuencia, ante la existencia de fundamentos opuestos, corresponde analizar si la denunciante tenía legitimidad para obrar activa.

1.2 ¿El contrato de seguros celebrado entre la aseguradora denunciada y el cónyuge de la denunciante presentaba vicio de nulidad?

En sus descargos, Rímac Seguros señaló que el cónyuge de la señora Samanez Sosa tenía conocimiento, con anterioridad a la contratación del seguro, de que se le había diagnosticado que padecía de una enfermedad, siendo que dicho antecedente no fue informado en la Declaración Personal de Salud. Esto último originó que no pueda evaluarse adecuadamente el riesgo asumido, por lo que el contrato de seguro devenía en nulo conforme al artículo 25° de las Condiciones Generales de la Póliza. Sobre ello, la Comisión y la Sala tuvieron conclusiones opuestas; por lo tanto, corresponde evaluar si el contrato incurría en nulidad.

1.3 ¿Incurrió Rímac Seguros en infracción al deber de idoneidad al negarse injustificadamente a otorgar a la denunciante la cobertura del seguro de vida?

Rímac Seguros basó su negativa a brindar la cobertura en la omisión de información al momento de celebrarse el contrato de seguros. Por su

parte, la denunciante señaló que dicho rechazo fue comunicado una vez ya vencido el plazo establecido por ley. En consecuencia, corresponde determinar si, en el presente caso, el rechazo por parte de Rímac Seguros fue justificado o no, y por lo tanto si infringió el deber de idoneidad.

2. DESARROLLO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS

2.1 ¿Tenía legitimidad para obrar activa de la señora Samanez?

La relación de consumo, entendida como aquella por la cual un consumidor adquiere un producto o contrata un servicio con un proveedor a cambio de una contraprestación económica, constituye aquel supuesto que, como regla general, determina la aplicación del Código de Consumidor. Es así que respecto a dicha relación, el numeral 1) del artículo III del Título Preliminar de dicha norma señala: “El presente Código protege al consumidor, se encuentre directa o indirectamente expuesto o comprendido por una relación de consumo o en una etapa preliminar a ésta”.

De dicha disposición se desprende que el Código del Consumidor no solo se aplica para aquellos consumidores que están comprendidos directamente en una relación de consumo, es decir, a aquellos que suscriben un contrato con el proveedor, sino que también se aplica, y por ende protege, a aquellos comprendidos indirectamente, es decir, a aquellos que no habiendo suscrito el contrato, son destinatarios de los efectos jurídicos de este último.

Al respecto, sobre los componentes de la relación de consumo, Durand (2007) señala lo siguiente:

“Esta premisa se encuentra regulada por la concurrencia de tres componentes que están íntimamente ligados y cuyo análisis debe configurarse de manera integral; puesto que la ausencia de uno de los dichos componentes determinará que no nos encontremos frente a una relación de consumo. Dichos componentes son los siguientes: (1) un consumidor o usuario destinatario final, (2) un proveedor; y, (3) un producto o servicio materia de una transacción comercial”. (Pág. 224)

Por otra parte, el numeral 1.1) del artículo IV del Título Preliminar del Código del Consumidor define al consumidor de la siguiente forma: “Las personas naturales o jurídicas que adquieren, utilizan o disfrutan como destinatarios finales productos o servicios materiales e inmateriales, en beneficio propio o de su grupo familiar o social, actuando así en un ámbito ajeno a una actividad empresarial o

profesional. No se considera consumidor para efectos de este Código a quien adquiere, utiliza o disfruta de un producto o servicio normalmente destinado para los fines de su actividad como proveedor”.

De dicha definición se puede desprender que no solamente aquel que adquiere o contrata un producto o servicio sino también aquel que lo utiliza o disfruta. Por lo tanto, estamos ante una definición amplia sobre el consumidor protegido por nuestra legislación. Al respecto, sobre la relevancia de determinar la calidad de consumidor, la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI ha señalado que, “La calidad de consumidor final constituye una condición de procedencia de las denuncias que se presenten ante la Comisión, pues esta sólo será competente para avocarse a conocer las infracciones cometidas en perjuicio del destinatario final de un bien o servicio, siendo necesario determinar tal condición preliminarmente”. Expediente N° 3432-2010/CPC. Resolución N° 3591-2012/SPC-INDECOPI. Lima, 11 de diciembre de 2012

Respecto a la tutela que brinda el Código a quien califica como consumidor, el mencionado colegiado ha señalado también: “La aplicación de una noción amplia de consumidor se justifica en la finalidad última de los procedimientos sancionadores en esta materia: cautelar el interés colectivo de los consumidores a través de la evaluación de pretensiones de naturaleza individual. Esto último opera como un mecanismo mediante el cual la autoridad administrativa puede identificar la actuación de los proveedores en el mercado y, de ser el caso, sancionar las infracciones al Código para disuadir o prevenir dichas conductas”. (Expediente N° 254-2012/CPC-INDECOPI-PIU, Fundamento 14 Resolución N° 342-2014/SPC-INDECOPI, 30 de enero de 2014).

En el ámbito de seguros de responsabilidad civil, se advierte que éstos constituyen un instrumento de protección y tutela no solamente del asegurado, es decir de quién lo contrata, sino también de terceros beneficiarios. En consecuencia, se puede concluir que en el caso de seguros en los que se hubiera contemplado una cobertura por responsabilidad civil frente a terceros, estos últimos califican como consumidores, pues disfrutarían como destinatarios finales el servicio contratado originalmente por el tomador con la compañía de seguros correspondiente y, por tanto, se encuentran indirectamente comprendidos en una relación de consumo. En este sentido, se debe considerar que, si bien el tomador fue quien contrató el seguro, es el tercero quien en última instancia recibe la indemnización.

En el presente caso, la aseguradora denunciada, posterior a la presentación de sus descargos, cuestionó la legitimidad para obrar de la denunciante, considerando que no tenía la calidad de beneficiaria del seguro contratado, sino el Banco Interbank.

Es necesario considerar, que la legitimidad para obrar puede ser definida como la identidad que debe existir entre las partes de una relación jurídica material y las partes de la relación jurídica procesal, es decir, el titular del derecho según la ley deberá ser el accionante y el titular de la obligación deberá ser el emplazado; por lo tanto, existirá legitimidad para obrar cuando las partes, es decir, los conformantes de una relación material en posición activa o pasiva son las mismas de la relación procesal o procedimental. Se trata, entonces, de la posición habilitante para ser parte en el proceso. Cuando ésta le corresponde al accionante (en esta caso, la señora Samanez Sosa en su calidad de denunciante) para poder plantear determinada pretensión se denomina legitimidad para obrar activa. Cuando se le exige al emplazado para que la pretensión en el proceso pueda plantearse válidamente contra él, hablamos de la legitimidad para obrar pasiva (Rímac Seguros como denunciado).

Ahora bien, respecto a la excepción de falta de legitimidad para obrar, (Hurtado 2014, Pág. 712) señala que "(...) esta excepción procesal se propone teniendo en cuenta la pretensión procesal postulada en la demanda, así, tendremos que el actor postula una pretensión y el demandado al excepcionar considera que se trata de una pretensión diferente"

Para determinar si se debía amparar la excepción invocada por Rímac Seguros, se debe tener en cuenta que, el señor Nieves Boulanger, cónyuge de la denunciante, al contratar el seguro estableció que haya beneficiarios en caso de que falleciera, de acuerdo con lo señalado líneas arriba, al ser la denunciante uno de ellos calificaría como consumidor indirectamente comprendida en una relación de consumo con Rímac Seguros, por lo que le era aplicable las disposiciones del Código del Consumidor, teniendo por lo tanto legitimidad para obrar activa.

De la información que obra en el expediente se observa, en las Condiciones Particulares del seguro de vida, que el cónyuge de la señora Samanez Sosa estableció como beneficiario al Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank; sin embargo, ello fue únicamente hasta la suma que estuviere adeudando a la fecha de su fallecimiento, siendo que en caso de existir un remanente, los

beneficiarios serían la denunciante, en su calidad de cónyuge, y la madre del asegurado.

En consecuencia, la señora Samanez Sosa tenía la calidad de beneficiaria de su cónyuge, por lo que no carecía de legitimidad para cuestionar una presunta infracción contra Rímac Seguros.

2.2 ¿El contrato de seguros celebrado entre la aseguradora denunciada y el cónyuge de la denunciante presentaba vicio de nulidad?

La Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro, define a este contrato como: “El contrato de seguro es aquel por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar dentro de los límites pactados el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas”; mientras que Cavero-Egúsquiza (2008) lo como:

“(…) un contrato bilateral; lo es porque supone obligaciones recíprocas para el asegurado y el asegurador. De él nacen obligaciones para ambas partes. Dichas obligaciones, si bien son diferentes, ya sea que se trate del asegurado o del asegurador, deben existir desde el momento del nacimiento del contrato. Cuando nace el contrato de seguros se debe pagar la prima y el asegurador debe cubrir el riesgo”. (Pág. 1075)

Rímac Seguros señaló que el cónyuge de la señora Samanez Sosa tenía conocimiento, con anterioridad a la contratación del seguro, de que se le había identificado una lesión expansiva, antecedente que no fue informado en la Declaración Personal de Salud, lo que implicó que no pueda evaluarse adecuadamente el riesgo asumido, por lo que el contrato de seguro devenía en nulo conforme al artículo 25° de las Condiciones Generales del Seguro de Vida Inversión – Vida Futuro Protegido 31332 (Póliza U-89838), el cual señala lo siguiente:

“Nulidad del contrato

a) La Póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin valor legal alguno, en los siguientes casos: (...)

(2) Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, relativa al estado de salud, edad,

ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO o de hechos o circunstancias, aún de buena fe, que hubieran podido influir en la estimación de la prima, en la aceptación del riesgo o en la celebración de este contrato.

La nulidad constituye una sanción que nuestro ordenamiento impone al acto jurídico que presenta irregularidades. Esta sanción puede determinar que dicho acto no produzca las consecuencias jurídicas a las cuales está dirigido (lo que significa que es ineficaz) o, que dicho acto jurídico produzca las consecuencias a las cuales está dirigido, pero éstas pueden ser destruidas. De esta manera, los supuestos que regula nuestro Código Civil por el que un acto jurídico es nulo están regulados en el artículo 219¹.

Por otra parte, debe considerarse que uno de los principios aplicables al contrato de seguros es el de Máxima buena fe, por el cual las partes del contrato deben actuar con la máxima transparencia y veracidad posible en el cumplimiento de sus obligaciones. Según el artículo II del Título I de dicha norma², uno de los principios que rige dicho contrato es el de máxima buena fe, de esta forma, Laguado (2003) señala:

El contrato de seguro es según la doctrina, un contrato de buena fe. Quiere esto decir, interpretando una opinión de la Corte Constitucional, que en este contrato, desde su inicio, y especialmente durante su ejecución se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas (Pág. 248).

Ahora bien, dentro de una relación de consumo en materia de seguros, se entiende que la principal obligación a cargo de la compañía de seguros consiste en cumplir con el pago de la indemnización convenida,

¹ **Código Civil. Artículo 219.**- El acto jurídico es nulo:

- 1.- Cuando falta la manifestación de voluntad del agente.
- 2.- Cuando se haya practicado por persona absolutamente incapaz, salvo lo dispuesto en el artículo 1358.
- 3.- Cuando su objeto es física o jurídicamente imposible o cuando sea indeterminable.
- 4.- Cuando su fin sea ilícito.
- 5.- Cuando adolezca de simulación absoluta.
- 6.- Cuando no revista la forma prescrita bajo sanción de nulidad.
- 7.- Cuando la ley lo declara nulo.
- 8.- En el caso del artículo V del Título Preliminar, salvo que la ley establezca sanción diversa.

² **Ley N° 29946**

Artículo II. El contrato de seguro se rige por los siguientes principios: a) Máxima buena fe. b) Indemnización. c) Mutualidad. d) Interés asegurable. e) Causa adecuada. f) Las estipulaciones insertas en la póliza se interpretan, en caso de duda, a favor del asegurado

una vez que se acredite la ocurrencia del siniestro, siempre que dicha ocurrencia pueda subsumirse dentro de los riesgos cubiertos por el contrato de seguro y no concurra ninguna causal de exclusión de la cobertura contratada. Para evaluar esto último se tienen que recurrir tanto a la dispuesto por la Ley del Contrato de Seguros (garantía legal) y por la póliza (garantía expresa). En este sentido debe considerarse:

- El artículo 8° la Ley del Contrato de Seguro, de dicha norma prevé que: “La reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el contratante y/o asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado”.
- El artículo 9° de dicha norma prevé: “El asegurador dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar la nulidad en base a la reticencia y/o declaración inexacta a que se refiere el artículo anterior, plazo que debe computarse desde que el asegurador conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento del asegurador debe ser notificado por medio fehaciente”.

Finalmente, el artículo 25° de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, materia de la presente denuncia, establece que, “ La Póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin valor legal alguno, en los siguientes casos: (...) (2) Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO o de hechos o circunstancias, aún de buena fe, que hubieran podido influir en la estimación de la prima, en la aceptación del riesgo o en la celebración de este contrato

Se advierte que la Ley del Contrato de Seguro establece que la reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el contratante y/o asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato si media dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado. Asimismo, establece que el plazo para que la compañía pueda invocar la reticencia es de treinta días desde que asegurador conoce de la misma. Según Ifran (2006):

Se configura reticencia cuando el asegurado incumple su deber de ser exacto en sus declaraciones (falsa declaración) o de informar todas las circunstancias por él conocidas, por omisión u ocultamiento, por negligencia o incorrecta apreciación de que resultaban indiferentes (reticencia propiamente dicha). (Pág. 126)

Se entiende, por lo tanto, que es de suma importancia que el asegurado informe cabalmente a la aseguradora de todas aquellas circunstancias que son de su conocimiento y que podrían influir en la determinación del riesgo, a fin de que la aseguradora pueda, en cierta forma, representarse realmente cuál es el grado de riesgo que está asegurando.

De lo señalado, se desprende que la póliza será nula si el asegurado incurre en una declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación sobre su estado de salud, edad, ocupación, y/o cualquier otra circunstancia que pudiese influir en la estimación de la prima, aceptación del riesgo o la celebración del contrato de seguro.

En el presente caso, la Comisión en su resolución final concluye que, de la revisión de los siguientes medios probatorios: el Informe 327547 de Resocentro respecto al cónyuge de la señora Samanez Sosa, la Declaración Personal de Salud de este último y el certificado de defunción, se observaba que el cónyuge de la denunciante informó que no tenía conocimiento de alguna enfermedad a pesar de que con anterioridad a la contratación del seguro, el Informe 327547 consignó como conclusión que él padecía de una lesión ósea expansiva la cual, de acuerdo a lo suscrito en el certificado de defunción, contribuyó al fallecimiento; por lo que en aplicación del artículo 25° de las Condiciones generales de la Póliza, el mencionado contrato incurría en nulidad.

Es pertinente señalar que la Comisión considero que la nulidad que adolecía el contrato era absoluta, por lo que no era materia de análisis el plazo en que Rímac Seguros rechazó la indemnización solicitada, es decir, si se produjo o no el consentimiento. Para ello la Comisión tuvo en cuenta el criterio aplicado en un proceso contencioso administrativo según el cual: "(...) si bien el artículo 332° de la Ley General del Sistema financiero y del Sistema de Seguros establece que el siniestro queda consentido cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro, debe entenderse que el siniestro consentido opera solamente en aquellos casos donde exista un contrato de seguro válido y existente, es decir, cuando el contrato de

seguro no esté incurso en las causales de nulidad previstos en el artículo 376° del Código de Comercio; por lo que no resulta procedente oponer la figura del siniestro consentido ante un supuesto de nulidad de contrato de seguro (...). (Expediente Judicial 3361-2014-0-1801-JR-CA-25 Fundamento décimo tercero)³.

En segunda instancia, la Sala consideró que antes debía analizarse si el siniestro había quedado consentido a la luz de lo establecido en el artículo 74° de la Ley del Contrato de Seguros, según el cual, el siniestro queda consentido cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no superara los treinta días contados, desde la oportunidad en que se debió completar toda la documentación exigida en la póliza para hacer efectivo el pago del siniestro.. Para ello tuvo en cuenta que el 3 de octubre de 2014, con el documento presentado por la señora Samanez Sosa, se completó la documentación exigida en la póliza para hacer efectivo el pago del siniestro (al no requerirse instrumentos adicionales) por lo que al 7 de noviembre de 2014, fecha en que se remite a la denunciante la misiva SV.2014/1660 mediante la cual se deniega la solicitud de cobertura, el siniestro había quedado consentido al superarse el plazo establecido por la ley (treinta días)⁴.

Independientemente de lo señalado, debe considerarse que la carta notarial de fecha 7 de octubre de 2014 (la cual alude al Informe N° 32757) no corrobora plenamente la alegada falsedad de la información, ya que incorpora las declaraciones de la madre del asegurado sin contar con respaldo probatorio idóneo alguno para sustentarlas. Asimismo, el Informe N° 32757 no contenía un diagnóstico certero y pormenorizado efectuado al asegurado que fuese determinante para asumir que el cónyuge de la denunciante conocía que padecía de alguna enfermedad o lesión con anterioridad a la adquisición del seguro de vida⁵.

Lo afirmado guarda correspondencia con el criterio aplicado por la Sala en caso posterior, según el cual: “De acuerdo a la Ley del Contrato de Seguro una enfermedad preexistente es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el

³ Anterior a la vigencia de la Ley del Contrato de Seguro se aplicaban algunos artículos del Código de Comercio.

⁴ Para la Sala dicho plazo debía entenderse como expresado en días naturales o calendarios, en aplicación del artículo 183° del Código Civil según el cual, “El plazo se computa de acuerdo al calendario gregoriano, conforme a las siguientes reglas: 1.- El plazo señalado por días se computa por días naturales, salvo que la ley o el acto jurídico establezcan que se haga por días hábiles. (...)”.

⁵ El artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguros dispone que, “Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud”.

momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. Considerando dicha definición, en un caso donde se denegó la cobertura de un seguro de desgravamen pues el fallecimiento del titular se debió a una enfermedad preexistente a la contratación del seguro (melanoma maligno), la Sala verificó que el titular fue sometido a una intervención quirúrgica y por 7 años se emitieron informes que no daban cuenta de neoplasia, siendo que solo de manera posterior a la contratación del seguro se presentó nuevamente el cáncer. Por tanto, determinó que no existió preexistencia conforme a la definición legal, pues la enfermedad estaba resuelta antes de contratar seguro”. (Expediente N° 74-2017/CPC-INDECOPI-JUN, Fundamento 30)⁶.

En consecuencia, al no haberse acreditado plenamente que se brindó información inexacta al momento de contratar o que el asegurado tenía conocimiento de la existencia de una enfermedad preexistente, se concluye que la póliza no era nula.

2.3 ¿Incurrió en infracción al deber de idoneidad Rímac Seguros al negarse injustificadamente a otorgar a la denunciante la cobertura del seguro de vida?

El artículo 19° del Código del Consumidor establece un supuesto de responsabilidad administrativa sobre los proveedores, según el cual estos últimos deben responder por la idoneidad de los productos o servicios que ofrecen en el mercado, entendiéndose como idoneidad a la correspondencia entre lo que un consumidor espera y efectivamente recibe, según lo dispuesto por el artículo de dicha norma. Es así que Baca (2013), sobre dicha definición comenta:

“La idoneidad se define como la correspondencia entre lo que el consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función de lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida o las características y naturaleza del producto, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso” (Pág. 36)

Las expectativas del consumidor pueden ser determinadas en función a la naturaleza de un producto o servicio, a las disposiciones establecidas contractualmente por el proveedor o a lo establecido por una norma imperativa; esto último es lo que ha dado lugar a que el Código del

⁶ El criterio señalado por la Sala se basa en lo establecido por el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, según el cual: “(...) Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud”.

Consumidor en su artículo 20° haya incluido tres tipos de garantía: la implícita, la expresa y la legal, respectivamente. Como ya se señaló, si el proveedor no cumple con dichas expectativas, se hace susceptible de responsabilidad administrativa. En este sentido Alonzo (2010) afirma que:

El deber de idoneidad establece un supuesto de responsabilidad administrativa objetiva, conforme al cual los proveedores son responsables por la calidad e idoneidad de los servicios que ofrecen en el mercado. Esto quiere decir que no resulta posible discutir si las conductas de los agentes del mercado se realizaron intencional o casualmente, pues sobre la base de dicha normativa la Administración solo se encarga de verificar si se cumplió o no con el deber legal establecido. (Pág. 335)

Teniendo en cuenta lo señalado, se advierte que Rímac Seguros una vez que tuvo conocimiento de la solicitud de la denunciante y que esta última presentó la información requerida, debió haber rechazado lo solicitado en base a la nulidad dentro del plazo de treinta días, caso contrario estaría consintiendo el siniestro y por ende estaba en la obligación de acceder a lo solicitado, de no hacerlo así, estaría infringiendo el deber de idoneidad.

Es correcto el criterio aplicado por la Sala ya que se debía considerar que la justificación por la que la Ley del Contrato de Seguro establece un plazo para que la aseguradora observe la solicitud del asegurado es que el mencionado contrato es de adhesión, por lo que el asegurado se encuentra en desventaja respecto a las cláusulas propuestas por la aseguradora, al no haber existido negociación alguna. Por lo tanto, debe entenderse que lo que procura el artículo 74° de la Ley es “equilibrar aquella desventaja” con que inicialmente se encuentra el asegurado al adherirse al contrato de seguro. Asimismo, se debe tener en cuenta que la sentencia judicial aludida por la Comisión realiza un análisis respecto al Código de Comercio, norma que ya no se aplica para el contrato de seguro y que no establecía un plazo para que la aseguradora pueda observar la solicitud del asegurado.

Asimismo, se advierte que la Resolución SBS N° 3202-2013 ha reglamentado el artículo 74° de la Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro, estableciendo entre otras disposiciones:

“Artículo 11.- Liquidación del siniestro cuando no interviene un ajustador. Dentro de los treinta (30) días

siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, la empresa deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso la empresa requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. **Si la empresa no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la empresa para consentir o rechazar el siniestro, conforme a lo señalado en el artículo siguiente.**

(...)

Artículo 15.- Rechazo de siniestros. El rechazo de un siniestro debe ser fundamentado por la empresa, debiendo contar con el respectivo sustento en el expediente del siniestro. Los expedientes de siniestros deben contar con los informes técnicos que se hubieran emitido los informes de los ajustadores de siniestros, de ser el caso, y demás documentos que sustenten la decisión adoptada por la empresa. Dichos expedientes deben encontrarse a disposición de la Superintendencia, cuando ésta lo requiera. **La empresa debe informar detalladamente, mediante comunicación cursada al asegurado o al beneficiario, según corresponda, a través de los mecanismos y en las direcciones pactadas en la póliza, los motivos que sustentan el rechazo del siniestro, adjuntando copia de los documentos tomados en cuenta para fundamentar su decisión, debidamente suscrita por el responsable del área encargada de evaluar los siniestros. Dicha comunicación debe ser elaborada y entregada al asegurado o al beneficiario dentro de los plazos establecidos en los artículos 8 u 11 del presente Reglamento, según corresponda**⁷.

⁷ Énfasis propio.

Como puede apreciarse, toda aseguradora tenía la obligación legal de pronunciarse sobre la aprobación o el rechazo de un siniestro dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se presente toda la documentación pertinente para tales efectos.

De lo mencionado se concluye que Rímac Seguros tenía que haber invocado la nulidad del contrato en plazo de treinta días lo cual al no ocurrir en el presente caso trajo como consecuencia el consentimiento del siniestro, por lo que estaba en la obligación de acceder a la solicitud de la denunciante.

CAPÍTULO III

POSICIÓN FUNDAMENTADA SOBRE LAS RESOLUCIONES EMITIDAS Y LOS PROBLEMAS JURIDICOS IDENTIFICADOS

En el presente capítulo corresponde señalar mi posición respecto de las resoluciones emitidas, tanto por la Comisión de Protección al Consumidor N° 1, en primera instancia, como por la Sala Especializada en Protección, al Consumidor, como superior jerárquico, siendo la materia en controversia determinar si Rímac Seguros incurrió en infracción al deber de idoneidad al haberse negado a otorgar a la denunciante la cobertura del seguro de vida de su cónyuge.

Para ello se debe tener en cuenta que el artículo 18° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, define a la idoneidad de los productos y servicios como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a la naturaleza de los mismos, las condiciones acordadas y a la normatividad que rige su prestación. En este sentido, se debe considerar que la delimitación de la obligación de cobertura de la empresa aseguradora, así como de las demás obligaciones accesorias, emanan de las cláusulas contractuales pactadas (garantía expresa) y las normas legales que rigen el sistema de seguros (garantía legal), lo cual debe considerarse al momento de analizar la idoneidad del servicio prestado.

Una de las normas a tener en cuenta es la Ley del Contrato de Seguro – Ley N° 29946, que en su artículo 74⁸, establece que el siniestro queda consentido cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no supere los treinta días contados, desde la oportunidad en que se debió completar toda la documentación exigida en la póliza para hacer efectivo el pago del siniestro.

En consecuencia, en caso que la compañía aseguradora, dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la documentación requerida por la póliza, no haya denegado la cobertura reclamada, el siniestro se entenderá consentido y por tanto se encontrará obligada a pagar la indemnización pactada.

⁸ Ley N° 29946. Ley del Contrato de Seguro.

Artículo 74°.- Pronunciamiento del asegurador.

“El pago de la indemnización o el capital asegurado que se realice directamente a los asegurados, beneficiarios y/o endosatarios, deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro. Se entiende consentido el siniestro, cuando la compañía aseguradora aprueba o no ha rechazado el convenio de ajuste debidamente firmado por el asegurado en un plazo no mayor de diez (10) días contados desde su suscripción y notificación al asegurador. En el caso de que la aseguradora no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste en un plazo no mayor de treinta (30) días, para consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la cláusula de arbitraje o a la vía judicial (...)”.

Del expediente materia del presente análisis se advierte que tal pedido fue planteado por la denunciante el 23 de septiembre de 2014, siendo que el 30 de septiembre de dicho año, Rímac Seguros atendió ello requiriendo copia foliada y fedateada de la historia clínica del asegurado (previamente al inicio de vigencia de la póliza), con la finalidad de culminar con la evaluación del caso, solicitud que fue atendida el 3 de octubre de 2014.

De lo señalado se advierte que la aseguradora tuvo treinta días para determinar si brindaba la cobertura; no obstante, al haber respondido recién el 7 de noviembre de 2014, superando el periodo establecido, la denunciada consintió el siniestro, siendo necesario que cumpliera con entregar a su favor el beneficio respectivo.

Por lo desarrollado anteriormente, considero que la denuncia de la señora Samanez Sosa tuvo que declararse fundada ya que existió una infracción al deber de idoneidad por parte de la aseguradora denunciada.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- El cónyuge de la denunciante, al contratar el seguro estableció que haya beneficiarios en caso de que falleciera, siendo la denunciante uno de ellos por lo que calificaría como consumidor indirectamente comprendida en una relación de consumo con Rímac Seguros, por lo que le era aplicable las disposiciones del Código del Consumidor, teniendo por lo tanto legitimidad para obrar activa.
- La Comisión en su resolución final concluyó que el cónyuge de la denunciante informó que no tenía conocimiento de alguna enfermedad por lo que en aplicación del artículo 25° de las Condiciones generales de la Póliza, el mencionado contrato incurría en nulidad; sin embargo no tuvo en cuenta el plazo que tenía Rímac Seguros para invocar la nulidad de la póliza, lo cual fue analizado por la Sala,
- Si Rímac Seguros advirtió la nulidad de la póliza por causa atribuible al asegurado, debió haber rechazado la solicitud de la denunciante en el plazo de treinta de días, normativamente establecido; al no hacerlo produjo el consentimiento del siniestro y la obligación de acceder a los solicitado por la denunciante.
- Los medios probatorios que obran en el expediente no acreditaron plenamente que el cónyuge de la denunciante tenía conocimiento que padecía de una enfermedad que, posteriormente, fue la que produjo su deceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

- BACA ONETO, V. (2013) *Protección al Consumidor*, Lima. INDECOPI.
- CAVERO-EGUSQUIZA ZARIQUEY, J. (2008) “El contrato de seguros”. *Tratado de derecho mercantil*. Lima. Editorial Gaceta Jurídica. Instituto Peruano de Derecho Mercantil.
- DURAND CARRIÓN, J. (2007) *Tratado de Derecho del Consumidor en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad San Martín Porres. Lima.
- HURTADO REYES, M. *Estudios de derecho procesal civil*, Tomo I, Lima: Editorial Idemnsa.
- IFRÁN, G. (2008). *El Seguro de Vida*: Montevideo: Amalio M. Fernández.

Revistas

- ALONZO CHÁVEZ, H. (2010) “¿La omisión de rotular implica también una infracción al deber de información. Apuntes y precisiones sobre una confusión de tipos en el marco de la Ley de Protección al Consumidor?”, *Diálogo con la Jurisprudencia* (136), Pág. 335.
- LAGUADO GIRALDO, C. “Condiciones generales, cláusulas abusivas y el principio de buena fe en el contrato de seguro”. *Vniversitas*, (105), Pág. 248.

ANEXOS

- Denuncia.
- Descargos.
- Resolución de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1.
- Resolución de la Sala Especializada en Protección al Consumidor.

DENUNCIA

05144U

Folio: 16 Copias: 1

SUMILLA: DENUNCIA POR FALTA DE IDONEIDAD EN EL SERVICIO PRESTADO

NOV 13. FO 1 32



CC1

A LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR N° 1

SOPHIA VIVIANA SAMANEZ GOSA, identificada con DNI N° 40244389, señalando domicilio procesal en Calle Gabriela Mistral 286, 1° Piso, Urb. La Calera de La Merced, distrito de Surquillo, provincia y departamento de Lima; a Ud. Atentamente digo:

Interpongo denuncia contra RIMAC COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante, RIMAC) por faltas de idoneidad en el servicio prestado, al haber rechazado el siniestro de la cobertura de la Póliza de Seguros de Vida Inversión Vida Futuro Protegido 65 Años N° 89838 contratada por mi esposo en agosto de 2013, quien falleciera el 20 de julio de 2014, argumentando que la póliza deviene en NULA.

En síntesis, RIMAC rechazó el siniestro de la cobertura de la póliza de vida contratada invocando la causal establecida en el artículo 25° de las Condiciones Generales de la Póliza, "NULIDAD DE PLENO DERECHO" aduciendo que mi difunto esposo habría efectuado declaraciones inexactas o incurrido en reticencia al momento de contratar la póliza, en la medida que el Certificado Médico de Defunción señala como causa de fallecimiento "Insuficiencia Respiratoria" debido a "Metástasis Pulmonar" a consecuencia de SARCOMA OSTEOGÉNICO y, ello señala RIMAC no fue informado al momento de la celebración del contrato. No obstante, es preciso señalar que dicha enfermedad o patología fue detectada recién el 06 de noviembre de 2013, es decir cuatro (4) meses después de haber contratado la póliza.

Ahora bien, en cuanto al rechazo del siniestro, tenemos tres posiciones sumamente claras que hacen inviable la aplicación del artículo 25° de las Condiciones Generales de la Póliza: "NULIDAD DE PLENO DERECHO", único artículo en el que RIMAC funda su rechazo de siniestro. Las que desarrollaremos en el orden que a continuación se detalla.

En primer lugar demostraremos que no cabe la Nulidad de la póliza, en atención a lo establecido en el artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguro (Ley N° 29946), que está referido al tiempo límite de 30 días que tienen las aseguradoras para invocar la nulidad de la póliza en caso se efectúen declaraciones inexactas o se incurra en reticencia al momento de contratar una póliza. De acuerdo al artículo 9° bajo análisis, el plazo de 30 días se computará desde la fecha en que la aseguradora toma conocimiento de la RETICENCIA o DECLARACIÓN INEXACTA al momento de contratar la póliza.





Es importante recalcar que RIMAC aplicó la NULIDAD establecida en el artículo 25° de las Condiciones Generales, excediéndose del plazo legal de 30 días que señala dicho artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguro.

En segundo lugar, demostraremos también que la Solicitud de Pago de Siniestro efectuada por la beneficiaria, de fechas 23 de setiembre de 2014 (primera solicitud de atención de siniestro) y 03 de octubre de 2014 (presentación de toda la documentación requerida por RIMAC para el pago del siniestro), si son PROCEDENTES, en aplicación del artículo 332° de la Ley General del Sistema Financiero y de Seguros, en la medida que, de acuerdo a dicha norma RIMAC contaba únicamente con 30 días calendarios desde la fecha en que recibió de parte de la beneficiaria (el 03 de octubre de 2014) toda la documentación requerida en la póliza para el pago o en su defecto el rechazo del siniestro. Por lo que, considerando que el rechazo efectuado por RIMAC fue notificado a la beneficiaria recién el 07 de noviembre de 2014, RIMAC habría rechazado el siniestro de manera extemporánea o fuera del plazo que el artículo en mención le otorga, dado que el plazo venció el 05 de noviembre de 2014. En consecuencia el **SINIESTRO SE ENTIENDE QUE HA SIDO CONSENTIDO**, razón por la cual RIMAC se encontraba impedida de rechazar el mismo, y por ende debe cumplir con pagar el siniestro de acuerdo a la cobertura establecida en la póliza.

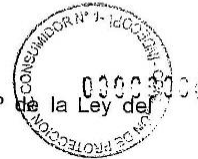
Finalmente, en tercer lugar, nos referiremos y acreditaremos objetivamente que la enfermedad consignada en el Certificado Médico de Defunción como causa de fallecimiento del asegurado, no era conocida por el contratante al momento de contratar la póliza de seguros, pues en el mes de julio de 2013, fecha en que contrata el seguro, el no padecía la enfermedad que fue causa de su fallecimiento, en la medida que pese a haberse hecho una Resonancia Magnética en RESOCENTRO el 02 de marzo de 2013, y luego de la correspondiente evaluación se consigna en el Informe N° 327547 que, los hallazgos sugieren lesión ósea de aspecto benigno y a considerar condroblastoma, pero en ningún momento se le indicó o diagnosticó riesgo de Sarcoma Osteogénico (Cáncer), por lo que no puede considerarse que hubiere efectuado declaraciones inexactas o incurrido en reticencia al contratar la póliza.

1. **RESPECTO A LA INDEBIDA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 25° DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA – NULIDAD DE PLENO DERECHO**

Como bien señalamos, RIMAC en su afán de rechazar el siniestro de la cobertura de la póliza aplicó el artículo 25° de las Condiciones Generales de la Póliza referido a la NULIDAD DE LA PÓLIZA por supuestamente haber efectuado DECLARACIONES INEXACTAS o haber incurrido en RETICENCIA al contratar la póliza.

No obstante, al aplicar dicho artículo 25° y pretender la NULIDAD DE LA PÓLIZA y por ende la pérdida de los derechos indemnizatorios contenidos en la misma, INOBSERVÓ lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguro, norma que está referida al plazo de 30 días calendarios con que cuenta toda aseguradora para INVOCAR la NULIDAD

de la reticencia o declaración inexacta), tal como lo señala el artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguro.



Así, tenemos que el plazo de 30 días con que contaba la aseguradora para invocar la nulidad de la póliza, se computa desde el 07 de octubre de 2014 y se dan por cumplidos el 05 de noviembre de 2014.

Es decir RIMAC TENÍA PLAZO HASTA EL DÍA 05 DE NOVIEMBRE DE 2014 PARA INVOCAR LA NULIDAD DE LA PÓLIZA EN BASE A LA RETICENCIA O DECLARACIÓN INEXACTA por parte del asegurado.

No obstante, del análisis de la fecha de la carta de rechazo cursada por RIMAC a la beneficiaria del seguro (denunciante) en donde le informa que en aplicación del artículo 25° del Condicionado General, la póliza deviene en nula, SE EVIDENCIA que LA CARTA DE RECHAZO FUE RECIBIDA POR la Notaria Vicente Acosta Iparraguirre (Notario de Piura) EL DÍA 07 DE NOVIEMBRE DE 2014, lo que hace notar que cuando menos recién el día 07 de noviembre puede considerarse el primer día en que la denunciante pudo haber sido notificada fehacientemente por la aseguradora del rechazo de la póliza. No obstante, RIMAC DEBERÁ PRESENTAR EL CARGO DE RECEPCIÓN DE LA CARTA DE RECHAZO, para conocer exactamente el día que fue notificada la beneficiaria.

En ese orden de ideas, si consideramos que el 07 de octubre es el día 1° en que RIMAC toma conocimiento de la RETICENCIA o DECLARACIÓN INEXACTA y el día 30 se configura el 05 de noviembre de 2014, entonces RIMAC se excedió en dos días en la notificación fehaciente del rechazo del siniestro invocando nulidad de la póliza.

En ese sentido, siendo que RIMAC invocó LA NULIDAD DE LA PÓLIZA excediéndose en dos días el plazo de 30 días que el artículo 9° de la ley del contrato de seguro le otorga para invocar la nulidad de la póliza, la NULIDAD INVOCADA POR RIMAC NO ES PROCEDENTE POR EXTEMPORÁNEA. Lo que significa que LA PÓLIZA NO HA DEVENIDO EN NULA y RIMAC NO PUEDE FUNDAR SU RECHAZO EN NINGUNA OTRA CAUSAL distinta a la establecida en su carta de rechazo "NULIDAD DE LA PÓLIZA DE PLENO DERECHO POR RETICENCIA O DECLARACIONES INEXACTAS". En consecuencia, deberá cumplir con PAGAR EL SINIESTRO EN ATENCIÓN A LOS TÉRMINOS DE LA PÓLIZA CONTRATADA.

2. RESPECTO AL CONSENTIMIENTO DEL SINIESTRO - ARTÍCULO 332° DE LA LEY DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA OBLIGACIÓN DE RIMAC DE PAGAR EL SINIESTRO DE ACUERDO A LA PÓLIZA

El día 23 de setiembre de 2014 la denunciante, que es también la beneficiaria del seguro de vida, presentó a RIMAC su solicitud para atención de siniestro de vida o de pago de siniestro, a fin que la aseguradora cumpla con indemnizar el siniestro de acuerdo a lo establecido en la póliza contratada.



El 30 de setiembre de 2014, RIMAC respondió a la solicitud de atención o pago del siniestro de la beneficiaria requiriéndole que presentara copia de la Historia Clínica completa previa al inicio de vigencia de la póliza (julio 2013) a efectos de descartar enfermedades preexistentes al inicio de la toma del seguro.

Mediante solicitud de fecha 03 de Octubre de 2014, la beneficiaria hizo entrega de la Historia Clínica requerida.

Posteriormente, RIMAC analizó los documentos presentados y concluyó con que el asegurado contratante fallecido habría efectuado declaraciones inexactas o incurrió en reticencia al momento de la contratación del seguro.

Así, mediante carta notarial del 07 de noviembre de 2014, RIMAC informó a la beneficiaria que el siniestro de su esposo se encontraba rechazado o excluido de la cobertura de la póliza de seguro de vida contratada.

En ese sentido, considerando que lo que se pretende demostrar en este extremo de la denuncia es que RIMAC se excedió del plazo de 30 días calendarios que le otorga el Art. 332° de la Ley General del Sistema Financiero y de Seguros, a efectos de declarar el rechazo de un siniestro, caso contrario se entiende que el siniestro ha sido consentido; resulta necesario efectuar el cómputo del plazo de 30 días, los mismos que serán contados desde la fecha en que se completó toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro.

De acuerdo a la segunda solicitud presentada por la beneficiaria para la atención del siniestro, ese plazo debe computarse desde el 03 de octubre de 2014, pues esa es la fecha en que la beneficiaria cumplió con entregar toda la documentación requerida por RIMAC para el pago de la cobertura respectiva.

LEY GENERAL DEL SISTEMA FINANCIERO Y DEL SISTEMA DE SEGUROS Y ORGÁNICA DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCA Y SEGUROS LEY N° 26702

Artículo 332°: Consentimiento de siniestros

Las indemnizaciones que se paguen directamente a los asegurados, beneficiarios y/o endosatarios, deberán efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro. Se entiende consentido el siniestro, cuando la compañía aseguradora aprueba o no ha rechazado el convenio de ajuste debidamente firmado por el asegurado en un plazo no mayor de diez (10) días contados desde su suscripción. En el caso que la aseguradora no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste en un plazo no mayor de treinta (30) días, para consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la cláusula de arbitraje.



En los casos en que no exista convenio de ajuste, se entenderá como consentido el siniestro cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro.

Asimismo, cuando la aseguradora requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, ésta podrá presentar solicitud debidamente justificada, requiriendo un plazo adicional a la Superintendencia. Dicho plazo no podrá exceder de los noventa (90) días, contados desde la fecha en que haya completado la documentación exigida en la póliza respectiva. En caso de mora de la empresa de seguros, 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, de la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

Ahora bien, efectuando el cálculo correspondiente, resulta que el plazo de 30 días que le otorga el artículo 332º de La Ley Orgánica del Sistema Financiero y de Seguros a las aseguradoras para pronunciarse sobre el rechazo del siniestro, VENCÍÓ el 02 de noviembre de 2014 y, teniendo en cuenta que RIMAC SE PRONUNCIÓ Y NOTIFICÓ EL RECHAZO DEL SINIESTRO RECIÉN EL 07 DE NOVIEMBRE DE 2014, se evidencia que RIMAC rechazó el siniestro de la póliza de manera extemporánea excediéndose en cinco (5) días el plazo, por lo que se entiende que al momento en que se notificó el rechazo, EL SINIESTRO YA HABÍA SIDO CONSENTIDO POR RIMAC.

En ese sentido, en cumplimiento del artículo 332º bajo análisis EL SINIESTRO HA SIDO CONSENTIDO POR RIMAC y, en consecuencia deberá cumplir con pagar la indemnización de acuerdo a la cobertura pactada y los términos de la póliza contratada.

3. RESPECTO A LA FALTA DE PRUEBAS QUE ACREDITAN QUE EL ASEGURADO HUBIERE EFECTUADO DECLARACIONES INEXACTAS O INCURRIDO EN RETICENCIA AL CONTRATAR LA PÓLIZA DE VIDA

En cuanto a este punto, queremos dejar bien claro a la COMISIÓN que el contratante y asegurado de la póliza desconocía que el Informe emitido por RESOCENTRO hacía alusión alguna a una enfermedad que podría devenir en un cáncer.

Prueba de ello es que en el mismo Informe N° 327547 del 02 de marzo de 2013 elaborado por RESOCENTRO, si bien se señala que existe una lesión ósea pareostal expansiva y



otros, concluye con que éstos hallazgos sugieren lesión ósea de aspecto benigno, además, señala en todo el desarrollo del informe lo siguiente:

- Todos los tendones de los músculos supraespinoso, infraespinoso, subescapular, redondo menor y porción larga del bíceps conservan su aspecto habitual sin imágenes sugestivas de lesión.
- La articulación acromion clavicular y el extremo lateral del acromion muestran morfología y señal habitual.
- El rodete glenoideo ósea conservan sus caracteres anatómicos normales.
- Se evidencia formación quística subacromial de baja señal en T1 alta señal en T2.
- Las relaciones y espacios articulares propios del hombro conservan su aspecto habitual.

Entonces, en virtud del Informe elaborado por RESOCENTRO, un consumidor razonable puede inferir que no existe mayor gravedad en la lesión ósea que pudiera tener, al punto que refiere en todo el informe que todas las partes del hombro derecho se encuentran dentro de sus rasgos normales.

Finalmente concluye que se debe considerar condroblastoma como primera posibilidad diagnóstica, no obstante nunca fue confirmado. Es así que el asegurado consideró que dicha molestia no constituía ningún lesión compleja o grave que pudiera devenir en declaraciones inexactas.

De igual manera requerimos a la Comisión que RIMAC haga entrega de la Solicitud del Seguro de Vida contratado en donde se podrá evidenciar los datos que fueron consignados por el asegurado al momento de contratar la póliza.

4. MEDIOS PROBATORIOS

- Carta Notarial de fecha 07 de octubre de 2014 suscrita por la señora Sarah Calderón Zapata de Farias, identificada con DNI 03882280, a través de la cual se le informa a RIMAC de las supuestas declaraciones inexactas por parte del asegurado o el haber incurrido en reticencia al momento de contratar el seguro. Fecha en que se deberá computar el plazo de 30 días que otorga el artículo 9° de la Ley del Contrato de Seguro.
- Carta de rechazo del 07 de noviembre de 2014, a través de la cual RIMAC informa fehacientemente a la beneficiaria que el siniestro se encuentra rechazado de la cobertura por haber invocado la NULIDAD a que refiere el artículo 25° del Condicionado General de la Póliza.
- Primera solicitud de atención de siniestros de vida de fecha 23 de setiembre de 2014, remitida por la beneficiaria denunciante.
- Carta de fecha 30 de setiembre de 2014 remitida por RIMAC a través de la cual le requieren la presentación de documentos para proceder con el pago de la indemnización consignada en la póliza.

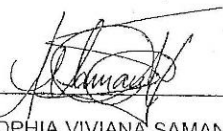


- Segunda solicitud de atención de siniestros de vida de fecha 03 de octubre de 2014, a través de la cual la denunciante cumple con presentar toda la documentación requerida por RIMAC para el pago del siniestro. Es desde esta fecha, con la presentación de toda la documentación que se debe computar el plazo de 30 días establecido en el artículo 332° de la Ley General del Sistema Financiero y de Seguros para declarar el consentimiento o rechazo del siniestro.
- Informe N° 327547 del 02 de marzo de 2013 elaborado por RESOCENTRO, de donde se infiere que el asegurado no padece ninguna enfermedad grave o de consideración.
- Requerir a RIMAC que haga entrega de la Solicitud de Seguro llenada por el contratante al momento de contratar el seguro.

POR TANTO:

A la Comisión solicitamos se sirva DECLARAR FUNDADA la presente denuncia y, en su momento ordenar a RIMAC que cumpla con pagar la cobertura establecida en la póliza de seguro de vida contratada de acuerdo a los términos pactados, con los intereses legales correspondientes desde la fecha en que RIMAC debió cumplir con el pago del siniestro. Asimismo obligue a RIMAC al pago de los costos y costas del procedimiento.

Lima, 29 de Marzo de 2016


SOPHIA VIVIANA SAMANEZ SOSA
DNI 40244389


IVÁN C. RAMOS DEL ÁGUILA
ABOGADO
C.A.L. 39301



CARTA CON ENTREGA NOTARIAL

Piura, 7 de Octubre del 2014

SEÑORES:
RIMAC SEGUROS
JR. LIBERTAD 450 - PIURA
CIUDAD.-



De mi especial consideración:

Por intermedio de la presente que le será entregada por Conducto Notarial, me acredito SARAH CALDERON ZAPATA DE FARIAS, identificada con DNI 03082280 en representación de doña MARIZA SOLEDAD BOULANGGER DE NIEVES, madre de CARLOS ILDERGARD NIEVES BOULANGGER O.E.P.D., conforme al Poder que adjunto en copia legalizada, y señalando como domicilio real en Av. A-103 Lateral Talara, a Ud. atentamente digo:

1. Que, en afán de buena fe y conforme a nuestro deber moral, que inculcáramos a nuestro hijo Q.E.P.D. CARLOS ILDERGARD NIEVES BOULANGGER, hemos tomado conocimiento y obtenido los documentos que adjuntamos, que lamentablemente su empresa ha ignorado, pues mi representada al igual que su familia también ignoraban, jamás supieron de la existencia de su enfermedad, hasta los primeros días de Octubre del 2013, en que recién se supuestamente se hace la Resonancia donde es detectado un CONDROSARCOMA.
2. El conocimiento de ésta circunstancia si era conocida por su superviviente esposa doña SOPHIA SAMANEZ SOSA, quien incluso fue al parecer la que motivo la adquisición de estos seguros a mi fallecido hijo, aun conociendo que ya existía la enfermedad, se adquirió la POLIZA DE SEGURO DE VIDA.
3. Por lo que en afán de limpiar su memoria y en un acto de dignidad cristiana, y buena fe, aun cuando nos perjudique hacemos llegar COPIA LEGALIZADA DE




LA RESONANCIA MAGNETICA DE FECHA 02.03.2013; TOMOGRAFIA
ESPIRAL MULTICORTE , CON RECOMENDACION DE BIOPSIA, INFORME
MEDICO EN PARTE POSTERIOR CON SOSPECHA DE DIAGNOSTICO
TUMORACION.-

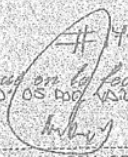
Asi mismo, en afán de que no se generen actos que constituyan ilicitos, que pudieran
manchar la memoria de mi hijo y la dignidad de la familia de mi representada, por
expreso encargo de ellos, es que cumplimos con éste deber, quedando de parte de
ustedes tomar la decisión que más convenga a vuestra representada.

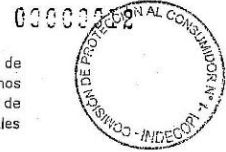
Sin otro particular, quedo de Uds.

Muy atentamente,


SARAH CALDERON ZAPATA DE FARIAS
DNI 03882280

P.D. Anexo: Copia de mi poder y documentos indicados.

445
Entregado en la fecha 07-10-14.
05:00 PM

BOMULO J. CASCO LAJCHO
Notario Abogado - Reg. 076
Liberdad 730 - Piura



Dentro de este contexto, quedan claramente acreditadas las declaraciones inexactas al momento de contratar el seguro, lo cual no nos permitió evaluar adecuadamente el riesgo asumido ni conocer de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato, razón por la cual, el contrato de seguro resulta siendo Nulo, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 25° de las Condiciones Generales de la Póliza, que a la letra dice:

***Artículo 25:**

a) *La póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin valor legal alguno, en los siguientes casos:*

(1) *Por mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de celebrar el contrato, tenga o no incidencia en la apreciación de los riesgos.*

(2) *Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO o de hechos o circunstancias, aun de buena fe, que hubieran podido influir en la estimación de la prima, en la aceptación del riesgo o en la celebración de este contrato.*

En consecuencia, siendo que la veracidad y exactitud de la declaración del asegurado es elemento constitutivo del seguro, y que su inobservancia acarrea la pérdida de beneficios para el asegurado y/o sus beneficiarios, considerando además que la falta de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones y formalidades señaladas en el contrato hacen perder todo derecho a la indemnización, se concluye que su solicitud es IMPROCEDENTE.

Es preciso aclarar que según el Certificado Médico de Defunción la causa del fallecimiento ocurrido el 20/07/2014, se consigna como causa de la defunción: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA debido a METASTASIS PULMONAR a consecuencia de SARCOMA OSTEOGENICO.

En cumplimiento de la Resolución SBS N° 3202-2013 de la Superintendencia de Banca y Seguros, se adjunta copia de los documentos probatorios de lo antes expuesto:

- Certificado de Defunción.
- Solicitud de Seguro de Vida Universal Variable - VFP.
- Condiciones Generales de la póliza de Seguro de Vida Universal Variable - VFP.
- Informe N° 327547 de fecha 02/03/2013 emitido por RESOCENTRO.
- Historia Clínica de la Clínica Belén SA - Piura - folios relevantes.

En caso de disconformidad con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted podrá acudir a las vías de solución de controversias, como son la Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe), el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOP (www.indecopi.gob.pe), o el Poder Judicial o instancia arbitral, según se haya pactado.

Para solicitar información, podrá comunicarse con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP al teléfono gratuito 0-800-10840.

Sin otro en particular, nos encontramos a vuestra disposición para cualquier aclaración al respecto.

Atentamente,

JORGE LAZARTE CUBA
Sub Gerente de Siniestros

EVELYN SOTOMAYOR B.
Ejecutivo de Siniestros Vida

*Para reclamos formulados por personas naturales o jurídicas cuando el total de la indemnización solicitada no exceda la suma de US\$ 50,000.

SOLICITUD DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS PARA ATENCIONES DE SINIESTROS DE VIDA

Piura 23 de Septiembre de 2014



Señores
RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS
CIUDAD.-

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE: Sophia Viviana Samarez Josa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40244389
DIRECCIÓN: Urb. San Felipe D-13 - Piura
TELÉFONO: 965009783

NOMBRE DEL ASEGURADO: Carlos Ildegard Nieves Boulangg es.
N.º PÓLIZA: 0-R 9838

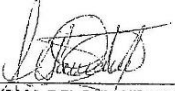
DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR:

BROKER CONTRATANTE ASEG. / BENEF.

SOLICITO: (Marcar con un aspa -x-, según como corresponda a su requerimiento)

- Atención para siniestro de Protección Familiar, de acuerdo al check list adjunto.
- Atención para siniestro de Vida Ley, de acuerdo al check list adjunto.
- Atención para siniestro de Vida, de acuerdo al check list adjunto.
- Atención para siniestro de Renta Hospitalaria, de acuerdo al check list adjunto.
- Atención para siniestros Accidentes Personales, de acuerdo al check list adjunto.
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____


FIRMA DEL SOLICITANTE
DNI N.º. 40244389

SV.2014/1610

San Isidro, 30 de septiembre de 2014

Señora
SOPHIA VIVIANA SAMANEZ SOSA
Urb. San Felipe D-13 (Teléfono: 965059783)
Piura-

00000014



Ref. Siniestro de Vida Futuro Protegido N° 31332
Asegurado: **NIEVES BOULANGER CARLOS ILDEGARD**
Póliza U-99838 / Cobertura: Fallecimiento

Estimada Señora:

Por medio de la presente le informamos que para culminar con la evaluación de su caso, es necesario que envíe el siguiente documento:

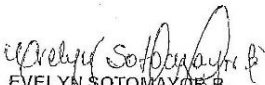
- Copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa previa al inicio de vigencia de la póliza (Julio 2013). (El motivo de nuestra solicitud es para poder descartar enfermedades preexistentes al inicio de la toma del seguro).

Es preciso indicarles que todo documento presentado deberá ser en original o copia debidamente legalizada a fin de ser considerado válido en el proceso administrativo y/o legal.

Si desea hacernos una consulta, pueda escribirnos al correo: mfarias@rimac.com.pe o esotomayorb@rimac.com.pe, o comuníquese al teléfono 4111000 anexo 2614/2515.

Sin otro particular, y a la espera de lo solicitado, los saludamos.

Atentamente,


EVELYN SOTOMAYOR B.
Ejecutivo de Siniestros Vida

SOLICITUD DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS PARA ATENCIONES DE SINIESTROS DE VIDA



Piura 03 de Octubre de 2014

Señores
RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS
CIUDAD.-

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE: Sophia Samauel Sosa
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40244389
DIRECCIÓN: Urb. San Felipe D-13 - Piura
TELEFONO: 965059783

NOMBRE DEL ASEGURADO: Carlos Ildegard Nieves Boulaugger
N°. PÓLIZA: U-89838

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR:

BROKER CONTRATANTE ASEG. / BENEF.

SOLICITO: (Marcar con un aspa -x-, según como corresponda a su requerimiento)

Atención para siniestro de Protección Familiar, de acuerdo al check list adjunto.

Atención para siniestro de Vida Ley, de acuerdo al check list adjunto.

Atención para siniestro de Vida, de acuerdo al check list adjunto.

Atención para siniestro de Gastos Hospitalarios, de acuerdo al check list adjunto.

Atención para siniestros Accidentes Personales, de acuerdo al check list adjunto.

Otros:

OBSERVACIONES: Presento historia clínica de la Clínica Belem y drago de conocimiento que mi esposo era una persona sana.

FIRMA DEL SOLICITANTE

DNI N°. 40244389

DESCARGOS

Indecopi

46

F=45

Mónica 000078
108066



EXPEDIENTE: 413-2016/CC1
ESCRITO N° : 02
SUMILLA : Descargos

cc1

A LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR N° 1 DEL INDECOPI

RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS, debidamente representada por su Apoderado Francisco Eduardo Flores Janampa, en los seguidos por la Sra. Sophia Viviana Samanez Sosa, ante usted con el debido respeto nos presentamos y decimos:

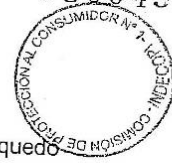
Que, hemos sido notificados con la Resolución N° 03 mediante la cual se nos concede un plazo adicional de cinco (5) días hábiles a efectos de presentar nuestros descargos, por lo que, dentro del plazo concedido procedemos a presentar los descargos correspondientes, los mismos que sustentamos en los fundamentos que a continuación pasamos a exponer:

I. DE LA ADMISIÓN A TRÁMITE DE LA DENUNCIA

- 1.1. Con fecha 13 de abril de 2016, la Sra. Sophia Viviana Samanez Sosa (en lo sucesivo la Sra. Samanez), interpuso una denuncia contra RIMAC por presunta infracción al deber de idoneidad.
- 1.2. Refiere la Sra. Samanez que desde del año 2013, su ex cónyuge, el Sr. Carlos Ildegard Boulanger (en lo sucesivo el Asegurado) era titular del Seguro Vida Inversión - Vida Futuro Protegido N° 31332 brindado por nuestra parte.
- 1.3. Agrega la denunciante, que el 20 de julio de 2014, su cónyuge falleció a consecuencia de un *sarcoma osteogénico*, razón por la cual el 03 de octubre de 2014 solicitó a RIMAC la cobertura del seguro; sin embargo, mediante carta de fecha 07 de noviembre de 2014, se le informó que la Póliza era nula, puesto que al momento de su contratación el Asegurado padecía de una enfermedad preexistente, la cual no fue declarada.



000049



1.4. No obstante, manifiesta la Sra. Samanez que el siniestro quedó consentido por RIMAC, dado que habría remitido la carta de rechazo el 07 de noviembre de 2014, pese a que el plazo para hacerlo venció el 05 de noviembre de 2014.

1.5. En atención a estos hechos, la Comisión mediante Resolución N° 01 resolvió imputar a nuestra representada la siguiente presunta infracción:

“PRIMERO: Admitir a trámite la denuncia del 13 de abril de 2016, interpuesta por la señora Sophia Viviana Samanez Sosa contra Rímac Seguros y Reaseguros S.A, por presunta infracción a los artículos 18 y 19 de la Ley 29751, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en tanto la compañía aseguradora se habría negado injustificadamente a otorgar a la denunciante la cobertura del seguro de vida de su cónyuge.

1.6. En ese sentido, sobre la base de las consideraciones que seguidamente exponeremos, solicitamos que la denuncia sea declarada INFUNDADA en todos sus extremos.

II. SOBRE LA PRESUNTA INFRACCION AL DEBER DE IDONEIDAD

2.1. La presunta infracción se encuentra referida a que nuestra representada se habría negado injustificadamente a otorgar a la Sra. Samanez la cobertura del seguro de Vida contratado por el Asegurado.

2.2. No obstante, en el presente caso tenemos que NO se encuentra acreditado que RIMAC haya incurrido en la infracción descrita, toda vez que el rechazo de la solicitud se ha realizado de manera JUSTIFICADA, citándonos a lo explícitamente establecido en la póliza, tal como lo demostraremos en los párrafos sucesivos.



- 2.3. Así, debemos señalar que luego de presentada la solicitud de activación de cobertura, nuestra representada tomó conocimiento de **información relevante** para la evaluación del caso a través de la carta notarial de **fecha 07 de octubre de 2014** remitida por la Sra. Sarh Calderón Zapata de Farias (representante de la Sra. Mariza Soledad Nieves Boulanger, madre del Asegurado).
- 2.4. En dicha comunicación, conforme podrá apreciar la Comisión, se precisan datos y exámenes que resultaron de vital importancia para el análisis de la calificación del siniestro, los cuales no fueron puestos en conocimiento de nuestra representada al momento en que el Asegurado solicitó su afiliación al contrato de seguro.
- 2.5. De este modo, luego de las evaluaciones correspondientes, RIMAC, a través de la carta SV.2014/1660 de **fecha 25 de octubre de 2014**, rechazó la solicitud de atención, en tanto que de acuerdo a lo consignado en el informe N° 327547 con fecha de expedición 02/03/2013 emitido por RESOCENTRO, se desprende que el Asegurado presentaba el siguiente antecedente:
- *Conclusión: Lesión osea expansiva paraosteal humeral proximal derecha de estirpe condral localizada a nivel de la región diafisometafisiaria proximal del humero derecho, compromete la sinovia (sinovitis) a considerar condroblastoma.*
- 2.6. Asimismo, la Comisión debe tener en cuenta que en el referido informe se hace alusión a la historia clínica y diversos hallazgos, los cuales resultan de relevante importancia:



HISTORIA CLINICA:

Paciente de 31 años con antecedente traumático y dolor a la abducción
(...)

HALLAZGOS

Se identifica lesión oseaparaosteal expansiva a nivel de la cabeza humeral derecha, región diafo-metafisaria, de bordes definidos con crecimiento expansivo hacia borde posterior (...)

- 2.7. De este modo, se encuentra acreditado que el Asegurado de manera previa a la contratación del seguro (12.07.2013) tenía conocimiento de que se le había identificado una *lesión oseaparaosteal expansiva a nivel de la cabeza humeral derecha*, siendo incluso que se sometió a una serie de exámenes.
- 2.8. En tal contexto, es pertinente que se tenga en cuenta que según el Certificado Médico de Defunción la **causa del fallecimiento** ocurrido el 20 de julio de 2014 fue:

*INSUFICIENCIA RESPIRATORIA debido a METASTASIS PULMONAR a consecuencia de **SARCOMA OSTEOGENICO***

- 2.9. En ese orden de ideas, resulta a todas luces necesario que la Comisión tenga presente que los antecedentes patológicos antes mencionados NO fueron puestos en conocimiento de RIMAC al momento de la celebración del contrato de seguro, evidenciándose que el Asegurado omitió información relevante de su real condición de salud al momento de suscribir la Declaración Personal de Salud, en la que manifestó:

14.

A) *¿Estas recibiendo tratamiento médico por alguna enfermedad o estas tomando medicina de cualquier clase?*

Respuesta NO



(...)

C) ¿Tienes conocimiento de padecer de alguna enfermedad o LESION a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario?

Respuesta NO

- 2.10. Tal como se puede apreciar, la respuesta del Asegurado frente a las preguntas formuladas (pese a que conocía su real estado de salud), fue NEGATIVA, aun cuando en la parte final del documento, se estipulaba la confirmación de la exactitud de las declaraciones vertidas:

Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que están completas y son verídicas y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, implican nulidad de la póliza. (...)

- 2.11. Así, queda claramente acreditado las declaraciones inexactas al momento de la contratación, lo cual no permitió evaluar adecuadamente el riesgo asumido, razón por la cual el contrato de seguro resulta NULO, esto de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 25° de las Condiciones Generales de la Póliza, la cual se detalla lo siguiente:

Artículo 25°

a) La póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin valor alguno, en los siguientes casos:

- (1) Por mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de celebrar el contrato, tenga o no incidencia en la apreciación de los riesgos.

000052



(2) *Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO o de hechos o circunstancias, aun de buena fe, que hubieran podido influir en la estimación de la prima, en la aceptación del riesgo o en la celebración de este contrato.*

- 2.12. En ese sentido, se puede colegir con claridad la ausencia de buena fe y por ende mala fe, en el proceder del Asegurado, toda vez que conocía que era portador de una enfermedad preexistente al momento de la contratación del seguro, la cual contribuyó a su sensible fallecimiento.
- 2.13. Como su despacho sabe, la buena fe se enmarca como uno de los principios por los que se rige el contrato de seguro, tal como se indica en las Disposiciones Generales de la Ley 29946:

Artículo II.

El contrato de seguros se rige por los siguientes principios:

Máxima de buena fe.

(...)

- 2.14. Asimismo, en el artículo V del Título Preliminar del Código de Protección al Consumidor se reconoce entre otros principios:

5. Principio de Buena Fe.- *En la actuación en el mercado y en el ámbito de vigencia del presente Código, los consumidores, los proveedores, las asociaciones de consumidores, y sus representantes, deben guiar su conducta acorde con el principio de la buena fe de*

000054



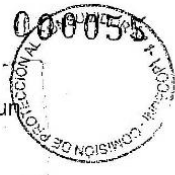
confianza, lealtad entre las partes. Al evaluar la conducta del consumidor se analizan las circunstancias relevantes del caso, como la información brindada, las características de la contratación y otros elementos sobre el particular.

- 2.15. Vale decir por tanto que, **la buena fe constituye un requisito indispensable para la celebración del contrato de seguro**, en la medida que es la que obliga a las partes a actuar con honestidad. Así pues, el asegurado está obligado a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, esto con la finalidad de que la compañía pueda decidir sobre su aceptación y con ello proceder a aplicar la prima que corresponda.
- 2.16. De este modo, se acredita que el fallecimiento del Asegurado no solo se encuentra inmerso en una exclusión contemplada en la póliza, sino que además, la omisión en declarar los antecedentes de salud, así como la declaración inexacta, configuraban supuesto de Nulidad contenido en el Artículo 8º de la Ley del Contrato de Seguro, el cual señala:

Artículo 8º. Retención y/o declaración inexacta dolosa

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

- 2.17. En el presente caso, tratándose de un seguro en el que la cobertura se activa con el fallecimiento o la invalidez del Asegurado, **la información sobre el estado de salud del mismo era una condición esencial para que se efectuara la contratación**, toda vez que esta influye



sustancialmente en la estimación del riesgo y en la configuración de un interés asegurable legítimo.

- 2.18. De este modo, se tiene que conforme al artículo antes citado, para que se produzca la nulidad del contrato, se requiere la reticencia, entendida esta como una conducta pasiva, silenciosa, y/o la declaración inexacta de salud que se originen mediando dolo o culpa inexcusable; así, en el presente caso se tiene por probado el dolo del asegurado al momento de contratar el seguro, el mismo que se encuentra expresado en la mala fe con la que realizó la contratación del seguro al no informar de su real estado de salud.
- 2.19. Sobre la base de lo explicado, tenemos que el rechazo de cobertura efectuado por RIMAC resulta JUSTIFICADO, en la medida que se ha configurado la NULIDAD prevista explícitamente en la póliza.
- 2.20. Ahora bien, la denunciante manifiesta que RIMAC demoró en dar respuesta a la solicitud de atención del siniestro, puesto que a su entender debió pronunciarse como máximo hasta el 05 de noviembre de 2014; no obstante, se debe tener en cuenta que el documento mediante el cual RIMAC conoce la reticencia y/o declaración inexacta dolosa es puesto en conocimiento por la madre del asegurado mediante carta de fecha **07 de octubre de 2014**, por lo que resulta claro que contábamos con 30 días para fijar nuestra posición, habiéndolo efectuado tal como se desprende autos, mediante comunicación notarial que fue puesta en conocimiento de la Sra. Samaneza con fecha **07 de noviembre**, es decir, dentro del plazo legal, esto, sin considerar que **el día 08 de octubre fue feriado público** y como tal, no debe ser considerado como día hábil a efectos de contabilizar el plazo de 30 días.
- 2.21. Sin perjuicio de lo antes explicado, tenemos que de ningún modo puede hablarse de la configuración del "siniestro consentido" como erróneamente sostiene la parte denunciante, puesto que ha quedado

000056



demostrado que en el contrato se presenta un vicio de nulidad, el cual no puede ser convalidado por el silencio o por la demora de la aseguradora en pronunciarse sobre el pedido de cobertura.

- 2.22. En tal contexto, resulta oportuno hacer énfasis al pronunciamiento de la Defensoría del Asegurado respecto de dicha figura. Así, en la Resolución 039/11 se señaló que:

OCTAVO: *Que, luego de probada la causal de nulidad, y que ésta puede ser invocada aun cuando la asegurada no llenó una declaración de salud, corresponde determinar si a la misma se le puede oponer o no la figura del siniestro consentido.*

Tal como lo ha establecido esta Defensoría en reiterados precedentes, el siniestro consentido afecta la oposición de exclusiones pero no convalida ni subsana los vicios de nulidad que pueden presentarse en la contratación del seguro.

(...)

NOVENO: *Que, la nulidad del seguro derivada de vicio del consentimiento por haberse omitido u ocultado hechos o circunstancias que hubiesen podido influir en la aseguradora para fines de la respectiva contratación conlleva, como lógica consecuencia, la devolución de las sumas que fueron pagadas, las cuales carecen originariamente de causa o título sustentatorio para su retención.*

- 2.23. Por consiguiente, en la medida que se encuentra acreditado que RIMAC no incurrió en ninguna infracción al deber de idoneidad, solicitamos que la denuncia sea declarada INFUNDADA en todos sus extremos.

000058



- 2-A. Copia de la Póliza de Vida
- 2-B. Copia de folios de la Historia Clínica.
- 2-C. Copia de la DPS
- 2-D. Copia del Endoso a favor del Banco Interbank
- 2-E. Copia de la carta de fecha 07 de octubre presentada por la Sra. Sarah Calderón Zapata
- 2-F. Copia de la carta SV.2014/1660 de fecha 25 de octubre de 2014 mediante la cual nos pronunciamos sobre la atención del siniestro.

POR TANTO:

A Uds. solicitamos tener por presentados nuestros descargos y en su oportunidad declarar **INFUNDADA** la denuncia.

Lima, 08 de agosto de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to be "S. Calderón Zapata".

000059



San Isidro, 30 de Septiembre de 2014

Poliza No.89838

Señor,
NIEVES BOULANGGER CARLOS ILDEGARD
LAS MARGARITAS G 34 STA MARIA DEL PINAR
PIURA

Estimado CARLOS ILDEGARD,

Queremos darte la bienvenida a la familia de Rimac Seguros y a la vez felicitarte por haber adquirido la mejor opción de protección y de ahorro a través de tu seguro Vida Futuro Protegido 65 Años. Nuestra amplia experiencia en el mercado asegurador nos permite brindarte el mejor servicio de manera que tú y tu familia estén debidamente protegidos.

Junto a la presente te hacemos llegar los siguientes documentos:

- Las condiciones particulares
- Las condiciones generales

En ellos encontrarás mayor información sobre los procedimientos de atención y todos los servicios que te ofrecemos, así como las limitaciones y exclusiones de tu póliza.

Además, por la contratación del seguro Vida Futuro Protegido 65 Años, has obtenido dos beneficios adicionales que se mantendrán activos siempre y cuando te encuentres al día en el pago de tu seguro:

- "Programa de Asistencias Multiproducto", el cual te brinda asistencia en el hogar, asistencia médica, asistencia en viajes nacionales y servicios de referencia y coordinación, ante cualquier eventualidad, las 24 horas del día, los 365 días del año. Para mayor información de este programa comunícale al 610-6647, en el horario de lunes a viernes de 9:00a.m a 6:00p.m o envía un correo electrónico a atencionalcliente@americanassist.com
- Cobertura Dental durante 12 meses a partir de la contratación de su seguro Vida Futuro Protegido 65 Años, solo en la relación de proveedores de la cláusula adjunta.

Si tienes alguna duda o consulta, llámanos al 411-3000 o escríbenos al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe

Cordialmente,

RODRIGO GONZALES M

Gerente Unidad de Negocios de Vida

El "Programa de Asistencias Multiproducto" y la cobertura dental no forman parte de las coberturas contratadas a través de tu seguro Vida Futuro Protegido 65 Años y son brindados por proveedores externos con quienes Rimac Seguros mantiene relaciones comerciales, por lo que una vez concluidas éstas, Rimac Seguros te comunicará la cancelación del Programa con 30 días de anticipación.



POLIZA DE SEGURO DE VIDA INVERSION
VIDA FUTURO PROTEGIDO 65 AÑOS

POLIZA No: 89838
VI0507100317

CONDICIONES PARTICULARES.

Rimac Seguros considerando la propuesta presentadas por el asegurado, junto a sus declaraciones en la solicitud de seguro, documentos accesorios y complementarios y, cuando corresponda, el reconocimiento medico y antecedentes de salud presentados, emite las siguientes Condiciones particulares, las cuales en conjunto con las Condiciones Generales, se consideran parte integrante del presente contrato.

1. DATOS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y LA PÓLIZA.

Asegurado.

Nombre y Apellidos NIEVES BOULANGGER CARLOS ILDEGARD
DNI 41306826
Sexo Masculino
Fecha de Nacimiento 05/01/1982 Edad 31
Dirección LAS MARGARITAS G 34 STA MARIA DEL PINAR
Distrito / Prov / Dpto PIURA / PIURA / PIURA

Contratante.

Nombre y Apellidos NIEVES BOULANGGER CARLOS ILDEGARD
DNI 41306826
Dirección LAS MARGARITAS G 34 STA MARIA DEL PINAR
Distrito / Prov / Dpto PIURA / PIURA / PIURA

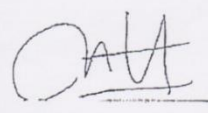
Intermediario.

Nombre y Apellidos GALVEZ LABAJOS INGRID JULISA
DNI 40956004

Datos de la Póliza.

Fecha Inicio de Vigencia 09-Agosto-2013
Fecha de Vencimiento 08-Agosto-2047
San Isidro, 30 de Septiembre de 2014

El Contratante


RODRIGO GONZALES M.
Gerente Unidad de Negocios de Vida

2. COBERTURAS Y PRIMAS DEL SEGURO

Prima Básica	Capital Asegurado	Prima Básica
Coberturas Contratadas	COPIA CERTIFICADA	
Fallecimiento	100,000.00	528.05
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	100,000.00	397.30
	Prima Básica Anual US\$	925.34
Prima de Ahorro	% de distribución	Prima de Ahorro
Fondos de Inversión		
Creclimiento a Largo Plazo	CERTIFICA: 100.00	0.90
	Prima de Ahorro Anual US\$	0.90

NOTA

Que la presente copia es exactamente igual al Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en 226

La rentabilidad o fijación del costo de los instrumentos escogidos no garantizan que el capital que se invierte en los fondos de las cuotas de los instrumentos que componen el fondo, por lo que el rendimiento podrá ser positivo o negativo no ofreciéndose ninguna garantía de capital.

Prima Convenida

Prima Básica
Derecho de Emisión
Prima de Ahorro

JHOSELINE ESPINOZA GALLEGOS
Ejecutivo 2
Secretaría Técnica de la
Comisión de Protección al Consumidor N° 1
INDECOPI - Sede Central

Prima Total Anual

Lima, 14 de marzo de 2018



Frecuencia de pago pactada Mensual

La rentabilidad o ganancias obtenidas en el pasado por la (s) modalidad (es) de inversión elegida (s) no garantiza que ellas se repitan en el futuro, debido a que los valores de las cuota de los fondos son variables.
El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad Aviso, por lo que las condiciones del mandato que autoriza forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza.

3. BENEFICIARIOS

BANCO INTERBANK HASTA LA SUMA QUE ESTUVIERE ADEUDANDO A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO. EN CASO, QUE HUBIERE ALGUN REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA, LOS BENEFICIARIOS SERAN:

- SAMANEZ SOSA SOPHIA VIVIANA (CONYUGE) 70%
- BOULANGGER FERNA MARIZA SOLEDAD (MADRE) 30%

4. CARGOS SOBRE LAS CUENTAS Y LAS PRIMAS

4.1. Cargos sobre Seguro (Cuenta Básica)

Año de la Póliza	% Sobre Valor de la Cuenta	Cargo Fijo	% Sobre Prima Básica Anual de
1	-	-	60.00
2	-	-	35.00
3 al 5	-	-	15.00
6 al 10	-	-	10.00
11 al 20	-	-	5.00
1 al 5	2.50	-	-
6 al 100	0.75	-	-

4.2. Cargos sobre Inversión (Cuenta de Ahorro)

Año de la Póliza	% Sobre Valor de la Cuenta de	Cargo Fijo	% Sobre la prima de ahorro abonada
1 y siguientes	2.50%	-	-
1 y siguientes	-	-	1.50

Nota

El valor cuota a utilizar en las operaciones de compra y venta, será el correspondiente al día en que la operación sea confirmada por la compañía aseguradora.

4. 3.Cargos por Rescate Total

Año de Póliza	% Sobre Prima Básica Anual por Fallecimiento
1	COPIA CERTIFICADA 110%
2	La Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI Sede Central, 110%
4	CERTIFICA. 55%
5	CERTIFICA. 45%
6	Que la presente copia es exactamente igual al Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en 226 fojas, el mismo que se encuentra en nuestro archivo y al que me remito en caso necesario. 23%
7	
8	
9 - 10	
11 en adelante	0 %

Aplicado sobre la suma de las primas básicas netas que debieran haberse pagado desde el inicio de la vigencia de la póliza.

JOSSELINE ESPINOZA GALLEGOS

Ejecutivo 2

Secretaría Técnica de la
Comisión de Protección al Consumidor N° 1
INDECOPI – Sede Central

Lima, 14 de marzo de 2018

5. MOVIMIENTOS DE LA PÓLIZA.

5.1. Período de Gracia y Rehabilitación

Período de gracia (días)	COPIA CERTIFICADA	30
Período de rehabilitación (días)		1080

Nota: el período de gracia entra en vigencia cuando ya no existe saldo ni en la cuenta básica ni en la cuenta de ahorro.

5.2. Modificaciones al Capital Asegurado

Período mínimo de vigencia (meses)	CERTIFICA:	
Período mínimo entre cada modificación (meses)	Que la presente copia es exactamente igual al	6
Número máxima de modificaciones en un año	Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en	226
Prima básica anual	hojas, el mismo que se encuentra en nuestro	
Capital asegurado mínimo (Dólares americanos)	archivo (Dólares americanos)	

5.3. Rescates Parciales sobre la Cuenta de Ahorro

El contratante tendrá derecho a efectuar Rescates Parciales desde el Valor Acumulado de acuerdo a las siguientes condiciones:

Número máximo de retiros en un año	6.00
Número máximo de retiros en un mes	limitado
Monto mínimo de cada retiro	250.00
Período mínimo de vigencia (días)	30
5.3.1. Cargos por rescates parciales	
Porcentaje del retiro	0.50 %
Cargo fijo por retiro	0.00
Cargo máximo por retiro (Dólares americanos)	100.00

5.3.2. Préstamos sobre la Cuenta Básica

El contratante podrá solicitar préstamos a la compañía según las condiciones señaladas en el cuadro siguiente:

Período mínimos de vigencia (meses)	12
Porcentaje máximo del valor de la cuenta básica	80.00 %
Interés del préstamo (anual)	10.00 %

5.4. Depósitos extraordinarios

Límite de monto	500,000
Límite de veces por año	4
Límite de veces por mes	1
Cargos a la prima extraordinaria	

Lima, 14 de marzo de 2018

ROSALINE ESPINOZA GALLEGOS
Ejecutivo 2
Secretaría Técnica de la
Comisión de Protección al Consumidor N° 1
INDECOPI – Sede Central

000063



E. ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS DE INVERSIÓN.

Monto mínimo para transferencias (Dólares americanos)

50.00

6.1. Fondos de inversión Vinculados

Cuenta	Fondo de Inversión	Rentabilidad Anual Proyectada	Distribución Prima de Ahorro
Cuenta Básica	Crecimiento a Largo Plazo	12.00	
Cuenta de Ahorro	Crecimiento a Largo Plazo	12.00	100.00

6.2. Cambios de Alternativa de Inversión

Período mínimo de vigencia de la póliza (meses)	12
Número máximo de cambios (veces)	5
Período mínimo entre cada cambio (meses)	2

7. INFORMACIÓN AL CLIENTE.

Envío de Estado de Cuenta Corriente y Movimientos	
Número de envíos al año (veces)	2
Período mínimo entre cada envío	6

ARTÍCULO 28: REGLAS DE INTERPRETACIÓN.....	26
ARTÍCULO 29: JURISDICCIÓN.....	26
ARTÍCULO 30: DOMICILIO Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	26
ARTÍCULO 31: INFORMACIÓN AL CONTRATANTE.....	26
ARTÍCULO 32: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	27
ARTÍCULO 33: CONSULTAS, SUGERENCIAS O RECLAMOS.....	27

COPIA CERTIFICADA

**La Secretaria Técnica de la Comisión de
Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI
Sede Central**

CERTIFICA:

Que la presente copia es exactamente igual al Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en 226 fojas, el mismo que se encuentra en nuestro archivo y al que me remito en caso necesario.



JHOSELINE ESPINOZA GALLEGOS
Ejecutivo 2
Secretaría Técnica de la
Comisión de Protección al Consumidor N° 1
INDECOPI – Sede Central

Lima, 14 de marzo de 2018



SEGURO DE VIDA UNIVERSAL VARIABLE -
VIDA FUTURO PROTEGIDO, PLAN HASTA LOS 65 AÑOS

CONDICIONES GENERALES

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro y en las correspondientes al estado de salud presentadas por el ASEGURADO o por su representante legal, las cuales se adhieren y forman parte integrante de este contrato de seguro y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración y, asimismo, de acuerdo a lo estipulado tanto en las Condiciones Generales, así como en las Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Especiales y en los Endosos y Anexos que se adhieren a esta Póliza, y que, en forma conjunta e indivisible constituyen el Contrato de Seguro, RIMAC INTERNACIONAL COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante simplemente LA COMPAÑIA y/o EL ASEGURADOR) conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO 1: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En virtud de las presentes Condiciones Generales, EL CONTRATANTE se obliga al pago de la Prima Convenida en las Condiciones Particulares y LA COMPAÑIA a indemnizar a los Beneficiarios de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares ante el fallecimiento del ASEGURADO, siempre que dicho fallecimiento ocurra durante el período de vigencia de la Póliza y se cumpla con los términos y condiciones establecidas en ella.

Si el asegurado sobrevive a la fecha de vencimiento de la póliza, se liquidará la póliza con el monto correspondiente a la suma del valor de la Cuenta Básica más el valor de la Cuenta de Ahorros alcanzado (de existir éste), con deducción de los cargos correspondientes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, una vez efectuada la liquidación de la póliza, el contrato quedará resuelto para todos los efectos.

El monto asegurado a pagar en caso de fallecimiento será igual al mayor valor entre el Capital Asegurado y el 110% del saldo de la Cuenta Básica, más el saldo de la Cuenta de Ahorros.

ARTÍCULO 2: DEFINICIONES

- 2.1 **Contratante:** Es la persona natural, que contrata la Póliza y que asume los derechos y obligaciones que de ella se derivan. EL CONTRATANTE se encuentra detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.2 **Asegurado:** Es la persona natural sobre cuya vida LA COMPAÑÍA asume el riesgo de fallecimiento y otros adicionales, y que se encuentra detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.3 **Beneficiarios:** Son las personas designadas por EL CONTRATANTE a quienes corresponde percibir las indemnizaciones por este contrato, y que se encuentran señaladas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Su designación es expresa y es un interés asegurable entre el o los Beneficiarios y el asegurado.

2.4 **Capital Asegurado:** Es el monto por el cual esta Póliza está suscrita, y que se encuentra detallado en las Condiciones Particulares.

2.5 **Monto Esperado:** Es el monto que se espera percibir al momento del siniestro amparado por la Póliza. Este puede ser igual o mayor al Capital Asegurado, dependiendo del Valor de la Póliza al momento del siniestro.

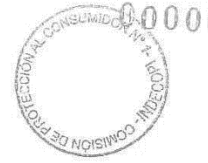
2.6 **Interés Asegurable:** Es la pérdida económica que el beneficiario de seguro sufre como consecuencia de la ocurrencia de un siniestro.

2.7 **Prima Básica:** Es el valor determinado por LA COMPAÑÍA como contraprestación por las coberturas otorgadas al ASEGURADO, y que tiene como fundamento la selección y evaluación del riesgo. El monto, plazo y frecuencia de pago de la Prima Básica se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.8 **Prima de Ahorro:** Es la cantidad adicional a la prima básica que EL CONTRATANTE puede pagar del seguro, en la misma forma y oportunidad de la prima básica, con la intención de incrementar el Valor de la Póliza, el mismo que está sujeto a la eventual rentabilidad que puedan generar los Portafolios de Inversión vinculados a las Subcuentas de Ahorro.

2.9 **Prima Convenida:** Es aquella que EL CONTRATANTE acuerda pagar en forma periódica. Corresponde a la suma de la Prima Básica más la Prima de Ahorro. Su monto, plazo y frecuencia de pago se encuentran detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.10 **Prima extraordinaria:** Es cualquier prima adicional a la Prima Convenida que paga EL CONTRATANTE voluntariamente, ya sea en forma ocasional o periódica, con la intención de incrementar el Valor de la Póliza, el mismo que está sujeto a la eventual rentabilidad que puedan generar los Portafolios de Inversión vinculados a las Subcuentas de Ahorro. Las restricciones se señalan en las Condiciones Particulares de la Póliza.



- 2.11 Cuenta Básica: Es el registro de ingresos y egresos que LA COMPAÑÍA mantiene vigente a nombre del CONTRATANTE, donde se abonan las primas básicas pagadas y mensualmente se deducen el costo de las coberturas y los Gastos del Asegurador correspondientes a la Cuenta Básica.
- 2.12 Cuenta de Ahorros: Es una cuenta separada que LA COMPAÑÍA mantiene vigente a nombre del CONTRATANTE, cuyo valor corresponde a la suma de los valores de las Subcuentas de Ahorro contempladas en la Póliza.
- 2.13 Subcuentas de Ahorro: Son los registros de ingresos y egresos que LA COMPAÑÍA mantiene vigentes a nombre del CONTRATANTE, donde se abonan las primas de ahorro y las Primas Extraordinarias, de acuerdo a la distribución instruida por EL CONTRATANTE y se descuentan los Gastos del Asegurador correspondientes a las cuentas de ahorro y los retiros que se realicen en calidad de rescates parciales. El valor de cada subcuenta de ahorro se calculará multiplicando el número de cuotas del saldo por el valor que tenga la cuota del respectivo portafolio de inversión al momento de la valorización.
- 2.14 Póliza: Forman parte de la Póliza, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Especiales, las Cláusulas Adicionales, los Endosos, Anexos, la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud del ASEGURADO. Todos estos documentos constituyen, en forma conjunta e indivisible, el Contrato de Seguro.
- 2.15 Valor de la Póliza: Corresponderá a la suma del valor de la Cuenta Básica más el valor de la Cuenta de Ahorros. El Valor de la Póliza pertenece al CONTRATANTE, quien puede ejercer su derecho a él a través de retiros sobre el valor de la Cuenta de Ahorros o a través del rescate total del Valor de la Póliza, en cuyo caso terminará el seguro. También puede ejercer su derecho a través de préstamos sobre el valor de la Cuenta Básica.
- 2.16 Valor de Rescate: Es el monto correspondiente a la suma del valor de la Cuenta Básica más el valor de la Cuenta de Ahorros alcanzado (de existir éste), al momento de la liquidación, con deducción de los cargos correspondientes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 2.17 Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza: Corresponde a las carteras de instrumentos financieros que LA COMPAÑÍA aseguradora tomará en consideración para determinar la rentabilidad que aplicará al Valor de la Póliza. Estos Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza corresponden a instrumentos de inversión establecidos por la legislación vigente. LA COMPAÑÍA aseguradora podrá modificar en cualquier momento el número y tipo de Portafolios de Inversión ofrecidos a través de la Póliza indicados en las Condiciones particulares de la Póliza.
- 2.18 Cargo por Retiros: Es el monto que LA COMPAÑÍA deduce del retiro efectuado sobre el valor de una subcuenta de ahorro, en caso EL CONTRATANTE lo

COPIA CERTIFICADA

Sede Central

solicite. Este cargo está expresado como un porcentaje del retiro, más un cargo fijo, según se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de rescate total, se entenderá que se ha solicitado el retiro total de todas las Subcuentas de Ahorro vigentes en la Póliza.

La Secretaría Técnica de la Comisión de

2.19 Cargo por Rescate Total Consumido: Es el monto que se deduce de la Cuenta Básica para los efectos de calcular el Valor de Rescate de la Póliza y que se determina según se indica en las Condiciones Particulares de ésta.

2.20 Capital en Riesgo: Corresponde a la diferencia entre el Monto asegurado y el Valor de la Póliza. El capital en riesgo es la base sobre la que se calculará el costo de la cobertura de la póliza es exactamente igual al

2.21 Costo de las Coberturas: Es el costo que mensualmente LA COMPAÑIA deducirá de la Cuenta Básica para cubrir el costo de mantenimiento y los riesgos de las coberturas vigentes en el momento de la emisión de las coberturas. Este costo será determinado sobre la base de las tasas mensuales que para cada edad alcanzada por el ASEGURADO, aparecen detalladas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.22 Gastos del Asegurador: Es el monto que LA COMPAÑIA deduce de la Cuenta Básica y de las Subcuentas de Ahorro, según corresponda, para cubrir sus propios gastos y que se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estos gastos son los siguientes:

i. Cargo sobre la Cuenta Básica: Es la cantidad que LA COMPAÑIA deducirá mensualmente de la Cuenta Básica destinada a financiar los gastos en que incurre LA COMPAÑIA por concepto de administración de esta Póliza. Estos gastos están detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Lima, 14 de marzo de 2018

ii. Cargo por primas abonadas a la Cuenta Básica: Es el monto que LA COMPAÑIA deduce de la cuenta básica correspondiente cada vez que se abona una prima básica. Este cargo está detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

iii. Cargo por primas abonadas a las Subcuentas de Ahorro: Es el monto que LA COMPAÑIA deduce de la subcuenta de ahorro correspondiente cada vez que se abona una prima de ahorro o una prima extraordinaria. Este cargo está detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

iv. Cargo sobre el valor de las Subcuentas de Ahorro: Es el monto que LA COMPAÑIA deducirá mensualmente desde las Subcuentas de Ahorro para cubrir sus propios gastos. Este cargo se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.

000067



- v. **Cargo por cambio de Portafolio de Inversión:** Es el monto que LA COMPAÑÍA deduce de la Cuenta Básica y/o de las Subcuentas de Ahorro cada vez que EL CONTRATANTE cambie el portafolio de inversión asociado a una de ellas. Este cargo se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- vi. **Cargos por transferencias de dinero entre Subcuentas de Ahorro:** Es el monto que LA COMPAÑÍA deducirá cada vez que EL CONTRATANTE efectúe un traspaso de dinero entre las Subcuentas de Ahorro. Su monto y condiciones de aplicación se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza. Este cargo por traspaso de dinero no será aplicable en caso de modificación de los Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza.
- vii. **Cargos tributarios:** Es el monto que LA COMPAÑÍA podría deducir de la Cuenta Básica y/o de las Subcuentas de Ahorro por concepto de los tributos establecidos por la legislación peruana eventualmente pudieran afectar: (i) los bienes, valores mobiliarios y demás activos que conformen los Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza; (ii) las ganancias de capital, rentas, dividendos y demás beneficios derivados de las inversiones realizadas con los Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza; y, (iii) los movimientos de efectivo, débitos o abonos del principal o de los intereses, ganancias, dividendos y demás beneficios derivados de los Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza.
- 2.23 **Impuestos, tasas, y contribuciones:** Para los efectos de realizar los descuentos y cargos sobre la base de las primas, se entenderá que éstas se realizan sin considerar impuestos. Cuando corresponda, los impuestos serán deducidos de las primas antes de ser abonadas a las cuentas, los que serán retenidos y posteriormente transferidos a la entidad recaudadora correspondiente, de manera que LA COMPAÑÍA actuará sólo como retenedora de dichos tributos.
- Los impuestos, tasas, contribuciones, y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos ya existentes sobre los seguros de vida, tanto para primas, rescates o indemnizaciones, serán de exclusiva cuenta, costo y riesgo de la parte que señale la Ley de la materia y serán adicionados a la prima y costos vigentes.
- 2.24 **Edad Alcanzada:** Es la edad en años, contada desde el nacimiento, que en una determinada fecha tenga el ASEGURADO.
- 2.25 **Cuota:** Es la unidad en que se expresan los Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza.
- 2.26 **Valor de la Cuota.** El valor cuota equivale al valor de mercado total de los instrumentos o activos vinculados al portafolio de inversión dividido por el

número total de cuotas vigentes a esa fecha para cada portafolio de inversión. Dicho valor de mercado de mercado de valores que contiene el monto de los instrumentos o activos vinculados al portafolio de inversión.

2.27 **Derecho de Emisión:** Es el monto que las compañías aseguradoras tienen la facultad de descontar del monto de la prima del seguro.

Sede Central,
Para los efectos de realizar los descuentos y cargos sobre la base de las primas, se entenderá que éstas siempre estarán netas del Derecho de Emisión, el que será deducido de las primas antes de ser abonadas a las cuentas.

2.28 **Derecho de Arrendo:** Si varios beneficiarios son instituidos en una Póliza sin determinación de partes o en partes iguales y alguno de ellos fallece antes que el ASEGURADO y este no modifica la declaración de Beneficiarios, la Póliza acrece las partes de las que me remito en caso necesario.

2.29 **Edades Limite:** Corresponde a la edad mínima y máxima para contratar este seguro así como la edad máxima de permanencia del ASEGURADO en el.

2.30 **Endoso:** Es una modificación al contrato solicitada por EL CONTRATANTE, que altera o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Condiciones Particulares de la Póliza.

2.31 **Seguro principal o cobertura principal:** Corresponde al fallecimiento del ASEGURADO conforme a lo descrito en estas Condiciones Generales.

2.32 **Accidente:** Se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que ocurra durante la vigencia de la póliza y que produzca en la integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o quemaduras médicamente comprobadas, o ahogamiento. No se considera un accidente los hechos que sean consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

ARTÍCULO 3: VALOR DE LA CUENTA BÁSICA

El valor de la Cuenta Básica se expresará en la moneda de la Póliza y se determinará según su número de cuotas a la fecha del cálculo, multiplicado por el valor que tenga la cuota del Portafolio de Inversión vinculado a la fecha del cálculo.

Los abonos y los cargos a la Cuenta Básica serán efectuados en cuotas. El número de cuotas se calculará dividiendo el monto del abono o cargo, según corresponda, por el Valor de la Cuota del Portafolio de Inversión vinculado a la Cuenta Básica, a la fecha del respectivo movimiento.



A la Cuenta Básica se abonarán y cargarán los siguientes conceptos:

1. Se abonará la prima básica pagada por EL CONTRATANTE en el mes.
2. El último día de cada mes, se descontarán los Costos de las Coberturas que aparecen detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza, correspondientes al siguiente mes, de acuerdo a la edad alcanzada por el ASEGURADO. Excepcionalmente, a la fecha en que se inicie la vigencia de la Póliza se descontarán los costos de cobertura proporcionales a los días faltantes hasta el primer fin de mes.
3. El último día de cada mes, se descontarán los cargos por concepto de Gastos del Asegurador asociados a esta cuenta, que aparecen detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza, correspondientes al mes respectivo. Excepcionalmente, al término del primer mes se descontarán los gastos proporcionales a los días faltantes desde la fecha de inicio de la vigencia, hasta el primer fin de mes.
4. El último día de cada mes, se abonará la diferencia entre la rentabilidad garantizada y la variación del valor de la Cuenta Básica en el mes, si correspondiese, de acuerdo a lo señalado en el artículo 6.
5. Se cargará el monto por rescate total, cuando EL CONTRATANTE solicite el rescate total a LA COMPAÑÍA aseguradora.

ARTÍCULO 4: VALOR DE LAS SUBCUENTAS DE AHORRO

El valor de cada subcuenta de ahorro se expresará en la moneda de la Póliza y se determinará según su número de cuotas a la fecha del cálculo, multiplicado por el valor que tenga la cuota del respectivo portafolio de inversión vinculado, a la fecha del cálculo.

Los abonos y los cargos a una subcuenta de ahorro serán efectuados en cuotas. El número de cuotas se calculará dividiendo el monto del abono o cargo, según corresponda, por el valor de la cuota del portafolio de inversión asociado a la subcuenta de ahorro a la fecha del respectivo movimiento.

A cada subcuenta de ahorro se abonarán y cargarán los siguientes conceptos:

1. Se abonará la proporción de la prima de ahorro, de acuerdo a la distribución señalada en las condiciones particulares de la Póliza.
2. Se abonarán las Primas Extraordinarias pagadas de acuerdo a las instrucciones recibidas por EL CONTRATANTE. Si EL CONTRATANTE no especifica el destino de la prima extraordinaria, ésta se distribuirá entre las

Subcuentas de Ahorro en las mismas proporciones indicadas para las primas de ahorro en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COPIA CERTIFICADA

3. Se descontarán los cargos por primas abonadas a la subcuenta de ahorro que aparecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.
4. Se descontarán los cargos sobre el saldo de la subcuenta de ahorro que aparecen detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza, correspondientes al mes de la Póliza.
5. De aquellas cuentas que instruya EL CONTRATANTE, se descontará cualquier retiro, de acuerdo a lo señalado en el Artículo 7 y el cargo por retiros, que correspondan.
6. Se abonarán las transferencias de dinero que se efectúen de acuerdo a las instrucciones recibidas por EL CONTRATANTE.
7. Se cargarán las transferencias hacia otras Subcuentas de Ahorro y el cargo por transferencia correspondiente, que se efectúen de acuerdo a las instrucciones recibidas por EL CONTRATANTE.

CERTIFICA:

Que la presente copia es exactamente igual al Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en 226

ARTÍCULO 5: PORTAFOLIOS DE INVERSIÓN VINCULADOS A LA PÓLIZA
JHOSELINE ESPIROZA GALLEGOS

Este seguro brinda la opción al CONTRATANTE, de elegir los Portafolios de Inversión en los cuales será invertida la Cuenta Básica y el valor de cada subcuenta de ahorro. No obstante, LA COMPAÑÍA podrá aumentar o disminuir la oferta de alternativas de inversión en las cuales pueda ser invertida la Cuenta Básica, así como el número de Subcuentas de Ahorro que se establezcan dentro de una Póliza.

Lima, 14 de marzo de 2018

El detalle de la política de inversiones elegida por EL CONTRATANTE, la podrá encontrar en la página www.rimac.com.pe, buscando en ella las ventajas y beneficios de su producto contratado.

El CONTRATANTE declara conocer los riesgos del mercado, de interés, de tipo de cambio o de incumplimiento a los que están expuestos los activos que conforman los Portafolios de Inversión, y que en consecuencia pueden afectar el Valor Póliza, y que todos ellos se encuentran fuera del control de LA COMPAÑÍA. Por lo tanto queda establecido expresamente que EL CONTRATANTE asume el riesgo de la inversión según lo especificado en el artículo 6 del presente contrato.

Los montos invertidos en un portafolio de inversión serán efectuados en cuotas. El valor de la cuota será calculado diariamente, y equivaldrá al valor de mercado total de los instrumentos o activos vinculados al portafolio de inversión dividido por el número total de cuotas vigentes a esa fecha para cada portafolio de inversión.

000060



Dicho valor de mercado dependerá del comportamiento de los instrumentos o activos vinculados al portafolio de inversión.

EL CONTRATANTE, previa comunicación escrita, y una vez transcurrido el período mínimo de vigencia señalado en las Condiciones Particulares, EL CONTRATANTE podrá cambiar los Portafolios de Inversión elegidos para la Cuenta Básica y para las subcuentas de Ahorro, de acuerdo a las alternativas ofrecidas por LA COMPAÑÍA. El número máximo de cambios en un año y el período mínimo entre cambios, se indican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑÍA podrá variar, agregar o eliminar, en cualquier momento, cualquiera de los Portafolios de Inversión. Estos cambios serán debidamente informados al CONTRATANTE, de modo que éste pueda instruir cómo se redistribuirán los saldos de las cuentas, en caso sea necesario hacerlo. Si LA COMPAÑÍA no recibe del CONTRATANTE instrucciones al respecto, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la notificación, esta procederá a traspasar y vincular el valor de las cuotas de la correspondiente Cuenta Básica y/o Subcuenta de Ahorros al Portafolio de Inversión de la categoría de riesgo más conservadora que se ofrezca por LA COMPAÑÍA en ese momento, para la respectiva Cuenta Básica o Subcuenta de Ahorros.

ARTÍCULO 6: RENTABILIDAD DE LOS PORTAFOLIOS DE INVERSIONES VINCULADOS A LA CUENTA BÁSICA Y A LAS SUBCUENTAS DE AHORRO

La presente Póliza no garantiza ningún tipo de interés o rentabilidad, salvo aquellos Portafolios de Inversión vinculados a la Cuenta Básica que lo señalen expresamente. Por lo tanto, EL CONTRATANTE reconoce que la rentabilidad del Valor de la Póliza en cualquier período, calculada al cierre del día hábil anterior, podrá ser positiva, cero o negativa, dependiendo de la rentabilidad obtenida en el mismo período en cada uno de los Portafolios de Inversión vinculados a cada cuenta de la Póliza y que hayan sido seleccionados por EL CONTRATANTE.

En caso de que uno o varios Portafolios de Inversión vinculados a la Póliza estuviesen denominados en una moneda o divisa diferente a la moneda de la Póliza, LA COMPAÑÍA no garantizará ningún tipo de cambio de divisa. Sin embargo, se registrará bajo el tipo de cambio que publique la Superintendencia de Banca y Seguros

ARTÍCULO 7: RETIROS DE LA CUENTA DE AHORROS

EL CONTRATANTE tendrá derecho a efectuar retiros del valor de la Cuenta de Ahorros, mediante una solicitud por escrito dirigida a LA COMPAÑÍA, quien pagará

dicho retiro dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COPIA CERTIFICADA

EL CONTRATANTE deberá señalar el o los montos a rescatar y las Subcuentas de Ahorro de las cuales la **Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI** procederá a efectuar el retiro correspondiente en forma proporcional al saldo de cada una de éstas. Del monto del retiro, se deducirá el cargo por retiro.

Para otorgar un retiro se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) EL CONTRATANTE sólo podrá efectuar el número máximo de retiros por mes y por año, que se señala en las Condiciones Particulares de la Póliza al Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en 226
- b) El monto de cada retiro que se solicite, no podrá ser inferior a la cantidad que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 8: PRÉSTAMOS

Luego de transcurrido el período mínimo de vigencia establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, EL CONTRATANTE podrá obtener préstamos sobre el saldo de su Cuenta Básica por cantidades que en su totalidad no excedan de los siguientes montos:

- a) La diferencia entre el valor de la Cuenta Básica al momento de solicitar el préstamo y el cargo por rescate total y
- b) El valor que resulte de multiplicar el porcentaje máximo establecido en las condiciones particulares de la Póliza por el saldo de la Cuenta Básica

Además, los préstamos estarán sujetos a las siguientes condiciones:

- a) Que al efectuarse el préstamo se cubra cualquier deuda anterior que EL CONTRATANTE tuviere con LA COMPAÑÍA;
- b) El préstamo se reajustará en los mismos plazos, términos y condiciones que el Capital Asegurado y quedará sujeto al interés y demás condiciones que se pacten en el respectivo contrato;
- c) EL CONTRATANTE podrá reembolsar a LA COMPAÑÍA el importe total del préstamo o parte del mismo durante la vigencia de la Póliza;
- d) En caso de fallecimiento del ASEGURADO, el importe total adeudado en virtud de préstamos otorgados bajo la Póliza se deducirá del monto asegurado que corresponda pagar; y

000070



- e) En el momento que el saldo de los préstamos vigentes iguale o supere a la diferencia entre el valor de la Cuenta Básica y el cargo por rescate total, LA COMPAÑÍA dará por pagado el saldo adeudado y se atenderá a lo establecido en el artículo 12 de este contrato.

ARTÍCULO 9: PAGO DE LA PRIMA

La Prima Convenida correspondiente a esta Póliza deberá ser pagada por adelantado en las fechas estipuladas y con la frecuencia que se establezca en las Condiciones Particulares, en las oficinas, entidades financieras o establecimientos autorizados para el cobro por LA COMPAÑÍA.

A pedido del CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA podrá aprobar la modificación de la forma de pago de la Prima Convenida originalmente convenida, a partir del vencimiento más próximo.

La prima deberá ser pagada hasta la fecha establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza o hasta el mes en que ocurra el fallecimiento del ASEGURADO, si este hecho ocurre antes.

LA COMPAÑÍA no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia, no imputables a LA COMPAÑÍA, que produzcan atraso en el pago de la Prima Convenida, para las distintas modalidades de Pago.

ARTÍCULO 10: EFECTO DEL NO PAGO DE LA PRIMA BÁSICA

El incumplimiento en el pago de la prima básica no suspende la vigencia de la póliza, siempre y cuando el importe de la Cuenta Básica, descontados los préstamos vigentes otorgados al CONTRATANTE, sea igual o mayor al cargo por rescate de la Cuenta Básica.

En caso que se haya dado el incumplimiento del pago de la prima básica, y se verifique que la suma del costo de cobertura y los gastos del Asegurador es superior al saldo disponible en la Cuenta Básica, descontados el cargo por rescate y el saldo de los préstamos solicitados por EL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA cargará desde las Subcuentas de Ahorro del Asegurado, el importe necesario para poder efectuar el pago del costo de cobertura y los gastos del ASEGURADOR, con la finalidad de mantener vigente la Póliza.

En el caso de existir fondos en la Cuenta Básica y en la Cuenta de Ahorro, pero la suma de estos fondos, sean inferiores a los Costos de cobertura y de los Gastos del Asegurador –deducidos los Cargos por Rescate y préstamos pendientes otorgados al Asegurado– LA COMPAÑÍA aplicará lo dispuesto en el inciso 2 del artículo 12.



siguiente, sin que dicha solicitud se haya presentado o, de haberse presentado, ella no hubiere sido aprobada por LA COMPAÑÍA, habiendo comunicado previamente al ASEGURADO y/o CONTRATANTE sobre dicha decisión.

4. En caso de reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del CONTRATANTE, ASEGURADO y/o beneficiario, el presente contrato podrá ser resuelto por LA COMPAÑÍA perdiendo EL CONTRATANTE, ASEGURADO y/o beneficiario todo derecho emanado de la Póliza.

En los casos descritos en el numeral 1 y 2 precedentes, la resolución del presente Contrato de Seguro, se producirá de pleno derecho cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, reciba una comunicación escrita remitida por LA COMPAÑÍA, en la cual le informa dicha decisión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguro.

En los supuestos detallados en los numerales 3 y 4 del presente artículo, la resolución del presente Contrato de Seguro, se producirá de pleno derecho cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, reciba una comunicación escrita remitida por LA COMPAÑÍA, con una anticipación no menor a treinta (30) días contados a la fecha en que se haga efectiva la resolución del contrato de Seguro, en la cual manifieste su intención de invocar dicho derecho.

La resolución del presente contrato, trae como consecuencia lo expresado en el artículo 24 del presente Condicionado General de la Póliza.

ARTÍCULO 13: REHABILITACIÓN

Producida la suspensión de los efectos del contrato por las causas señaladas en el artículo precedente, EL CONTRATANTE podrá solicitar por escrito su rehabilitación en cualquier momento, dentro del Período de Rehabilitación señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

A tal efecto, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. EL CONTRATANTE deberá solicitar a LA COMPAÑÍA, por escrito, la rehabilitación de la Póliza;
2. EL ASEGURADO deberá dar cumplimiento a los requisitos necesarios acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad, a satisfacción de LA COMPAÑÍA; y
3. EL CONTRATANTE deberá hacer efectivo a LA COMPAÑÍA el pago del monto adeudado por concepto de costo de coberturas y gastos del Asegurador, los cuales motivaron la suspensión de la cobertura.

LA COMPAÑÍA, previa evaluación, podrá aprobar o no la solicitud presentada por EL CONTRATANTE.

Aprobada la solicitud, la Póliza quedará rehabilitada a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que LA COMPANIA reciba la solicitud de rehabilitación. El valor de la Cuenta Básica y los saldos adeudados por concepto de préstamos, volverán a los valores vigentes a la fecha en que se suspendió la cobertura de la Póliza.

**La Secretaría Técnica de la Comisión de
Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI**

Sede Central,

ARTÍCULO 14: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

CERTIFICA:

La veracidad de las declaraciones hechas con conocimiento o sin el conocimiento del asegurado en la propuesta o solicitud del seguro, en sus documentos accesorios o que se presente en el momento de la suscripción, cuando éste constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

Expediente N° 413-2010-CC-1, consistente en 220 fojas, el mismo que se encuentra en nuestro

archivo de la cobertura en caso necesario de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que, de haber sido conocida por LA COMPANIA, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, facultará a LA COMPANIA a declarar la nulidad del contrato o su resolución, casos en los cuales se devolverá al CONTRATANTE o a quien represente sus derechos los sumos de ahorro y primas de ahorro y primas extraordinarias percibidas, menos la suma acumulada hasta la fecha de término de la Póliza, de los gastos del Asegurador por concepto de comercialización y administración de la Póliza, según lo dispuesto en los artículos 3 y 4 de la Ley N° 26909, Ley del Consumidor. Todos los retiros realizados de las Subcuentas de Ahorro y de Ahorro y Reducción de cualquier deuda que EL CONTRATANTE tuviera con LA COMPANIA.

Lima, 14 de marzo de 2019.
Las declaraciones realizadas por EL CONTRATANTE o ASEGURADO constituyen Declaración Jurada para efectos legales.

ARTÍCULO 15: INDISPUTABILIDAD

La Póliza será indisputable por reticencia, omisión o inexactitudes en la declaración de riesgo realizada por el CONTRATANTE o ASEGURADO cuando hayan transcurrido tres (3) años completos desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de su rehabilitación, o desde el aumento del Capital Asegurado, siempre que en dicha declaración no medie de dolo, mala fe, fraude o culpa inexcusable.

ARTÍCULO 16: TITULAR DE ESTA PÓLIZA



Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo la Póliza y que no pertenecen a LA COMPAÑÍA, estarán reservados al CONTRATANTE, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiere convenido lo contrario.

Si EL CONTRATANTE falleciera estando la Póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el ASEGURADO, si fuese persona distinta, se hiciera cargo de sus obligaciones y en tal caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que la Póliza reconoce al CONTRATANTE, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato.

ARTÍCULO 17: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO en mutuo acuerdo con EL CONTRATANTE, podrán designar como beneficiario del seguro a una o más personas, para lo cual deberá nombrarlas en la solicitud de seguro e indicar los porcentajes que le corresponde a cada uno. Si no indicara tales porcentajes, se entenderá que los mismos son en partes iguales.

Si no hubiere beneficiario designado o habiendo éste fallecido antes que el ASEGURADO, el seguro será pagadero a los herederos legales del ASEGURADO o, si hubiesen más Beneficiarios, se aplicará el derecho de acrecer.

En caso de disputa entre Beneficiarios y/o herederos legales, LA COMPAÑÍA se sujetará a lo dispuesto por el fallo judicial o arbitral correspondiente.

Mientras EL CONTRATANTE no haya cedido esta Póliza, tendrá derecho a cambiar de beneficiario en cualquier momento. Para ello sólo se requerirá que lo comunique por escrito a LA COMPAÑÍA, en cualquiera de sus oficinas.

En ningún caso y bajo ninguna circunstancia procederá la inclusión, sustitución o eliminación de un beneficiario una vez fallecido EL ASEGURADO.

Si un beneficiario falleciera durante el proceso de liquidación de la Póliza o luego de tener el derecho a la indemnización, el capital que le correspondería será pagado a sus herederos legales.

LA COMPAÑÍA pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en la Póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito a LA COMPAÑÍA, con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO 18: EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre el fallecimiento del ASEGURADO ocurrido como consecuencia de, con relación a, o como producto de:

- COPIA CERTIFICADA**
- La Secretaría Técnica de la Comisión de
Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI
Sede Central
- CERTIFICA:**
- a) Suicidio, auto-muerte o muerte de cualquier otro modo ocurrido al menos de 12 meses antes de la contratación del seguro, desde la última rehabilitación o desde el último aumento del Capital Asegurado. En este último caso dicho plazo se considera sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violentos que se prescriben en el Código Penal Militar; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo. fojas, el mismo que se encuentra en nuestro activo y plano por emitir en caso necesario
- c) Por acto delictivo y omisión por omisión que se prescriben contra el ASEGURADO, en calidad de autor o cómplice, dejando a salvo el derecho a recibir el capital garantizado de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- d) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, HOSBELINE ESPINOZA GALDEOS, conmoción civil que adquiriera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado, ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública. Secretario Ejecutivo de la
Secretaría Técnica de la
Comisión de Protección al Consumidor N° 1
- e) Detonación nuclear, INDECOPI - Sede Central, nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva. Lima, 14 de marzo de 2018
- f) La práctica frecuente y recurrente como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras, de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lancha a motor, avionetas y de caballos. La presente exclusión no surte efecto si el deceso se produjera en viajes de placer, vacaciones.
- g) La práctica frecuente y recurrente de actividades o deportes riesgosos, tales como artes marciales, escalamiento y caminata de montaña, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, esquí acuático y sobre nieve, caza submarina, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, boxeo y caza de fieras. La presente exclusión no surte efecto si el deceso se produjera en viajes de placer, vacaciones.

En el caso de modificación del Capital Asegurado, la nueva prima básica no podrá ser inferior a la prima mínima que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COPIA CERTIFICADA

Para los efectos de la modificación de suscripción de LA COMPANÍA, así como deberá acreditar que reúne las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de LA COMPANÍA, y pagar todos los gastos derivados de esta solicitud, se otorgue o no dicho aumento.

CERTIFICA:

El nuevo Capital Asegurado por fallecimiento constará en el correspondiente endoso a la Póliza que se entregará al CONTRATANTE, y no podrá ser inferior al monto mínimo que para estos efectos se señala en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Que la presente copia es exactamente igual al Expediente N° 413-2016/CC-1, consistente en 226 fojas, el mismo que se encuentra en nuestro archivo y al que me remito en caso necesario.

ARTÍCULO 21: CESIÓN

EL CONTRATANTE podrá ceder al ASEGURADO u otro tercero su Póliza de seguro, como garantía de una deuda u obligación por cualquier otra causa.

En este caso, el cesionario adquiere pleno derecho sobre el Valor de Rescate de la Póliza, hasta el monto de la cesión.

JHOSELINÉ ESPINOZA GALLEGOS

Esta cesión debe realizarse por escrito y deberá ser notificada a LA COMPANÍA, la que en ningún caso asumirá responsabilidad alguna en cuanto a la eficacia y a los efectos de la cesión, ni estará obligada a intervenir en cuestiones que puedan suscitarse entre las partes interesadas. No obstante, para que la cesión surta efectos, LA COMPANÍA deberá aceptarla. Se entenderá aceptada la cesión cuando se emita el endoso de cesión.

Lima, 14 de marzo de 2018

Si la cesión fuese parcial o en garantía y quedara un remanente en el Valor de Rescate, pertenecerá al CONTRATANTE, quien podrá disponer libremente de él.

Cualquier deuda sobre préstamos y sus intereses contraída por EL CONTRATANTE a favor de LA COMPANÍA, tendrá prioridad de pago sobre cualquier cesión.

EL CONTRATANTE podrá dejar sin efecto la cesión pactada con un tercero en el momento en que lo estime conveniente y siempre que el tercero cesionario manifieste su conformidad. Ambos deberán comunicar el término de la cesión a LA COMPANÍA a través de carta simple.

ARTÍCULO 22: PROCEDIMIENTO PARA EL RECLAMO Y PAGO DE BENEFICIOS

Ocurrido el siniestro, y estando esta Póliza en pleno vigor, el(los) beneficiario(s) o el(los) heredero(s) legal(es), acreditando su calidad de tales, podrán presentar la

tomando como referencia la edad real del ASEGURADO, reduciendo esta suma, tomando como referencia, la proporción existente entre el último costo mensual de la cobertura por fallecimiento que se haya debido de la Cuenta Básica, con el costo mensual que debería haberle correspondido en base a su edad real al momento del reclamo.

Si la edad inicial fuese menor que la declarada, se pagará el monto asegurado y se devolverá el exceso de prima básica percibida con intereses, menos la suma de los gastos de comercialización y administración de la Póliza.

CERTIFICA:

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. En caso que las circunstancias del fallecimiento del asegurado no estén claramente establecidas, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir la necropsia o exhumación para establecer las causas de la muerte, debiendo los sucesores o Beneficiarios presentar los correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los herederos y/o Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que la necropsia o exhumación originen serán por cuenta de LA COMPAÑÍA, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los herederos o Beneficiarios.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demuestre la imposibilidad de cumplirlas, hace perder todo derecho a la indemnización, pues queda entendido y convenido que el estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos del presente Contrato, no pudiendo en caso alguno EL CONTRATANTE o los Beneficiarios alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Sede Central o desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

Lima, 14 de marzo de 2018

Una vez cumplido el procedimiento descrito en el presente artículo, LA COMPAÑÍA procederá a efectuar la liquidación.

ARTÍCULO 23: PAGO DE INDEMNIZACIÓN

- a) Al efectuar LA COMPAÑÍA la liquidación del Seguro por fallecimiento del ASEGURADO, se deducirá de su importe cualquier valor que se encontrare vencido y pendiente de pago, siempre que la Póliza esté vigente.
- b) Una vez que los Beneficiarios del ASEGURADO hayan cumplido con presentar todos los documentos correspondientes, mencionados en el artículo 22º, LA COMPAÑÍA, luego de evaluarlos y de encontrarlos conformes, tendrá un plazo de hasta treinta (30) días calendario para proceder a efectuar el pago.

000075



- c) LA COMPAÑÍA pagará la indemnización convenida a la persona o a las personas designadas como Beneficiarios en la solicitud original, firmada por EL CONTRATANTE y que constan en la Póliza o en los endosos respectivos.
- d) En ausencia de tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legales del ASEGURADO, previa presentación del instrumento autenticado donde conste el testamento o la declaratoria de herederos, debidamente inscritos en Registros Públicos, según corresponda.
- e) En caso de ser dos o más los Beneficiarios designados y de no haberse establecido en la solicitud la forma de distribución, la indemnización correspondiente se dividirá y abonará en partes iguales, cualquiera que fuere el vínculo de los Beneficiarios con EL ASEGURADO.
- f) En caso de Beneficiarios menores de edad, LA COMPAÑÍA procederá a la apertura de cuentas en custodia a favor de los mismos.

ARTÍCULO 24: VALOR DE RESCATE DE LA PÓLIZA

EL CONTRATANTE podrá rescatar la Póliza por el correspondiente Valor de Rescate, cesando en este caso toda obligación posterior de parte de LA COMPAÑÍA, ya sea que el contrato de Seguro haya terminado por culminación de vigencia o resolución del contrato.

El Valor de Rescate será igual al valor de la Cuenta Básica al momento en que EL CONTRATANTE solicite la opción de rescate total, menos el cargo por rescate total que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza y menos el saldo adeudado a LA COMPAÑÍA por eventuales préstamos otorgados al CONTRATANTE. Se pagará al CONTRATANTE dentro de los siguientes 10 días útiles contados desde de la recepción de la solicitud de rescate total.

Si al momento de solicitar el rescate total de la Póliza, existieren fondos en la Cuenta de Ahorros, el valor de dicha cuenta menos el cargo correspondiente por retiros, se pagará al CONTRATANTE conjuntamente con el valor de la Cuenta Básica.

ARTÍCULO 25: NULIDAD DEL CONTRATO

- a) La Póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin valor legal alguno, en los siguientes casos:
 - (1) Por mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de celebrar el contrato, tenga o no incidencia en la apreciación de los riesgos.
 - (2) Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO o de hechos o circunstancias, aun de buena fe, que hubieran podido

influir en la estimación de la prima, en la aceptación del riesgo o en la celebración de este contrato.

COPIA CERTIFICADA

En cualquiera de los casos mencionados en donde una de las partes no este conforme con la indemnización que LA COMPANIA propone, acción judicial de Protección al Consumidor en el JUEGO INDECOPI.

- b) En caso hubiere mediado mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, LA COMPANIA podrá iniciar las acciones legales pertinentes para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados.

Que la presente copia es exactamente igual al Expediente N° 006700, consistente en el artículo 260 del Código de Comercio, el cual establece que se otorga a la LA COMPANIA, el mismo que se otorga al asegurado o beneficiario alguno, todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con el siniestro, en los casos referidos en el punto 1 del inciso a), EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO perderán todo derecho sobre las primas entregadas a LA COMPANIA.

Si EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO o los Beneficiarios ya hubieren cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a LA COMPANIA el capital percibido, conjuntamente con los intereses legales que hubiere lugar.

Ejecutivo 2

ARTÍCULO 26: CLÁUSULAS ADICIONALES
Secretaría Técnica de la
Comisión de Protección al Consumidor N° 1

Las cláusulas adicionales INDECOPI ratifican o amplían la cobertura establecida en la Póliza y se integran a ella, rigiendo para las mismas todo lo dispuesto en la Póliza original, en tanto no resulten manifiestamente incompatibles.
Lima, 14 de marzo de 2018

ARTÍCULO 27: DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

EL CONTRATANTE declara que antes de suscribir el presente contrato ha tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que queda sometido el presente contrato, conforme al artículo 380 del Código de Comercio.

Ambas partes declaran que las modificaciones a las Condiciones Generales del riesgo contratado que fueran aprobadas por ley, no serán aplicables a los contratos ya celebrados, salvo que tuvieren la naturaleza de mandato legal imperativo.



ARTÍCULO 28: REGLAS DE INTERPRETACIÓN

Las partes, igualmente, declaran que las siguientes reglas de interpretación son las aplicables a las estipulaciones de esta Póliza:

- a) Los títulos de los artículos se incluyen para propósitos descriptivos únicamente y no deben afectar la interpretación de los términos y condiciones de la Póliza.
- b) Siempre que en esta Póliza aparezca un pronombre personal masculino, se considera que también incluye al femenino.
- c) Las definiciones referidas en la Póliza deben ser utilizadas y aplicadas en todo el contrato. Los términos pueden usarse indistintamente en singular o plural.
- d) Cuando algún término de la Póliza no esté especificado o definido, regirá la definición normalmente atribuida a dicho término por la ley aplicable o por el uso o práctica comercial.

ARTÍCULO 29: JURISDICCIÓN

LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO o Beneficiarios y EL CONTRATANTE se someten a la jurisdicción que señale las normas generales establecidas en el Código Procesal Civil para el caso que se pretenda resolver un conflicto ante el Poder Judicial.

ARTÍCULO 30: DOMICILIO Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio contractual el que se menciona en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o sus Beneficiarios con motivo de la Póliza, deberá efectuarse por escrito mediante carta simple u otro medio fehaciente, dirigida al último domicilio contractual declarado por EL CONTRATANTE o ASEGURADO, en su caso, registrado en las Condiciones Particulares de la Póliza o al domicilio de LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 31: INFORMACIÓN AL CONTRATANTE

LA COMPAÑÍA, al menos una vez al año, deberá enviar por correo un Estado de Cuenta al último domicilio contractual declarado por EL CONTRATANTE registrado en la Póliza, con información sobre el saldo del Valor de la Póliza, los movimientos que hayan afectado el Valor de la Póliza, detallando las primas pagadas, los costos de las coberturas y los Gastos del Asegurador. Sin perjuicio de lo anterior, LA COMPAÑÍA aseguradora tendrá a disposición del CONTRATANTE la información anteriormente señalada, a partir del primer año

de vigencia de la póliza hasta noventa (90) días calendario después del aniversario de la misma. La frecuencia de avisos se especifica en el Condicionado Particular de la póliza.

COPIA CERTIFICADA

La Secretaría Técnica de la Comisión de

ARTÍCULO 32: **Principales Funciones de INDECOPI**

Sede Central

La COMPANÍA, el CONTRATANTE, el ASEGURADO y Beneficiarios se someten a la jurisdicción que señale las normas generales establecidas en el Código Procesal Civil para el caso que se pretenda resolver un conflicto ante el Poder Judicial

Que la presente copia es exactamente igual al original. Asimismo, en caso de existir alguna diferencia entre la COMPANÍA, CONTRATANTE y el ASEGURADO podrán ser sometidas al ámbito de la Defensoría del Asegurado, orientada a la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios que surgen en el marco de la resolución de controversias que se susciten entre éstos y las empresas aseguradoras, según su reglamentación interna y normativa.

DEFENSORIA DEL ASEGURADO
Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima-Perú
Telefax: 445-9158
E-mail: info@defaseg.com.pe
www.defaseg.com.pe

HOSSELINE/ESPINOZA GALLEGOS

Ejecutivo 2

Secretaría Técnica de la

ARTÍCULO 33: **Comisión de Protección al Consumidor N° 1**
INDECOPI -- Sede Central

LA COMPANÍA atenderá las quejas y reclamos en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de presentación de los mismos, a través de las Líneas de Ayuda y Promoción de Rimac Seguros, o escribiendo a atencionalcliente@rimac.com.pe o llamando a nuestro Centro de atención telefónica 411-3000 opción 1.

La ubicación de las áreas de la empresa encargadas de atender reclamos de los usuarios es la siguiente:

Oficina San Isidro
Las Begonias 475 Piso 2 San Isidro
Telf: 411-1000 Fax: 421-0555

Oficina Miraflores
Comandante Espinar 689 Miraflores
Telf: 411-1000 Fax: 421-0555



Oficina San Borja
Las Artes Norte 389 San Borja
Telf: 411-1000 Fax: 421-0555

Arequipa
Pasaje Belén 103 Vallecito
Telf: (054)38-1700 Fax: (054)38-1701

Cajamarca
Jr Belén 676-878
Telf: (076)36-7299 Fax: (076)34-4414

Cusco
Av. El sol 620
Telf: (084)22-9990 Fax: (084)22-9999

Chiclayo
Av. Salaverry 560 Urb. Patazca
Telf: (074)48-1400 Fax: (074)48-1401

Huancayo
Jr. Ancash 125
Telf: (064)23-1801 Fax: (064)21-6415

Iquitos
Jr. Putumayo 519 esq. con Jr Tacna cuadra 2
Telf: (065)242-107 Fax: (065)22-4398

Piura
Calle Libertad 450-454
Telf: (073)28-4900 Fax: (073)28-4901

Trujillo
Av. Victor Larco 1124
Telf: (044)48-5200 Fax: (044)48-5201

CLAUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

COPIA CERTIFICADA

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos y condiciones generales de la Póliza de Seguro de Vida en la presente Cláusula, la presente cobertura regirá por sus propios términos y condiciones. **Comisión de Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI**
Sede Central,

1. COBERTURA

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado de forma definitiva e irreversible, que surja como consecuencia de enfermedad o de accidente, la Compañía -mediante la presente cláusula adicional- pagará el capital asegurado indicado para esta cláusula en las Condiciones Particulares de la póliza. Esto se cumplirá siempre que la Póliza de Seguro se encuentre vigente y la invalidez total y permanente sea declarada por el Asegurado cumplida sesenta (60) días de haber iniciado la invalidez total y permanente surge como consecuencia de una enfermedad, que hayan transcurrido por lo menos seis (06) meses desde el inicio de la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.

2. DEFINICION DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

A efectos de lo establecido en la presente cobertura, se considera invalidez Total y Permanente al asegurado cuando sufre una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual, de forma definitiva e irreversible, que le produzca un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debido a lesiones corporales o por enfermedad y siempre que la invalidez total y permanente sea reconocido y haya existido de modo consecutivo un periodo de tiempo no menor de seis (6) meses consecutivos.

Lima, 14 de marzo de 2018

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia.

Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez" del Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Resolución N°232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.



Definición de Accidente:

Se define como Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

3. EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la invalidez total y permanente del Asegurado, la que ocurra consecuencia de:

- a) Intento de suicidio durante toda la vigencia de la póliza, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento.
- b) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- c) Participación directa durante la práctica de deportes riesgosos tales como: corredor de automóviles, carreras de motocicletas, ciclismo, motonetas, trimotos, cuatrimotos, todoterreno, motocicletas náuticas, carrera de lanchas a motor, avionetas, artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, Canyoning, Apnoe Diving, apnea, inmersión libre, Kayaking en mar, motoacuática, motonáutica, navegación, canotaje, piragüismo kayak, SCAD diving, Surf, Veleros, Yates, aviación deportiva, paramotor, parapente, parasailing, bicicross, escalada, hípica, luchador, triatlón, maratón, yamakasi, yate de tierra, base jumping, salto base, cricket, físico culturismo, polo, espeleología salvo que sean declarados en la Solicitud de Seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la COMPAÑÍA en las Condiciones Particulares de la Póliza previo pago de la extra prima correspondiente.

d) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente cláusula adicional o durante su vigencia. Se consideran las siguientes actividades, profesiones u oficios como riesgos de trabajo diferentes de la Comisión de Bares, Cantinas, Protectors al Consumidor y Bazar de la ODEU: Trabajadores de la industria de central, Trabajos con sustancias radiactivas, corrosivas y/o patológicas, Trabajadores de la industria petrolera y gas, Ganaderos, Electricistas, Trabajadores de la minería, Médico y/o Técnico radiólogo, Tripulación y/o pasajeros de aviones militares, Hípica, Tripulantes y/o pasajeros de helicópteros, Aviación deportiva, Fumigación, Eliminación de arañas, etc. Trabajadores de calderas, Explotación y transporte de asistencias en zonas, carga pesada, Gajales, sustancias inflamables en nuestros valores, Misioneros, Expedicionistas científicos, Fajadores, Manipulación de sustancias, explosivos y/o demolición, Doble, Trabajadores de dienajes y dragas, Trabajadores de espectáculos circenses, Fotógrafos en zonas de conflicto, Guardabosques, Guardavidas, Salvavidas, Insecticidas, Trabajadores en altura, Instaladores de antenas, Investigadores privados, Operadores de maquinaria pesada, Personal de aduana o fronterá, Pirotecnia y juegos pirotécnicos, Políticos, Servicios de carga y descarga, Servicios de salvamento, Tripulación de submarino.

JOSE ENRIQUE ESPINOZA GALLEROS
 Ejecutivo 2
 Secretaría de Asesoría de
 Comisión de Protección al Consumidor N° 1

e) Si el asegurado se encuentra bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente), o alógeno de protección al consumidor de sonambulismo. Estos estados deberán ser declarados por la autoridad competente.

Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia del alcohol o alógeno, si el ASEGURADO o Beneficiarios se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

- f) Duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- h) SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o si el Asegurado es HIV positivo.

000079



- i) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- j) Cualquier evento que haya sido causado por fisión nuclear o reactor nuclear o contaminación radioactiva.
- k) Disparo de arma de fuego por acto del propio Asegurado; por culpa grave del mismo.
- l) Violación de cualquier ley.
- m) A consecuencia de fenómenos sísmicos o volcánicos.
- n) Enfermedades preexistentes.
- o) Accidentes producidos por: actos de guerra, insurrecciones o, tumultos o, por viajes aeronáuticos exceptuando sólo aquellos que haga el Asegurado en calidad de pasajero con boleto pagado, en aviones de líneas comerciales debidamente autorizadas para el tráfico de pasajeros y que se trate de vuelo regular entre aeropuertos establecidos

Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

4. RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA.

La Compañía cubrirá la invalidez total y permanente que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o deportes riesgosos excluidos en el numeral 3 precedente, literales c), d) y g), solo cuando éstos hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por la Compañía con el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. DURACION Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta cláusula adicional es parte integrante de la Póliza de Seguro y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en esta, por las Condiciones Generales del mismo, de modo que sólo será válida y regirá mientras la Póliza de Seguro lo sea y se encuentre vigente.

La cobertura prevista por esta cláusula cesará automáticamente una vez que se suscite alguno de los siguientes eventos:

- a) A partir del momento en que la Compañía hubiese realizado el pago del beneficio correspondiente a esta cláusula adicional.

b) Por cualquiera de las causas de terminación de la Póliza de Seguro descritas en las Condiciones de Seguro.

c) Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia para esta cobertura, en cuyo caso la Compañía dejará de cobrar la prima correspondiente a la cobertura que se brinda mediante la presente cláusula adicional.

d) Por voluntad de una de las partes mediante aviso escrito dado a la otra procediendo con la devolución de las primas no devengadas o el pago por parte del Asegurado o Contratante de las primas devengadas y que no hayan sido canceladas, según corresponda. Si la decisión es de la Compañía, tal aviso se dará con anticipación no inferior a noventa (90) días a la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro.

e) Por el incumplimiento del pago de la prima o de sus cuotas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, lo cual producirá la resolución automática del contrato de Seguro.

f) Si la invalidez se produjere antes de haber transcurrido seis (06) meses después de la fecha de inicio de esta Póliza. En este caso, la Compañía devolverá, de la prima cobrada, la parte correspondiente al riesgo de invalidez y reducirá las siguientes en el mismo importe.

g) Por la resolución del contrato de Seguro, la cual forma parte la presente cláusula adicional.

Si después de la terminación de este seguro, la Compañía Negadora recibir cualquier prima, no significa que el seguro ha sido restablecido y, por lo tanto, la obligación de la Compañía se limitará a la devolución de dichas primas.

6. DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Ocurrido el siniestro, y estando la Póliza de Seguro en pleno vigor, el(los) Beneficiario(s), acreditando su calidad de tal(es), podrán presentar la solicitud de activación de la presente cobertura por escrito mediante carta con firma legalizada dentro de los quince (15) días hábiles de ocurrido el siniestro. El plazo establecido en la presente cláusula no afecta el derecho del Asegurado y/o Beneficiario/s a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en el marco normativo vigente.

Corresponde al Asegurado otorgar el Dictamen de Invalidez expedido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la

000080



Superintendencia (COMEC) como prueba de su situación de invalidez total y permanente, debiendo presentar a la Compañía Aseguradora, los antecedentes y documentos que respalden su condición, así como los exámenes clínicos, elementos auxiliares e informes que se dispongan. Queda convenido que la Compañía podrá exigirle las pruebas que juzgue necesarias u obtenerlas ella misma por sus propios medios.

El Asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite la Compañía, incluyendo las de HIV/SIDA, de ser el caso, y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por la Compañía, incluyendo la referida al HIV/SIDA.

La Compañía, mediante una comunicación escrita, determinará e informará su decisión sobre la invalidez total y permanente del Asegurado en un máximo de treinta (30) días, los cuales serán contados desde la fecha que resulte posterior entre la fecha en que la Compañía recepcionó toda la documentación solicitada al Asegurado y la fecha en que finalizó el período de espera de seis (6) meses desde el inicio de la invalidez a que se refiere el numeral 2 precedente.

Si el Asegurado no estuviese conforme con el dictamen, podrá apelar al mismo dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía. En este caso, la invalidez será evaluada por una junta compuesta por tres médicos elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año como miembros titulares del Comité Médico de las AFP (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).

La junta médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose si se encuentra inválido en forma total y permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cláusula adicional y tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez", según la Resolución N° 232-98-EF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias. La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.

La declaración de invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía y para la junta médica un valor meramente informativo y referencial.

Para los efectos de esta cláusula adicional, las comunicaciones entre la Compañía y el Asegurado **COPAVES S.A.** serán por carta en el domicilio consignado por ambas partes en la presente póliza, salvo que hayan informado debidamente a la Compañía, el cambio de domicilio, lugar donde se harán llegar las comunicaciones pertinentes.

Las demás disposiciones establecidas en las condiciones generales, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente Cláusula Adicional, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

Que la presente copia es exactamente igual al Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en 226 fojas, el mismo que se encuentra en nuestro archivo y al que me remito en caso necesario.



JHOSELINE ESPINOZA GALLEGOS
Ejecutivo 2
Secretaría Técnica de la
Comisión de Protección al Consumidor N° 1
INDECOPI – Sede Central

Lima, 14 de marzo de 2018

RESOCENTRO



INFORME N° 327547

Dr. Clemente Luis Aguilar Del Rosario
NOMBRE : Carlos Nieves Boulanger
EXAMEN : RM Hombro Derecho
FECHA : 02.03.2013

HISTORIA CLINICA:

Paciente de 31 años con antecedente traumático y dolor a la abducción.

TÉCNICA

Se practicó estudio RM del hombro derecho mediante secuencias Turbo Spin Echo adquiriéndose imágenes coronales oblicuas ponderadas en T1 sin y con la administración de contraste en evaluación dinámica e imágenes sagitales, axiales y coronales oblicuas en Densidad Proteínica mediante técnica de supresión grasa SPIR. Secuencia de Difusion en B1000

HALLAZGOS

Se identifica lesión ósea paraosteal expansiva a nivel de la cabeza humeral derecha de tipo diafisis-metáfisaria, de bordes definidos con crecimiento expansivo hacia su borde posterior mide 4,3 x 4,4 x 4,8cm de diámetro transversal anteroposterior y cefalocaudal respectivamente, expande y adelgaza la cortical, la lesión se comporta de baja señal en T1 y alta señal en T2 de aspecto pseudoquistico trabeculada condral, realce periférico en fase contrastada y restricción en la Difusión con un ADC en 1,2 mm²/seg estos hallazgos sugieren lesión ósea de aspecto benigno de estirpe condral a considerar condroblastoma vs fibroma condromixoide siendo conveniente su correlación histológica.

Se aprecia además sinovitis asociada.

Los tendones de los músculos supraespinoso, infraespinoso, subescapular, redondo menor y porción larga del bíceps conservan su aspecto habitual sin imágenes sugestivas de lesión. La articulación acromio-clavicular y el extremo lateral del acromion muestran morfología y señal habitual.

El rodete glenoideo y la glenoide ósea conservan sus caracteres anatómicos normales.

Se evidencia formación quística subacromial de 3 x 1 cm de baja señal en T1 alta señal en T2 restringe a la Difusión por contenido proteínico.

Formación quística a nivel de la región infraglenoidea de 2 x 1 cm de baja señal en T1 alta señal en T2 muestra realce periférico con el contraste compatible con bursitis.

Las relaciones y espacios articulares propios del hombro conservan su aspecto habitual.

CONCLUSIÓN

Lesión ósea expansiva paraosteal humeral proximal derecha de estirpe condral localizada a nivel de la región diafisismetáfisaria proximal del humero derecho, compromete la sinovia (sinovitis) a considerar condroblastoma como primera posibilidad diagnóstica.

Dr. Raymundo Sernaque Q.
Médico Radiólogo
CMP 45605 RE 22872

Dr. Alfonso Onofre Yauri
Médico Radiólogo
CMP 28964 RE 18145

RSQ/emn.

informes@resocentro.com

SEDE CENTRAL MIRAFLORES
Resocentro
Av. Inst. Hombres 1427
15012000

SEDE SAN BORJA
Plaza San Borja
V. Guardia Civil 337
15012000

SEDE SAN ISIDRO
Calle C. C. C. C.
Av. Aurelio Miró Quesada 1930
15012000

siempre

000082

CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN
CHANGA



POSTERIOR AL ASESORIO DE LA ESPECIALIDAD

E. PRESIDENTE DEL HOSPITAL NACIONAL
"EDUARDO REAGUATE" N.º 2834-0 - LIMA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEROS (PROFESIONALES) - LIMA

**RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBO SACRA
(FR- LAT Y OBLICUA DERECHA)**

PACIENTE: NIEVES BOULANGGER, CARLOS

FECHA: 2020-09-13

LA RX DE COLUMNA LUMBO SACRA (FR- LAT Y OBLIC. DERECHA);
MUESTRA:

- FRONTAL: SE APPRECIA ROTOESCOLIOSIS LUMBAR DE CONCAVIDAD IZQUIERDA.
- LATERAL: SE EVIDENCIA PINZAMIENTO L5- S1.
- OBLICUA DERECHA: BUENA VISUALIZACIÓN DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCIÓN.

CONCLUSIÓN:

- ROTOESCOLIOSIS LUMBAR DE CONCAVIDAD IZQUIERDA, CON PINZAMIENTO L5- S1.

Clínica
Belén s.a.

HOJA DE EMERGENCIA

000083
CLINICA BELÉN
C.R.
Nº 251620

HORA DE INGRESO: 11:30h FECHA: 05/10/13 COMPAÑÍA: P&G 3710
NOMBRE: Carlos Raúl Rodríguez EDAD: 31 años
ESTADO CIVIL: Casado OCUPACIÓN: Fijador PROCEDENCIA: Talara
DIRECCIÓN: Pan de Azúcar 634 Av. 31. Herano Ríos TELÉFONO: 9674 6514
TITULAR:

TE: 7 días
- Dolor al tacto
- Dolor al tacto
Frente frente a los cuartos de los ojos, se ve un
necrosis; mala pulsat aorta.

Examen

Se: Dolor al palpato a los cuartos de los
ojos al momento.

Mto. etc.

D. Dr. Haroldo Adams

Dr. Haroldo Adams

Dr. Douglas Pérez

Mario Andrés M. Arendt Niño
Médico Cirujano
C.M.P. 13305

010114

Solicitud de Seguro Vida Individual N° 329793



La Solicitud de Seguro y Declaración Personal de Salud deben ser completadas de puño y letra del Asegurado con letra clara y legible.

Datos			
Canal: FFVV <input checked="" type="checkbox"/> Broker <input type="checkbox"/>	N° de Póliza:	N° de Trámite:	
N° de Cotización: 804826	N° de Solicitud / N° de Propuesta:	86124	
Nombre del Intermediario: <u>Martina Salazar Delgado</u>			
Código del Asesor de la Agencia: 3036327	Supervisor: <u>Martina Salazar</u>	Agencia: <u>Piura</u>	
Asegurado			Código del Cliente: <u>799860</u>

Datos Personales			
Apellido paterno: <u>Aliver</u>		Apellido materno: <u>Bautangor</u>	
Nombres: <u>Carlos Idelfonso</u>		Fecha de nacimiento: <u>05/11/1972</u>	Edad: <u>31</u>
Documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Otro:		N°: <u>411306826</u>	
Señas particulares*: No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		Nacionalidad: <u>Peruano</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Profesión: <u>Ingeniero Petrolero</u>	Ocupación: <u>Supervisor de Petroleros</u>
Dirección particular: <u>San Margaritas 6-34 Dpto 301 pta. Marina de Piura</u>			
Distrito: <u>Piura</u>		Provincia: <u>Piura</u>	Departamento: <u>Piura</u>
Teléfono fijo: Código de la ciudad <u>073</u> N° <u>622519</u>		Celular:	
E-mail: <u>CNIEVES82@hotmail.com</u>			

* Se consideran señas particulares los datos que figuran como "Observaciones" en el DNI; lunares, cicatrices, tatuajes, uso de prótesis, etc.

Datos Laborales			
Situación Laboral: Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Giro de la empresa: <u>Extracción de Petróleo Aéreo</u>	
Razón Social de la empresa: <u>Petroleros</u>			
Dirección comercial: <u>Av. Bolnesa SN - El Alto</u>			
Distrito: <u>Talara</u>		Provincia: <u>Talara</u>	Departamento: <u>Piura</u>
Teléfono fijo: Código de la ciudad <u>073</u> N° <u>762000</u>		Anexo: <u>073-387544</u>	
E-mail: <u>carlos.nieves@petroleros.com</u>			

Contratante		Código del Cliente:
Si es persona Natural <input type="checkbox"/>		
Apellido paterno:		Apellido materno:
Nombres:		Fecha de nacimiento: / / Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Otro:		N°:
Nacionalidad:	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Profesión:
Ocupación:	Cargo:	

Si es Persona Jurídica <input type="checkbox"/>		
Razón Social de la empresa:		
N° de RUC:	Giro del Negocio:	

Datos adicionales:			
Dirigir correspondencia con atención a: <u>SPJ</u>			
Dirección particular / Dirección comercial:			
Distrito: <u>Piura</u>		Departamento:	
E-mail:			
Teléfono fijo: Código de la ciudad <u>073</u> N°		Anexo:	Celular:
Relación o parentesco con Asegurado propuesto: Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/>			
Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
Detalle:			

Solicitud de Seguro Vida Individual

Nombres y Apellidos del Asegurado: Carlos Nicules Boulanger

Plan y Portafolio

Nombre del Plan: VF P65 preferente

Portafolio de inversión cuenta básica % Portafolio de inversión cuenta ahorro %
 Mínimo Garantizado (SOLO VAF) Rentabilidad garantizada
 Controlado Capital Creciente
 Capital Creciente La Secretaría Técnica de la Comisión de Plazo
 Portafolio Crecimiento Protección al Consumidor N° 1 del INDECOPI

Código	Descripción	Capital asegurado*	Tasa %	Prima anual
1/2/7	Fallecimiento (Vida)	100,000		428.05
3	Indemnización adicional por fallecimiento accidental			
63	Pérdida de Existencia Independiente (PEI)			
18	Anticipo de capital por enfermedad grave			
26	Dispensa del pago de primas			
62	Pago anticipado de capital por invalidez total y permanente por enfermedad o accidente que se encuentra en nuestro			
61	Invalidez por enfermedad total y permanente en caso de accidente	100,000		264.87
PRIMA SUJETA A EVALUACIÓN				Prima básica anual 692.91
				Derecho de emisión 20.39
				Sub Total 713.30
				Prima de ahorro 6.30
				ISV 720.00
				Prima anual convenida 720.00

* El capital asegurado y las primas están expresados en dólares americanos.
 Forma de pago: Anual Mensual Semestral Trimestral Extraordinaria inicial:
 Convenio: Prima única Prima periódica
 Total S/.: INDECOPI - Sede Central Tipo de cambio: 2.771

AUTORIZACIÓN: Lima, 14 de marzo de 2018
 Autorizo a RIMAC SEGUROS para que los Estados de Cuenta correspondientes a mi Seguro de Vida me puedan ser enviados en forma simultánea o alternativamente a través del correo electrónico del: Contratante Asegurado (Indicado en la primera parte de la solicitud)
 En caso, no recibiera mi Estado de Cuenta a través del medio autorizado, tengo conocimiento que podré acercarme a la Plataforma de Atención al cliente.
 La Solicitud de Seguro y Declaración Personal de Salud deben ser completadas de puño y letra del asegurado con letra clara y legible.

Beneficiarios*

Apellido paterno, materno y nombres	Parentesco o relación	DNI	% Capital
Saúl José Sosa, Solmie Villano	ESposa		70
Boulanger Serna, Haride Solano	Hija		30

* Los datos adicionales de los beneficiarios constan en el documento "información de los beneficiarios designados".

Cobranza
 Indicación de cobro: Tarjeta Banco Directo
 N°: N° de cuenta:
Sólo para cobro directo
 Día de pago:
 Envío aviso: Sí No Dirección particular Dirección comercial

SECCION AL CONSUMIDOR W
000085
COMISION

Solicitud de Seguro Vida Individual

Nombres y Apellidos del Asegurado: Carlos niues Boulanger

Sólo para descuento en Planilla (Si aplica)

ID. de la vía de cobranza: _____ Nombre de la vía de cobranza: _____

N° de cuenta / N° Banco / N° Empleado: _____ Día de cargo: _____

Código: _____ Sector de cobranza: _____ Cuenta: _____

Reaseguro

Tipo: Automático Facultativo N° de Contrato Fecha: / / Firma autorizada: _____

Resultado de la evaluación

Aceptada estándar Propuesta Folio: _____ Código suscriptor: _____

Aceptada con recargo Rechazada Fecha de evaluación: / / Firma suscriptor: _____

Médico: _____ Firma: _____

N° Médico: _____ Firma: _____

Observaciones: _____

Se otorga al solicitante de este seguro, en calidad de beneficio temporal y adicional a la cobertura de la póliza solicitada, una cobertura por fallecimiento accidental hasta por el importe máximo de US\$ 50,000.00. La vigencia del beneficio temporal descrito anteriormente, será por un plazo de 60 días calendario contados desde la fecha de suscripción de la presente solicitud del seguro, o hasta la emisión de la póliza correspondiente al seguro solicitado, lo que suceda primero.

La Responsabilidad de Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, empieza después de que el Seguro haya sido aceptado por la misma y la prima haya sido pagada. Antes de aceptar el riesgo, la Compañía podrá requerir la presentación de documentos exigir la realización de exámenes médicos. En caso de que el Contratante desista de la propuesta, la Compañía se reserva el derecho de cobrar por los gastos médicos incurridos.

El Contratante y el Asegurado convienen que todas las declaraciones y respuestas consignadas en esta propuesta son completas y verídicas y que la falsedad, retención u omisión en los mismos genera la nulidad de la Póliza, liberando a la Compañía de cualquier tipo de responsabilidad indemnizatoria.

Además, el Asegurado autoriza expresamente a cualquier médico, otra persona o institución que le hubiera reconocido o asistido, a revelar a la Compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarle sus servicios.

La Compañía entregará la póliza de seguros dentro del plazo de quince (15) días calendario de recibida la presente solicitud, y queda expresamente establecida que esta solicitud comprende o incluye los siguientes documentos: Solicitud de Vida, OPS, recibo de recaudo y otros documentos necesarios para evaluar el riesgo. En tal sentido, el plazo de quince (15) días calendario señalados anteriormente se computará a partir de que La Compañía reciba la totalidad de los documentos arriba señalados.

La entrega de la póliza se realizará en el plazo antes indicado, siempre que no medie rechazo previo de la solicitud de seguro.

El solicitante de este seguro, suscribe el presente documento, en señal de haber tomado conocimiento, y de haber recibido y aceptado los términos de la póliza de seguros que solicita, incluida la información referente a las coberturas adicionales que hubiera solicitado.

Aug 13 de Julio de 2013

Firma de Potencial Asegurado _____

Huella Digital _____

Firma del Contratante* _____
(Si es distinto al Potencial Asegurado)

Firma del Intermediario _____
MARILHA SALAZAR DELGADO
GERENTE DE UNIDAD

* Si el contratante es persona jurídica, la firma y sello deben ser del representante legal.

Informe del agente

A) ¿Por qué medio conociste al solicitante? Referido

B) ¿Cuál es la renta mensual del contratante? \$ 3000 dolares

C) ¿Tienes conocimiento de algo que pudiera afectar el riesgo y no ha sido declarado? no se aplica

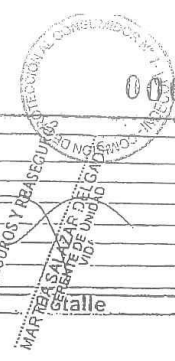
D) ¿Conoces alguna información del solicitante respecto a su salud: carácter, hábitos, modo de vida y ocupación? Detállalo. Sí No

E) Si el solicitante no trabaja y declara ingresos ¿Sabes de dónde provienen sus ingresos? trabaja

Revisión Interna (Esta sección debe ser completada por el área comercial de FFVV)

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS
MARILHA SALAZAR DELGADO
GERENTE DE UNIDAD
Supervisor de la Agencia

00008E



7.-	
A) Fecha en que se realizó tu último examen o control médico	
B) Nombre del médico	
C) Dirección y Teléfono	
D) Especialidad	
E) Motivo de la consulta	
F) Si fue por control general o preventivo, informa el resultado de este	
G) Si fue por enfermedad, informa el diagnóstico médico	

8.-	Si	No	Detalle
A) ¿Has solicitado alguna vez pago de beneficio, pensión parcial o total por dolencias, enfermedades o impedimentos de cualquier tipo? Indique fechas y causas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

9.-	Si	No	Detalle
A) ¿Has consumido bebidas alcoholicas en exceso o has sido sometido a tratamiento o rehabilitación por alcoholismo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A)
B) ¿Has hecho uso de morfina, cocaína, L.S.D., marihuana u otros narcóticos? ¿Por qué causas, en qué cantidades y por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	B)
C) Usas o has hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes, somníferos? ¿Quién te los ha indicado, por que causa, en qué cantidad?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	C)
D) ¿Fumas? En caso afirmativo indica tu consumo diario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	D)
E) ¿Dejaste de fumar?, ¿Cuándo?, y ¿Cuánto fumaba diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	E)

10.-	Si	No	Detalle
A) ¿Tienes alguna anomalía de constitución, amputación o defecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

11.-	Si	No	Detalles	Fecha	
¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS AFECCIONES O TRASTORNOS SIGUIENTES?:		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
A) AFECCIONES AL SISTEMA NERVIOSO, vértigos, desmayos, parálisis, convulsiones, epilepsia, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
B) AFECCIONES DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS, asma, enfisema, fiebre alta, silicosis, tos crónica, pleuresia, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, cansancio al caminar?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
C) AFECCIONES DEL CORAZON O DEL APARATO CIRCULATORIO, fiebre reumática, presión alta, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas, etc.?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
D) AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO, ulcera gástrica o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, sangrado rectal o anal u otra enfermedad en el estomago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
E) AFECCIONES URINARIAS O DE LOS ORGANOS GENITALES, nefritis, calculo en el riñón, enfermedad de la vejiga, próstata o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en al orina?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
F) ENFERMEDADES DE LOS HUESOS O ARTICULACIONES, gota, artritis, reumatismo, lumbalgia, ciática, lesiones traumáticas, afecciones a la columna, huesos, músculos o extremidades?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
G) ENFERMEDADES DE SANGRE, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemia?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
H) PERTURBACIONES FUNCIONALES O DE LAS GLANDULAS, bocio, colesterol elevado, diabetes?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
I) ULCERAS; TUMORES; CANCER, quistes malignos, sífilis, etc.?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
J) Varices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
K) ENFERMEDADES DE LA PIEL O DE LOS SENTIDOS, ojos, oídos, nariz, o garganta?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Existe una disminución de la vista o del oído?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Está enteramente corregido por el uso de gafas o de un aparato acústico?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
L) ENFERMEDADES INFECCIOSAS, escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebre tifoidea, septicemia, hepatitis?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Cualquier respuesta afirmativa debe acompañarse de una completa información al respecto (fechas, severidad, tratamiento, N° de ataques y fecha del último si lo hubo, nombre del médico tratante, hospital, etc.)

12.-		Si	No	Detalle
A) ¿Has estado alguna vez en algún Hospital, Clínica, Sanatorio u otra Institución para observación, diagnóstico, operación o tratamiento? En caso afirmativo indique fechas y motivos	<input type="checkbox"/>			A) <i>AMAC SEGUROS Y REASURADOS</i> <i>MAR THASALAZAR DELGADO</i> <i>GERENTE DE UNIDAD</i>
B) ¿En los últimos 5 años se te ha practicado exámenes de orina, sangre, electrocardiograma, radiografías u otros exámenes de diagnóstico? En caso afirmativo indique fechas y motivos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		B)
COPIA CERTIFICADA				
13.-	La Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 del INDECOP Sede Central	Si	No	Detalle
A) ¿Has padecido o tienes conocimiento de haber padecido Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas al SIDA (diarrea crónica, baja de peso, tumores de la piel, etc.), o condiciones relacionadas al SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		A)
B) ¿Has sido examinado o has recibido tratamiento en relación con cualquiera de las categorías mencionadas en la opción anterior?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		B)
C) ¿Has tenido resultado positivo en alguna prueba de laboratorio (HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		C)
Expediente N° 413-2016/CC1, consistente en 226 fojas, el mismo que se encuentra en nuestro archivo y al que me remito en caso necesario.				
14.-		Si	No	Detalle
A) ¿Estas recibiendo tratamiento médico por alguna enfermedad o esta tomando medicina de cualquier clase?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		A)
B) ¿Tienes que ser hospitalizado próximamente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		B)
C) ¿Tienes conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		C)
15.-		Si	No	Detalle
A) ¿Has sido víctima de algún accidente o lesión? Proporcione detalles. En caso de traumatismo craneal, indicar si hubo coma o pérdida de conocimiento y su duración.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		A)
Comisión de Protección al Consumidor N° 1 del INDECOP Sede Central				
16.-	PREGUNTAS ADICIONALES SOLO PARA MUJERES	Si	No	Detalle
A) ¿Has sufrido o tienes conocimiento de padecer:				
A.1) Cualquier enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A.1)
A.2) Abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A.2)
B) ¿Estás embarazada actualmente? ¿De cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B)
C) ¿Cuántos partos has tenido y cuando fue el último?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		C)
D) ¿Te has practicado exámenes papanicolau (PAP)? En caso afirmativo indique fecha y resultado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D)
17.-	A) Tienes alguna otra cosa que declarar concerniente a tu salud?		<i>NO</i>	

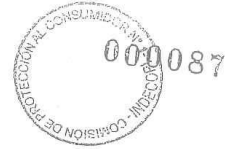
Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que están completas y son verídicas y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, implican nulidad de la póliza. Además autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese conocido o asistido en mis dolencias, a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al brindarme sus servicios. Declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro, el pago de la primera prima y la entrega de la presente Declaración Personal de Salud no implican en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía.

Lugar: Lima
 Fecha: 12 de Julio 2013


 Firma del Asegurable

RIMAC

Seguros



ENDOSO

Póliza Nro. : U-89838
Endoso Nro. : 1
Plan de Seguro : VIDA FUTURO PROTEGIDO 65
Pago de Primas : 65 AÑOS
Agente : SEGUROS DIRECTOS
Vigencia: 09/08/2013 al 08/08/2047
Vig. Inicial: 21/08/2013
Moneda : US\$ (DOLARES USA)
Nombre : CARLOS ILDEGARD NIEVES BOULANGGER
D.N.I. : 41306826

Mediante el presente endoso se establece que:

Se deja constancia por el presente endoso que los derechos de indemnización que corresponden sobre esta póliza, quedan transferidos a favor de los señores del BANCO INTERBANK, en adelante denominado la "BANCO", en su calidad de Acreedores hasta donde sus intereses aparezcan sin exceder la suma asegurada, por lo tanto serán considerados como beneficiarios de la misma.

Queda entendido y convenido por la Aseguradora, que ninguna modificación en las condiciones generales, particulares y/o especiales de la presente Póliza y de este endoso serán introducidas sin el previo consentimiento escrito del BANCO, ya sea que esos cambios afecten o no a sus intereses. Para estos efectos, la Aseguradora avisará oportunamente y por escrito de toda modificación que se solicite o exigirá al original tomador y asegurado que presente la aprobación del BANCO, consecuentemente se considerará como no insertada o no puesta cualquier modificación que no haya sido expresamente autorizada.

Se deja expresa constancia que en caso el original tomador o asegurado dejara de cumplir sus obligaciones de pago de la prima de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales vigentes, la aseguradora se obliga a comunicar por escrito al BANCO de dicha situación y otorgar un plazo de 30 días a partir de la notificación, a efecto de que este pueda analizar la deuda y evaluar la posibilidad de hacerse cargo de las futuras obligaciones si las hubiera, correspondientes al interés cubierto por el presente endoso.

La Aseguradora se obliga a comunicar por escrito y con 30 días de anticipación al BANCO el próximo vencimiento de la Póliza. Asimismo, esta Póliza no podrá dejarse sin efecto o ser anulada sin previo aviso de 30 días por escrito al BANCO, inclusive tratándose de resolución por incumplimiento de pago.

En caso no se cumplan las condiciones descritas en el párrafo anterior, se tendrán por pagadas las primas referida a este endoso y por tanto vigentes los derechos del BANCO sobre la parte del seguro endosado.

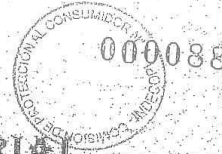
La Aseguradora conviene específicamente en que esta Póliza no se invalidará por el hecho de que el original tomador o asegurado omita involuntariamente declarar cualquier circunstancia que deba considerarse de consecuencia para la estimación de la gravedad del riesgo, cuando dicha circunstancia haya estado probablemente fuera de control y conocimiento del Asegurado.

La presente cláusula será preeminente sobre cualquier cláusula, endoso, condiciones generales, particulares o especiales que se opongan a las mismas, aún cuando sean de fecha posterior.

Firma Asegurado

Miguel Diaz Ramos
Gerente de Formalización

Las Begonias 475 Piso 2, San Isidro
T 411-3000
F 421-0555
www.rimac.com.pe



CARTA CON ENTREGA NOTARIAL

Piura, 7 de Octubre del 2014

SEÑORES:
RIMAC SEGUROS
JR. LIBERTAD 450 - PIURA
CIUD. D.



De mi especial consideración:

Por intermedio de la presente que le será entregada por Conducto Notarial, me acredito SARAH CALDERON ZAPATA DE FARIAS, identificada con DNI 03882280 en representación de doña MARIZA SOLEDAD BOULANGGER DE NIEVES, madre de CARLOS ILDERGARD NIEVES BOULANGGER Q.E.P.D., conforme al Poder que adjunto en copia legalizada, y señalando como domicilio real en Av. A 103 Lateral Talara, a Ud, atentamente digo:

1. Que, en afán de buena fe y conforme a nuestro deber moral, que inculcáramos a nuestro hijo Q.E.P.D. CARLOS ILDERGARD NIEVES BOULANGGER, hemos tomado conocimiento y obtenido los documentos que adjuntamos, que lamentablemente su empresa ha ignorado, pues mi representada al igual que su familia también ignoraban, jamás supieron de la existencia de su enfermedad, hasta los primeros días de Octubre del 2013, en que recién se supuestamente se hace la Resonancia donde es detectado un CONDROSARCOMA.
2. El conocimiento de esta circunstancia si era conocida por su superviviente esposa doña SOPHIA SAMANEZ SOSA, quien incluso fue al parecer la que motivo la adquisición de estos seguros, a mi fallecido hijo, aún conociendo que ya existía la enfermedad, se adquirió la POLIZA DE SEGURO DE VIDA.
3. Por lo que en afán de limpiar su memoria y en un acto de dignidad cristiana, y buena fe, aun cuando nos perjudique hacemos llegar COPIA LEGALIZADA DE



LA RESONANCIA MAGNETICA DE FECHA 02.03.2013; TOMOGRAFIA
ESPIRAL MULTICORTE CON RECOMENDACION DE BIOPSIA, INFORME
MEDICO EN PARTE POSTERIOR CON SOSPECHA DE DIAGNOSTICO
TUMORACION:

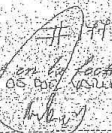
Así mismo, en afán de que no se generen actos que constituyan ilícitos, que pudieran manchar la memoria de mi hijo y la dignidad de la familia de mi representada, por expreso encargo de ellos, es que cumplimos con este deber, quedando de parte de ustedes tomar la decisión que más convenga a vuestra representada.

Sin otro particular, quedo de Uds.

Muy atentamente,


SARAH CALDERON ZAPATA DE FARIAS
DNI 03862280

P.D. Anexo: Copia de mi poder y documentos indicados.

1415
Entregado en la fecha 07-10-11
Asesorado por los señores

TOMULO J. CEJUDO CAYCHO
Notario Abogado - Reg. 025
Liberad: 730 - Piura

SV.2014/1660

San Isidro, 25 de octubre de 2014

Señora
SOPHIA SAMANEZ SOSA
Urb. San Felipe D-13 (Teléfono: 965059783)
Piura-

Ref. Siniestro de Seguro de Vida Inversión – Vida Futuro Protegido N° 30000990
Asegurado: NIEVES BOULANGGER CARLOS ILDEGARDO
Póliza U-89838 / Muerte Natural



NO REDACTADO EN
ESTA NOTARIA

De nuestra consideración,

Mediante la presente le informamos que hemos concluido la evaluación del caso de la referencia y al respecto le comunicamos que el mismo carece de cobertura. A continuación exponemos los fundamentos de nuestro pronunciamiento.

De acuerdo a lo consignado en el Informe N° 327547 con fecha de expedición 02/03/2013 emitido por RESOCENTRO, presentada para la evaluación de su reclamo, se desprende que el señor CARLOS I. NIEVES BOULANGGER presentaba el siguiente antecedente médico:

Conclusión: Lesión ósea expansiva paraosteal humeral proximal derecha de estirpe condral localizada a nivel de la región diafisometastásica proximal del humero derecho, compromete la sinovia (sinovitis) a considerar: condroblastoma.¹

Por otro lado, el 26/03/2013 el Médico Traumatólogo (Clínica Ricardo Palma) solicita Tomografía de Hombro derecho y Biopsia. (Médico que suscribe Dr. Clemente L. Aguilar Del R.- Ortopedia y Traumatología).

Estos antecedentes importantes no fueron puestos en conocimiento a RIMAC SEGUROS en la Solicitud de seguro que el señor NIEVES BOULANGGER suscribió con fecha 12/07/2013², configurando esto una clara e importante reticencia de información a la contratación del seguro, el mismo que si debió ser informado a RIMAC SEGUROS a fin de ser considerado en la estimación y aceptación del riesgo. Importante recordar que el formato "Declaración Personal de Salud" que suscribió el señor NIEVES contiene el siguiente párrafo: *"Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que están completas y son verdaderas y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, implican nulidad de la póliza. Además autorizo expresamente a cualquier medico u otra persona que me hubiese conocido o asistido en mis dolencias, a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al brindarme sus servicios."*

Ahora bien, luego de la celebración del contrato de seguro, la Historia médica del señor NIEVES continúa de la siguiente manera:

Historia Clínica de la Clínica Belén S.A. - Piura .
00/09/2013, tiempo de enfermedad 01 año... diagnóstico (Resonancia Magnética) Condroblastoma con indicación de Tratamiento Quirúrgico
06/11/2013 Se realiza Resonancia Magnética en Clínica el Golf – Biopsia.
06/11/2013 Estudio Inmuno histoquímico. Sarcoma Furocellular de alto grado que sugiere Sarcoma Sinovial. Bloque de Parafina 1335944, procedente de Laboratorio ARIAS STELLA
06/11/2013 Diagnóstico Sarcoma Sinovial de alto grado con Metástasis Vertebral en L-3 con Fractura Patológica.

¹ La única forma de determinar definitiva y fehacientemente si la tumoración era benigna o maligna era por una Biopsia del hueso.
² Solicitud de Seguro Vida Individual.

11. ¿Padece o ha padecido alguna de las afecciones o trastornos siguientes?
F) ENFERMEDADES DE LOS HUESOS O ARTICULACIONES, gafa. Respuesta NO.
J) ULCERAS; TUMORES; CANCER, quistes malignos, sífilis, etc.? Respuesta NO.

12.
A) Has estado alguna vez en algún Hospital, Clínica, Sanatorio u otra Institución para observación, diagnóstico, operación o tratamiento? Respuesta NO.
B) ¿En los últimos 5 años se le ha practicado exámenes de orina, sangre, electrocardiograma, radiografías u otros exámenes de diagnóstico? Respuesta NO.

EL NOTARIO NO ASUME RESPONSABILIDAD SOBRE EL CONTENIDO DE LA CARTA, NI DE LA FIRMA, IDENTIDAD, CAPACIDAD O REPRESENTACIÓN DEL REMITENTE

CCC. 27281 / 246 POTE. X. 800 JULIO 2014 / NF

LRD



Dentro de este contexto, quedan claramente acreditadas las declaraciones inexactas al momento de contratar el seguro, lo cual no nos permitió evaluar adecuadamente el riesgo asumido ni conocer de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato, razón por la cual, el contrato de seguro resulta siendo Nulo, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 25° de las Condiciones Generales de la Póliza, que a la letra dice:

*Artículo 25:

a) La póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin valor legal alguno, en los siguientes casos:

- (1) Por mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al momento de celebrar el contrato, tenga o no incidencia en la apreciación de los riesgos.
- (2) Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO o de hechos o circunstancias, aun de buena fe, que hubieran podido influir en la estimación de la prima, en la aceptación del riesgo o en la celebración de este contrato.

En consecuencia, siendo que la veracidad y exactitud de la declaración del asegurado es elemento constitutivo del seguro, y que su inobservancia acarrea la pérdida de beneficios para el asegurado y/o sus beneficiarios, considerando además que la falta de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones y formalidades señaladas en el contrato hacen perder todo derecho a la indemnización, se concluye que su solicitud es IMPROCEDENTE.

Es preciso aclarar que según el Certificado Médico de Defunción la causa del fallecimiento ocurrido el 20/07/2014, se consigna como causa de la defunción: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA debido a METASTASIS PULMONAR a consecuencia de SARCOMA OSTEOGENICO.

En cumplimiento de la Resolución SBS N° 3202-2013 de la Superintendencia de Banca y Seguros, se adjunta copia de los documentos probatorios de lo antes expuesto:

- Certificado de Defunción.
- Solicitud de Seguro de Vida Universal Variable - VFP.
- Condiciones Generales de la póliza de Seguro de Vida Universal Variable - VFP.
- Informe N° 327547 de fecha 02/03/2013 emitido por RESOCENTRO.
- Historia Clínica de la Clínica Belén S.A. - Piura - folios relevantes.

En caso de discrepancia con los fundamentos del rechazo del siniestro, usted podrá acudir a las vías de solución de controversias, como son la Defensoría del Asegurado (www.defasea.com.pe), el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI (www.indecoopi.gob.pe), o el Poder Judicial o instancia arbitral, según se haya pactado.

Para solicitar información, podrá comunicarse con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP al teléfono gratuito 0-800-10840.

Sin otro en particular, nos encontramos a vuestra disposición para cualquier aclaración al respecto.

Atentamente

JORGE LAZARTE CUBA
Sub Gerente de Siniestros

EVELYN SOTOMAYOR B.
Ejecutivo de Siniestros Vida

*Para reclamos formulados por personas naturales o jurídicas cuando el total de la indemnización solicitada no exceda la suma de US\$ 50,000.

000093



DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO

Para ser anotada por el declarante o el responsable del registro civil

Horarios y Apellidos del fallecido: **CERTIFICO: QUE LA PRESENTE COPIA FOTOSTATICA**
 Tipo de fallecimiento: **ES REPRODUCCION EXACTA DEL DOCUMENTO QUE**
 da: **NE TENIDO A LA VISTA DOY FE**
 del 201, a los _____ de _____

Horarios y Apellidos del Padre: **PIURA**
 Nombres y Apellidos de la Madre: **25 VIII 2014**
 Nombres y Apellidos del(a) Cónyuge: **VICENTE ACOSTA IPARRAGUIRE**
 Nombres y Apellidos del Defunto: **NOTARIO**
 Domicilio del declarante: **VICENTE ACOSTA IPARRAGUIRE**
 Documento de identidad: **NOTARIO DE PIURA**



6. Causa de muerte: 64 En caso de muerte violenta o Causa Externa sospechosa al fus: 1. Suicidio 2. Homicidio 3. Asesinato de transito o premeditado 4. Accidente de tránsito 5. Otro

65 Se realizó autopsia al fallecido: 1. Si 2. No

7. Datos de la persona que declara la defunción: 71 La persona que declara estos datos es: Médico Otro profesional de salud

72 Nombre y apellido: **Bianca Pérez Barate**
 73 DNI: **43552192** 74 Profesión: **Médico General** 75 N° de Colegio profesional: **08910**

76 Dirección: **Comandante Estancia 999** 77 Distrito: **Miraflores** 78 Firma y Sello: **[Firma]**

8. Duración: 81 Duración: 1. Embarazo 2. Parto 3. En el Púlspero (hasta 42 días) 4. Defunción natural (23 días - 364 días) 5. Defunción natural (365 días - 364 días) 6. Parto

82 Fecha de la defunción (23 semanas y más) 83 En otros

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro Civil al Establecimiento de Salud más cercano o el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.
- El Responsable de la Certificación de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta.
- En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa, el Médico Legista o el médico que designe la autoridad competente también deberá llenar el presente formulario.
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio deberá llenarse además la sección 7.
- Está terminantemente prohibida que el Médico u Otro Profesional de Salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.
- En caso de desconocerse el sexo o la edad solicitado en el presente formulario el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarlos o estimarlos.
- PARO CARDIACO NO ES CAUSA BÁSICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.

**RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE
PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR N° 1**



RESOLUCIÓN FINAL N° 0071-2017/CC1

DENUNCIANTE : SOPHIA VIVIANA SAMANEZ SOSA (SEÑORA SAMANEZ)
 DENUNCIADA : RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (RÍMAC)
 MATERIAS : PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
 DEBER DE IDONEIDAD
 ACTIVIDAD : SEGUROS Y PENSIONES

Lima, 13 de enero de 2017

ANTECEDENTES

1. El 13 de abril de 2016, la señora Samanez denunció a Rímac por presunta infracción a la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor¹ (en adelante, el Código), señalando lo siguiente:
 - (i) Desde 2013, su cónyuge, el señor Carlos Ildegard Nieves Boulangger, era titular del Seguro de Vida Inversión-Vida Futuro Protegido 31332 (Póliza U-89838), brindado por Rímac.
 - (ii) El 20 de julio de 2014, su cónyuge falleció² a consecuencia de sarcoma osteogénico³, por lo que el 3 de octubre de 2014, solicitó a Rímac la cobertura del siniestro; sin embargo, el 7 de noviembre de 2014, la compañía aseguradora le comunicó que la póliza de vida era nula, en tanto advirtió que su cónyuge omitió informar sobre la enfermedad que padecía, la cual dio lugar a su fallecimiento.
 - (iii) El siniestro quedó consentido por Rímac al haber remitido la carta de rechazo señalada el 7 de noviembre de 2014, pese a que el plazo para hacerlo venció el 5 de noviembre de 2014.
 - (iv) Lo alegado por Rímac no resulta cierto, en tanto su cónyuge no tenía conocimiento de la enfermedad que dio lugar a su fallecimiento al momento de contratar su seguro de vida.
2. La señora Samanez solicitó, en calidad de medida correctiva, que se ordene a Rímac la cobertura del seguro de vida de su cónyuge. Asimismo, solicitó el pago de las costas y costos del procedimiento.

¹ Publicado el 2 de setiembre del 2010 en el Diario Oficial El Peruano y vigente desde el 2 de octubre del 2010.

² El cónyuge de la denunciante falleció a los 32 años de edad.

³ El osteosarcoma es uno de los tipos de cáncer de huesos más frecuentes en los niños, adolescentes y adultos jóvenes. Esta enfermedad suele presentarse en los huesos largos, como los de los brazos (húmero), piernas (fémur/tibia) y en la pelvis.

HOSPITAL DE NIÑOS LUCILE PACKARD DE STANFORD.

Ver: <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/detail?id=sarcomaosteogenco-90-P05850>



INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
 Calle De la Prusa 104, San Borja, Lima 41 - Perú / Telf.: 224 7800
 e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe

M-CPC-05/1A



PERÚ

Presidencia del Consejo de Ministros

INDECOP

COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1
SEDE CENTRAL
EXPEDIENTE 113-2016/CC1



3. Por Resolución 1 del 2 de junio de 2016, la Secretaría Técnica admitió a trámite la denuncia interpuesta por la señora Samanez contra Rímac, formulando la siguiente imputación de cargos:

"PRIMERO: admitir a trámite la denuncia del 13 de abril de 2016, interpuesta por la señora Sophia Viviana Samanez Sosa contra Rímac Seguros y Reaseguros S.A., por presunta infracción a los artículos 18 y 19 de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en tanto la compañía aseguradora se habría negado injustificadamente a otorgar a la denunciante la cobertura del seguro de vida de su cónyuge."

4. Rímac presentó sus descargos, indicando lo siguiente:
- (i) De manera previa a la contratación del seguro, el cónyuge de la señora Samanez tenía conocimiento de que se le había identificado una lesión osteoperiosteal⁴ expansiva a nivel de la cabeza humeral derecha, siendo que falleció a consecuencia de sarcoma osteogénico.
 - (ii) El antecedente patológico mencionado no fue puesto en su conocimiento al momento de la contratación del seguro pues en la Declaración Personal de Salud respondió que no recibía tratamiento médico, no tomaba medicinas de alguna clase ni tenía conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión.
 - (iii) En tanto las declaraciones inexactas provistas por el cónyuge de la señora Samanez no permitieron evaluar adecuadamente el riesgo asumido por la compañía aseguradora, el contrato de seguro es nulo, conforme a lo establecido en el artículo 25 de las Condiciones Generales de la Póliza.
 - (iv) No debe ordenarse una medida correctiva, en tanto no ha incurrido en conducta infractora alguna.

ANÁLISIS

Cuestión previa: sobre la legitimidad para obrar de la señora Samanez

5. La Primera Disposición Final del Texto Único Ordenado del Código Procesal Civil establece que las disposiciones de esta norma se aplican de manera supletoria a los demás ordenamientos procesales, siempre que sean compatibles con su naturaleza⁵.
6. El numeral 1 del artículo 427 del Código Procesal Civil señala que se declarará improcedente la demanda cuando el demandante carezca de legitimidad para obrar.

⁴ Membrana que recubre los huesos largos y los huesos planos.

⁵ TEXTO ÚNICO ORDENADO DEL CÓDIGO PROCESAL CIVIL, aprobado por RESOLUCIÓN MINISTERIAL 010-93-JUS y publicado el 22 de abril de 1993
DISPOSICIONES FINALES
PRIMERA.- Las disposiciones de este Código se aplican supletoriamente a los demás ordenamientos procesales, siempre que sean compatibles con su naturaleza.



M-CPC-05/1A

2

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Calle De la Prosa 104, San Borja, Lima 41 - Perú / Tel: 224 7800
e-mail: consultas@indecop.gob.pe / Web: www.indecop.gob.pe



7. La legitimidad para obrar constituye una condición esencial para iniciar el proceso que consiste en la *posición habilitante* en la que se encuentra una persona para plantear una pretensión, la cual se otorga a quien *afirma* ser parte en la relación jurídica sustantiva. De esa forma, tendrá legitimidad para obrar quien afirme ser titular del derecho que se discute.
8. El concepto de legitimidad para obrar no versa sobre la titularidad del derecho o de la obligación sustancial, dado que puede existir perfectamente la legitimidad y, no obstante, declararse en la resolución final que el derecho o la obligación invocada en la denuncia realmente no existió.
9. Este concepto es compartido por el Tribunal Constitucional en la Sentencia recaída en el Expediente 3610-2008-PA/TC emitida el 27 de agosto de 2008⁶, que estableció que:

(...)

6. (...) la legitimidad para obrar constituye una condición esencial para iniciar el proceso.
7. Cuando se plantea lo que es la legitimidad para obrar se alude específicamente a la capacidad legal que tenga un demandante para interponer su acción y plantear su pretensión a efectos de que el juez analice y verifique tal condición para admitir la demanda.
8. Que la legitimidad para obrar es la posición habilitante en la que se encuentra una persona para poder plantear determinada pretensión en un proceso. En este caso, la posición habilitante para poder plantear una pretensión en un proceso se le otorga a quien afirma ser parte en la relación jurídico sustantiva que da origen al conflicto de intereses.
9. En ese sentido, tendrá legitimidad para obrar, en principio, quien en un proceso afirme ser titular del derecho que se discute. (...)

(Subrayado agregado)

10. Así, no resulta suficiente afirmar en la denuncia que se tiene legitimidad para obrar, sino que es necesario que tal presupuesto procesal fluya de su texto, debido a que podría ocurrir que se afirme su existencia —invocación—; sin embargo, de los hechos sustentatorios de la pretensión se desprende que el actor la carezca en forma evidente, en cuyo supuesto se deberá declarar *in limine* su improcedencia.
11. Para mayor abundamiento, Montero Aroca⁷ manifiesta que se entenderá por legitimidad para obrar lo siguiente:

"la posición habilitante para formular la pretensión o para que contra alguien se formule, ha de radicar necesariamente en la afirmación de la titularidad del derecho subjetivo material y en la imputación de la obligación. La legitimación no puede consistir en la existencia del derecho y de la obligación, que es el tema de fondo que se debatirá en el

⁶ Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente 3610-2008-PA/TC emitida en el Pleno del 27 de agosto de 2008. La mencionada sentencia puede ser revisada íntegramente en el siguiente enlace web: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2008/03610-2008-AA.html>

⁷ MONTERO AROCA, Juan (1994). *La legitimación en el proceso civil. (Intento de aclarar un concepto que resulta más confuso cuanto más se escribe sobre él)*. Madrid: Editorial Civitas S.A.





COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1
SEDE CENTRAL
EXPEDIENTE 413-2016-CC1



proceso y se resolverá en la sentencia; sino, simplemente, en las afirmaciones que realiza el actor."

(Subtrayado agregado)

12. A partir de lo mencionado se debe examinar si la señora Samanez tiene o no legitimidad para obrar, luego de verificar si existe la relación formal de correspondencia entre tal denunciante y la persona a quien la ley concede acción.
13. En este examen, no se juzga la justicia de la pretensión y menos si el actor es o no titular del derecho que alega en su denuncia, pues estos dos aspectos se evaluarán al expedir la resolución final, es decir, cuando se emita un juicio de fundabilidad sobre la pretensión.
14. De esa forma, se presentan dos supuestos: (i) si un denunciante *alega* que forma parte de una relación de consumo en virtud de un contrato celebrado con un proveedor y que, además, se puede corroborar tal afirmación luego de la narración coherente de los hechos y medios probatorios de la denuncia, entonces deberá entenderse que posee legitimidad para obrar activa; y, (ii) si un denunciante *alega* que merece protección en virtud de haber sido directa o indirectamente expuesto o comprendido en una relación de consumo o haber sufrido los efectos de este, entonces deberá revisarse si luego de la narración coherente de los hechos y los medios probatorios de la denuncia fluye tal afectación, para que califique como consumidor en los términos del Código y, de esa forma, posea legitimidad para obrar activa.
15. Respecto del segundo supuesto, debemos destacar que el artículo III del Título Preliminar del Código⁸ establece que se protege al consumidor que se encuentre directa o indirectamente expuesto o comprendido por una relación de consumo o en una etapa preliminar a esta. Asimismo, el numeral 1 del artículo IV del Título Preliminar de dicha norma define a aquellos que pueden ser considerados consumidores o usuarios y, por ende, aquellos que pueden acceder al nivel de protección especial que brinda la normativa de protección al consumidor⁹.

⁸ LEY 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR, publicada el 2 de setiembre de 2010
TÍTULO PRELIMINAR
Artículo III.- Ámbito de aplicación
1. El presente Código protege al consumidor, se encuentre directa o indirectamente expuesto o comprendido por una relación de consumo o en una etapa preliminar a ésta.
2. Las disposiciones del presente Código se aplican a las relaciones de consumo que se celebran en el territorio nacional o cuando sus efectos se producen en éste.
3. Están también comprendidas en el presente Código las operaciones a título gratuito cuando tengan un propósito comercial dirigido a motivar o fomentar el consumo.

⁹ LEY 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR, publicada el 2 de setiembre de 2010
TÍTULO PRELIMINAR
Artículo IV.- Definiciones
Para los efectos del presente Código, se entiende por:
1. Consumidores o usuarios
1.1 Las personas naturales o jurídicas que adquieren, utilizan o disfrutan como destinatarios finales productos o servicios materiales o inmateriales, en beneficio propio o de su grupo familiar o social, actuando así en un ámbito ajeno a una actividad empresarial o profesional. No se considera consumidor para efectos de este Código a quien adquiere, utiliza o disfruta de un producto o servicio normalmente destinado para los fines de su actividad como proveedor.





COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1
SEDE CENTRAL
EXPEDIENTE 413-2016-CC/1



16. De una apreciación conjunta y finalista de tales artículos se desprende que el Código también es aplicable a los casos en que no se ha configurado propiamente una relación de consumo, pero en los que el denunciante se encuentra expuesto, directa o indirectamente, a una etapa previa, a su ejecución o a una etapa posterior a aquella, razón por la cual califica como consumidor en los términos del Código.
17. Bajo esa misma línea de razonamiento, la Sala Especializada de Protección al Consumidor en la Resolución 342-2014/SPC-INDECOPI del 30 de enero de 2014¹⁰, ha establecido lo siguiente:

*El ámbito de aplicación del Código no se encuentra restringido exclusivamente a los compradores o contratantes de un producto o servicio, pues como se ha señalado una persona puede entrar en contacto con dichas prestaciones sin que medie una relación contractual con el proveedor.
(...)*

(Subrayado agregado)

18. A efectos de analizar la posible existencia de una infracción, la Comisión deberá determinar previamente si la señora Samanez posee legitimidad para obrar activa respecto de los hechos materia de controversia. De no verificarse dicho supuesto, la denuncia deberá ser declarada improcedente.
19. En el presente caso, la señora Samanez cuestionó que Rímac se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura por muerte de su cónyuge, en virtud del Seguro de Vida Inversión-Vida Futuro Protegido 31332 (Póliza U-89838) contratado.
20. De la información que obra en el expediente se observa, en las Condiciones Particulares del seguro de vida, que el cónyuge de la señora Samanez estableció como beneficiario al Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank; sin embargo, ello fue únicamente hasta la suma que estuviere adeudando a la fecha de su fallecimiento, siendo que en caso de existir un remanente, los beneficiarios serían la señora Samanez —en su calidad de cónyuge— y la madre del asegurado.
21. Por tal motivo, la señora Samanez posee la calidad de beneficiaria de su cónyuge, por lo que no carece de legitimidad para cuestionar una presunta infracción contra Rímac, en tanto los efectos de su decisión le son atribuibles en calidad de cónyuge del asegurado.

- 1.2 Los microempresarios que evidencien una situación de asimetría informativa con el proveedor respecto de aquellos productos o servicios que no formen parte del giro propio del negocio.
- 1.3 En caso de duda sobre el destino final de determinado producto o servicio, se califica como consumidor a quien lo adquiere, usa o disfruta. (...)

¹⁰ Ver Resolución 342-2014/SPC-INDECOPI emitida en la sesión del 30 de enero de 2014. Dicha Resolución puede ser revisada en el enlace web: http://sistemas.indecopi.gob.pe/sdc_jurisprudencia/documentos/1-94/2014/Re0342.pdf



M-CPC-05/1A

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle De la Prosa 104, San Borja, Lima 41 - Perú / Telf: 224 7800
e-mail: consum@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



PERU

Presidencia del Consejo de Ministros



COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1
SEDE CENTRAL
EXPEDIENTE 413-2016/CC1

22. En consecuencia, la Comisión considera que corresponde desestimar la excepción planteada por Rímac, referida a la presunta falta de legitimidad para obrar activa de la señora Samanez, en tanto ha quedado acreditado que posee dicha legitimidad en su calidad de beneficiaria del Seguro de Vida Inversión-Vida Futuro Protegido 31332 (Póliza U-89831).

Sobre la presunta infracción al deber de idoneidad

23. El artículo 65 de la Constitución Política del Perú consagra la defensa por el Estado peruano de los intereses de los consumidores¹¹, mandato que es recogido en el literal c) del numeral 1.1 del artículo 1 del Código, el cual reconoce el derecho de los consumidores a la protección de sus intereses económicos y establece la protección contra métodos comerciales coercitivos o cualquier otra práctica similar, así como frente a información interesadamente equívoca respecto de los productos o servicios que son ofrecidos en el mercado¹².
24. Al respecto, todo proveedor ofrece una garantía sobre la idoneidad de los bienes y servicios que ofrece en el mercado, lo anterior en función de la información que traslada a los consumidores de manera expresa o tácita. En tal sentido, para establecer la existencia de una infracción corresponderá al consumidor o a la autoridad administrativa acreditar la existencia del defecto, siendo que ante tal situación será de carga del proveedor demostrar que dicho defecto no le es imputable para ser eximido de responsabilidad¹³.

¹¹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, publicada el 30 de diciembre de 1993
Artículo 65.- El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo, vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

¹² LEY 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR, publicada el 2 de setiembre de 2010
Artículo 1.- Derechos de los consumidores
1.1 En los términos establecidos por el presente Código, los consumidores tienen los siguientes derechos:
(...)
c. Derecho a la protección de sus intereses económicos y en particular contra las cláusulas abusivas, métodos comerciales coercitivos, cualquier otra práctica análoga e información interesadamente equívoca sobre los productos o servicios.
(...)

¹³ LEY 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR, publicada el 2 de setiembre de 2010
Artículo 18.- Idoneidad
Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.
La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.
Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

Artículo 19.- Obligación de los proveedores
El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.





25. La señora Samanez señaló que luego que su cónyuge falleció —20 de julio de 2014— solicitó a Rímac la cobertura de su seguro de vida; sin embargo, el 25 de octubre de 2014, la compañía aseguradora rechazó la cobertura, argumentando que el contrato de seguro era nulo en tanto su cónyuge incurrió en reticencia al no haber informado en la Declaración Personal de Salud que suscribió sobre el antecedente médico que padecía.
26. Rímac señaló que el cónyuge de la señora Samanez tenía conocimiento, con anterioridad a la contratación del seguro, de que se le había identificado una lesión osteoperiosteal expansiva a nivel de la cabeza humeral derecha, siendo que dicho antecedente no fue informado en la Declaración Personal de Salud, lo que implicó que no pueda evaluarse adecuadamente el riesgo asumido, por lo que el contrato de seguro devenía en nulo conforme al artículo 25 de las Condiciones Generales de la Póliza.
27. Al respecto, las Condiciones Generales del Seguro de Vida Inversión-Vida Futuro Protegido 31332 (Póliza U-89838)¹⁴ señalan lo siguiente:

"ARTÍCULO 25: NULIDAD DEL CONTRATO

a) La Póliza deviene en nula de pleno derecho, es decir sin valor legal alguno, en los siguientes casos:

(...)

(2) Por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del ASEGURADO o de hechos o circunstancias, aún de buena fe, que hubieran podido influir en la estimación de la prima, en la aceptación del riesgo o en la celebración de este contrato."

28. Así, se desprende que la póliza será nula si el asegurado incurre en una declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación sobre su estado de salud, edad, ocupación, y/o cualquier otra circunstancia que pudiese influir en la estimación de la prima, aceptación del riesgo o la celebración del contrato de seguro.
29. Por otro lado, obran en el expediente los siguientes medios probatorios:

(i) Carta notarial emitida por Rímac el 25 de octubre de 2014 a la señora Samanez¹⁵:

"SV. 2014/1660
San Isidro, 25 de octubre de 2014

Señora
SOPHIA SAMANEZ SOSA
Urb. San Felipe D-13 (teléfono: 965059783)
Piura.-

Ref. Siniestro de Seguro de Vida Inversión – Vida Futuro Protegido N° 31332
Asegurado: NIEVES BOLULANGER CARLOS ILDEGARD
Póliza U-89838 / Muerte Natural

¹⁴ Ver foja 75 del expediente.

¹⁵ Ver foja 11 del expediente.





PERÚ

Presidencia del Consejo de Ministros

INDECOPI

COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1 SEDE CENTRAL

EXPEDIENTE 413-2016-0001



De nuestra consideración,

Mediante la presente le informamos que hemos concluido la evaluación del caso de la referencia y al respecto le comunicamos que el mismo carece de cobertura. A continuación, exponemos los fundamentos de nuestro pronunciamiento.

De acuerdo a lo consignado en el Informe N° 327547 con fecha de expedición 02/03/2013 emitido por RESOCENTRO, presentada para la evaluación de su reclamo, se desprende que el señor CARLOS I. NIEVES BOULANGGER presentaba el siguiente antecedente médico:

CONCLUSIÓN: Lesión ósea expansiva humeral proximal derecha de estirpe condral localizada a nivel de la región diafisometafisaria proximal del húmero derecho, compromete la sinovia (sinovitis) a considerar condroblastoma como primera posibilidad diagnóstica.

(...)

Estos antecedentes no fueron puestos en conocimiento a RIMAC SEGUROS en la Solicitud de seguro que el señor NIEVES BOULANGER suscribió con fecha 12/07/2014, configurando esto una clara e importante reticencia de información a la contratación del seguro (...).

Dentro de este contexto, quedan claramente acreditadas las declaraciones inexactas al momento de contratar el seguro, lo cual no permitió evaluar adecuadamente el riesgo asumido no conocer de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato, razón por la cual el contrato de seguro resulta Nulo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25 de las Condiciones Generales de la Póliza (...)"

(Subrayado agregado)

- (ii) Informe 327547 de Resocentro del 2 de marzo de 2013 del cónyuge de la señora Samanez¹⁶:

"CONCLUSIÓN

Lesión ósea expansiva humeral proximal derecha de estirpe condral localizada a nivel de la región diafisometafisaria proximal del húmero derecho, compromete la sinovia (sinovitis) a considerar condroblastoma como primera posibilidad diagnóstica."

(Subrayado agregado)

- (iii) Declaración Personal de Salud del cónyuge de la señora Samanez, suscrito el 13 de julio de 2013¹⁷:

¹⁶ Ver foja 16 del expediente.

¹⁷ Ver reverso de foja 86 del expediente.





[14.]	Si/No	Detalle
A) ¿Estas recibiendo tratamiento medico por alguna enfermedad o esta tomando medicina de cualquier clase?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	A)
B) ¿Tienes que ser hospitalizado próximamente?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	B)
C) ¿Tienes conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	C)
[15.]	Si/No	Detalle
A) ¿Has sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? Proporcione detalles. En caso de traumatismo craneal, indicar si hubo coma o pérdida de conocimiento y su duración.	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
[16.]	Si/No	Detalles Fecha
PREGUNTAS ADICIONALES SOLO PARA MUJERES		
A) ¿Has sufrido o tienes conocimiento de padecer:		
A.1) Cualquier enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	A.1)
A.2) Abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	A.2)
B) ¿Estás embarazada actualmente? ¿De cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	B)
C) ¿Cuántos partos has tenido y cuando fue el último?	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	C)
D) ¿Te has practicado exámenes papanicolaou (PAP)? En caso afirmativo indique fecha y resultado	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	D)
[17.]		
A) Tienes alguna otra cosa que declarar concerniente a tu salud?		NO

Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que están completas y son verdicias y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, implican nulidad de la póliza. Además autorizo expresamente a cualquier medico u otra persona que me hubiese conocido o asistido en mis dolencias, a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al brindarme sus servicios. Declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro, el pago de la primera prima y la entrega de la presente Declaración Personal de Salud no implican en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía.

Lugar: Lima
 Fecha: 12 de Julio 2013

 Firma del Asegurable

(iv) Certificado de defunción del cónyuge de la señora Samanez¹⁸:

***CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Nombres y apellidos del fallecido: Carlos Ildegard Nieves Doulangger
 Edad: 31. Documento de Identidad: DNI. N° 41306826. Fecha de fallecimiento: el día 20 del mes de Julio del año 2014 a las 6.14 horas.

(...)
 La causa básica de muerte: sarcoma osteoqénico
 (...)

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

Causa de la defunción:



¹⁸ Ver foja 92 del expediente.



PERÚ

Presidencia del Consejo de Ministros

INDECOPI

COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR R1
SEDE GENERAL
EXPEDIENTE 413/2018/C1



I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)

- a) insuficiencia respiratoria
- b) metástasis pulmonar
- c) sarcoma osteogénico

CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d)
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica."

(S: subrayado agregado)

30. De la revisión de los medios probatorios se observa lo siguiente:

- (i) El cónyuge de la señora Samanez informó en la Declaración Personal de Salud suscrita el 12 de julio de 2013 que no tenía conocimiento de alguna enfermedad o lesión a la que no haya aludido en el cuestionario llenado.
- (ii) El 2 de marzo de 2013, esto es, con anterioridad a la contratación del seguro, Resonancia Médica S.R.LTDA emitió el Informe 327547 en el cual se consignó como conclusión que el cónyuge de la señora Samanez padecía de una lesión ósea expansiva paraosteal a nivel de la cabeza humeral derecha.
- (iii) El artículo 25 de las Condiciones Generales de la póliza contratada por el cónyuge de la señora Samanez precisa que deviene en nulo el contrato de seguro por declaración inexacta, reticencia, omisión u ocultación relativa al estado de salud del asegurado.
- (iv) El cónyuge de la señora Samanez tenía conocimiento de la lesión ósea que padecía, pese a lo cual no informó dicha condición a Rímac al momento de contratar el seguro de vida.
- (v) El certificado de defunción del cónyuge de la señora Samanez señala que este falleció a consecuencia de insuficiencia pulmonar generada por la metástasis pulmonar (tumores cancerosos que comienzan en alguna parte del cuerpo y se diseminan a los pulmones) que le ocasionó el padecer osteosarcoma que, conforme se ha verificado, es un tipo de cáncer a los huesos¹⁹.

¹⁹ "El osteosarcoma [sarcoma osteogénico] es uno de los tipos de cáncer de huesos más frecuentes en los niños, adolescentes y adultos jóvenes.

Esta enfermedad suele presentarse en los huesos largos, como los de los brazos (húmero), piernas (fémur/tibia) y en la pelvis. Rara vez ocurre en la mandíbula y los dedos. A menudo aparece en los extremos de estos huesos, cerca de los cartílagos de crecimiento, especialmente alrededor de las rodillas.

Las células cancerígenas del osteosarcoma también se pueden propagar (por metástasis) a otras áreas del organismo. Por lo general, estas células se propagan hacia los pulmones."

HOSPITAL DE NIÑOS LUCILE PACKARD DE STANFORD
Ver: <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=sarcomaosteogonico-90-P05850>

"En la mayoría de las variantes de osteosarcoma una radiografía simple es prácticamente diagnóstica. Típicamente las lesiones se ven en las metástasis (extremos) de los huesos largos, más frecuentemente en la rodilla."



M-CPC-05/1A

10

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle De la Prosa 104, San Borja, Lima 41 - Perú / Telf.: 224 7800
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / www.indecopi.gob.pe



31. De lo anterior se desprende que el cónyuge de la señora Samanez padecía de una lesión ósea, cuya condición de salud no fue puesta en conocimiento de Rímac al momento de la suscripción del contrato de seguro (12 de julio de 2013), siendo precisamente esta una patología significativa que contribuyó a su fallecimiento, tal como se consigna en el certificado de defunción.
32. En este punto, debe precisarse que la declaración inexacta acarrea la nulidad absoluta²⁰ (de pleno derecho) del contrato de seguro, por lo que para poder analizar el consentimiento de la cobertura solicitada será necesario, previamente, verificar la validez del acto jurídico (contrato de seguro).
33. Así, del análisis del expediente se verificó que el cónyuge de la señora Samanez realizó una declaración inexacta sobre su estado de salud que no fue puesta en conocimiento de Rímac, por lo que vulneró el principio de la buena fe contractual, más aún cuando para la contratación de un seguro se necesita como característica esencial la información adecuada y cierta para que la compañía aseguradora pueda evaluar el riesgo del interés asegurable.
34. En consecuencia, la Comisión considera que corresponde declarar infundada la denuncia interpuesta por la señora Samanez contra Rímac por presunta infracción a los artículos 18 y 19 del Código, en la medida que ha quedado acreditado que la compañía aseguradora negó justificadamente el otorgamiento del seguro de vida contratado por su cónyuge.

VOLUNTARIOS MÉDICOS DE LA INICIATIVA "LIDBY SHRIVER SARCOMA"
Ver: <http://sarcomahelp.org/transtabletes-osteosarcoma.html>

(Subrayado agregado)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud propone que los tumores óseos se clasifiquen en formadores de hueso, entre los que se encuentra el condroblastoma.

²⁰ EXPEDIENTE JUDICIAL 3361-2014-0-1801-JR-CA-25
Impugnación de acto administrativo

(...)

DÉCIMO TERCERO: Sin embargo, este Juzgado considera que si bien el artículo 332 de la Ley General del Sistema financiero y del Sistema de Seguros establece que el siniestro queda consentido cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro, debe entenderse que el siniestro consentido opera solamente en aquellos casos donde exista un contrato de seguro válido y existente, es decir, cuando el contrato de seguro no esté incurso en las causales de nulidad previstos en el artículo 376 del Código de Comercio, por lo que no resulta procedente oponer la figura del siniestro consentido ante un supuesto de nulidad de contrato de seguro, por cuanto, tal como se ha señalado al supra, el citado Código establece la nulidad absoluta del contrato y por tanto esta nulidad no puede convalidarse con el silencio de la aseguradora o su pronunciamiento extemporáneo.

(...)

DÉCIMO SEXTO: Cabe precisar que lo señalado no significa que la entidad demandada deba declarar la nulidad del contrato de seguro celebrado entre las partes justamente al no estar dentro de sus competencias, sino que verifique la validez del contrato de seguro alegado para que a partir de ahí determine si efectivamente la demandante privó injustamente a la denunciante de obtener la cobertura del seguro de desgravamen y por tanto determine si infringió el deber de idoneidad previsto en el artículo 18 del Código de Protección y Defensa del Consumidor.

(Subrayado agregado)



CPC-05/1A

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle De la Prusa 104, San Borja, Lima 41 - Perú / Telf: 224 7800
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



PERÚ

Presidencia
del Consejo de MinistrosCOMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1
SEDE CENTRAL

EXPEDIENTE 413-2016/CC1

**Sobre la medida correctiva solicitada y el pago de las costas y costos del procedimiento**

35. En tanto no se ha verificado una infracción al Código por parte de Rímac, corresponde denegar la medida correctiva, así como el pago de las costas y costos del procedimiento solicitados por la señora Samanez, por ser accesorios al pronunciamiento sustantivo.

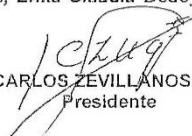
RESUELVE

PRIMERO: declarar infundada la denuncia interpuesta por la señora Sophia Viviana Samanez Sosa contra Rímac Seguros y Reaseguros S.A. por presunta infracción a los artículos 18 y 19 de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que ha quedado acreditado que la compañía aseguradora negó justificadamente el otorgamiento del Seguro de Vida Inversión-Vida Futuro Protegido 31332 (Póliza U-89838) contratado por su cónyuge.

SEGUNDO: denegar la medida correctiva, así como el pago de costas y costos del procedimiento solicitadas por la señora Sophia Viviana Samanez Sosa.

TERCERO: informar a las partes que la presente resolución tiene vigencia desde el día de su notificación y no agota la vía administrativa. En tal sentido, se informa que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 38 de la Ley sobre Facultades, Normas y Organización, aprobada por Decreto Legislativo 807 —modificado por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley 29517, Código de Protección y Defensa del Consumidor—, el único recurso impugnativo que puede interponerse contra lo dispuesto por este órgano colegiado es el de apelación²¹. Cabe señalar que dicho recurso deberá ser presentado ante la Comisión en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de su notificación, caso contrario, la resolución quedará consentida²².

Con la intervención de los señores Comisionados: Juan Carlos Zevillanos Garnica, José Ricardo Wenzel Ferradas, Erika Claudia Bedoya Chirinos y Diego Vega Castro-Sayán.


JUAN CARLOS ZEVILLANOS GARNICA
Presidente

²¹ LEY 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR, publicada el 2 de setiembre de 2010
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS
PRIMERA.- Modificación del artículo 38° del Decreto Legislativo núm. 807
Modifícase el artículo 38° del Decreto Legislativo núm. 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, con el siguiente texto:

"Artículo 38.- El único recurso impugnativo que puede interponerse durante la tramitación del procedimiento es el de apelación, que procede únicamente contra la resolución que pone fin a la instancia, contra la resolución que impone multas y contra la resolución que dicta una medida cautelar. El plazo para interponer dicho recurso es de cinco (5) días hábiles. La apelación de resoluciones que pone fin a la instancia se concede con efecto suspensivo. La apelación de multas se concede con efecto suspensivo, pero es tramitada en cuaderno separado. La apelación de medidas cautelares se concede sin efecto suspensivo, tramitándose también en cuaderno separado".

²² LEY 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, publicada el 11 de abril de 2001
Artículo 212.- Acto firme
Una vez vencidos los plazos para interponer los recursos administrativos se perderá el derecho a articularlos quedando firme el acto.



**RESOLUCIÓN DE LA SALA
ESPECIALIZADA EN PROTECCIÓN
AL CONSUMIDOR**



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016/CC

0203



PROCEDENCIA : COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR –
SEDE LIMA SUR N° 1

PROCEDIMIENTO : DE PARTE

DENUNCIANTE : SOPHÍA VIVIANA SAMANEZ SOSA

DENUNCIADA : RÍMAC SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

MATERIA : IDONEIDAD

ACTIVIDAD : SEGUROS Y PENSIONES

SUMILLA: *Se revoca la resolución venida en grado, en el extremo que declaró infundada la denuncia interpuesta por la señora Sophía Viviana Samanez Sosa contra Rímac Seguros y Reaseguros S.A. por presunta infracción de los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; y, reformándola, se declara fundada dicha denuncia, al haberse evidenciado que la denegatoria en cuestión era injustificada, puesto que el siniestro fue consentido.*

SANCIÓN: 5 UIT

Lima, 9 de agosto de 2017

ANTECEDENTES

1. El 13 de abril de 2016, la señora Sophía Viviana Samanez Sosa (en adelante, la señora Samanez) denunció a Rímac Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante, la Aseguradora) ante la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1 (en adelante, la Comisión) por presuntas infracciones a la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el Código), en atención a lo siguiente:
 - (i) El 9 de agosto de 2013, su esposo, el señor Carlos Ildegard Nieves Boulanger (en adelante, el señor Nieves) suscribió con la denunciada un seguro de vida denominado *Vida Futuro Protegido 65 Años*, cuya póliza fue signada con N° 89838;
 - (ii) a través de dicha contratación, el señor Nieves designó como beneficiarios a: (i) Banco Internacional del Perú S.A.A. – Interbank (en adelante, el Banco), «hasta la suma que estuviere adeudando a la fecha del fallecimiento»; y, en caso quedara un remanente de la suma asegurada, a: (ii) su persona, en su calidad de cónyuge, por el 70%; así como, (ii) la señora Mariza Soledad Boulanger Serna (en adelante, la señora Boulanger), en su calidad de madre del contratante, por el 30%;

¹ Identificado con R.U.C.: 20100041953. Domicilio fiscal: Av. Paseo de la República N° 3505 - Urb. Limatambo, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, según la información obtenida en www.sunat.gob.pe.

² Publicado el 2 de setiembre de 2010 en el diario oficial *El Peruano*. Entró en vigencia a los 30 días calendario.

M-SPC-13/1B

1/18



PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016/CC

0204



- (iii) el 23 de setiembre de 2014, cursó a la Aseguradora la solicitud de cobertura del siniestro correspondiente al producto adquirido por el señor Nieves, toda vez que este falleció el 20 de julio de dicho año;
 - (iv) el 30 de setiembre de 2014, la proveedora respondió a tal pedido, mediante la misiva identificada como SV.2014/1610, por medio de la cual indicó la necesidad de presentar copia foliada y fedateada de la historia clínica del asegurado -previa al inicio de vigencia de la póliza- a fin de culminar con la evaluación del caso; requerimiento que fue atendido el 3 de octubre de dicho año;
 - (v) el 7 de noviembre de 2014, la denunciada le envió la carta signada como SV.214/1660, en la que rechazó la cobertura del siniestro aduciendo que se había constituido una causal de nulidad, toda vez que su cónyuge incurrió en declaraciones inexactas al momento de la contratación de la póliza en cuestión;
 - (vi) de acuerdo con lo establecido en la normativa sectorial pertinente, la Aseguradora contaba con un plazo de treinta (30) días calendario para atender la solicitud de cobertura, desde la fecha en que esta fue presentada, lo cual no se cumplió en la situación en particular, toda vez que la proveedora superó dicho periodo al haber cursado una respuesta al aludido requerimiento recién el 7 de noviembre de 2014; por lo que, el siniestro había quedado consentido y la denunciada se encontraba obligada a cumplir con el pago a su favor;
 - (vii) la compañía de seguros superó también el plazo de treinta (30) días calendario con el que contaba desde que conoció la supuesta declaración inexacta -lo cual ocurrió el 7 de octubre de 2014-, ya que comunicó la señalada nulidad el 7 de noviembre de dicho año, esto es, excediendo el periodo anteriormente descrito; y,
 - (viii) el asegurado desconocía la enfermedad que causó su muerte cuando adquirió el producto de la proveedora.
2. El 8 de agosto de 2016, la Aseguradora presentó su escrito de defensa, señalando lo siguiente:

- (i) El rechazo a la solicitud planteada por la señora Samanez fue justificado, ya que el 7 de octubre de 2014 recibió la carta notarial de la señora Boulanger, a través de la cual se proporcionaron datos y exámenes que resultaron de vital importancia para el análisis de la calificación del siniestro, los mismos que no fueron puestos en conocimiento de su empresa al momento que el usuario se afilió al producto en cuestión;
- (ii) del informe de Resocentro del 2 de marzo de 2013 aportado mediante dicha comunicación se desprendió que el asegurado tuvo conocimiento con anterioridad a la contratación del seguro que tenía una «*lesión oseoparaosteal expansiva a nivel de la cabeza humeral derecha*», lo que se encontraba vinculado con la causa del fallecimiento que fue plasmada en

M-SPC-13/1B

2/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle: De la Princesa 161, San Borja, Lima 01 - Perú / Telf: 774 7800
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor
RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI
EXPEDIENTE 0413-2017/CC1



- el certificado de defunción del 20 de julio de 2014, al señalar «*Insuficiencia respiratoria debido a metástasis pulmonar a consecuencia de sarcoma osteogénico*»;
- (iii) dado que el señor Nieves omitió brindar información relevante de su real condición de salud al momento de suscribir la Declaración Personal de Salud, al haber negado que fue sometido a tratamientos o que conocía de lesiones sufridas, el contrato del seguro era nulo;
 - (iv) cumplió con comunicar la denegatoria cuestionada dentro del plazo previsto legalmente, ya que el 8 de octubre de 2014 fue feriado y no podía ser contabilizado como día hábil;
 - (v) al haber existido un vicio de nulidad, no correspondía considerar al siniestro como consentido;
 - (vi) en caso se dispusiera medida correctiva alguna a favor de la interesada, era pertinente indicar que la póliza del seguro fue endosada a favor del Banco y que este era responsable de cumplir con ello;
 - (vii) la señora Samanez carecía de legitimidad para obrar activa, por cuanto los derechos de indemnización que podrían derivarse de la póliza fueron transferidos por el asegurado a favor del Banco³.
3. Mediante Resolución 0071-2017/CC1 del 13 de enero de 2017, la Comisión emitió el siguiente pronunciamiento:
- (i) Desestimó la excepción planteada por la Aseguradora, respecto a la presunta falta de legitimidad para obrar activa de la señora Samanez, en tanto quedó acreditado que esta ostentaba tal potestad al constituirse como beneficiaria del seguro adquirido por su esposo;
 - (ii) declaró infundada la denuncia contra la Aseguradora por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haber quedado acreditado que la negativa a otorgar la cobertura del seguro de vida era justificada, puesto que la declaración inexacta del señor Nieves acarreo la nulidad absoluta del contrato de dicho producto; y,
 - (iii) denegó las medidas correctivas, así como el reembolso de las costas y costos del procedimiento.
4. El 30 de enero de 2017, la señora Samanez interpuso recurso de apelación contra la Resolución 0071-2017/CC1, para lo cual reiteró lo expuesto en su escrito de denuncia.
5. Por su parte, el 15 de marzo de 2017, la proveedora solicitó que se le conceda una audiencia de informe oral; mientras que, el 11 de julio de 2017, la denunciada presentó un escrito precisando que el Poder Judicial había emitido un pronunciamiento refiriendo que el Indecopi contaba con la potestad de

³ Argumento que fue complementado mediante escrito del 11 de enero de 2017.
M-SPC-13/1B 3/18



PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2-16-00000

0206

evaluar la validez de un contrato de seguro sin que fuera necesaria una sentencia judicial previa.

6. De otro lado, el 24 de julio de 2017, la señora Samanez insistió en las formulaciones de su cuestionamiento inicial, añadiendo un requerimiento para que se le otorgara una audiencia de informe oral.
7. Finalmente, el 7 de agosto de 2017, la denunciada presentó un escrito reiterando los argumentos desarrollados como parte de su defensa en la presente controversia, adjuntando cartas dirigidas al Banco y la interesada que plasmaran tal denegatoria.

ANÁLISIS:

- (i) Cuestión previa: De la denegatoria del pedido de informe oral

8. Mediante escritos del 15 de marzo y 24 de julio de 2017, la Aseguradora y la señora Samanez solicitaron -respectivamente- que se les concediera el uso de la palabra para exponer los argumentos que sustentaban sus planteamientos.
9. Sobre el particular, cabe indicar que el artículo 16° del Decreto Legislativo N° 1033, Ley de Organización y Funciones del Indecopi, dispone la facultad de las Salas de negar el informe.
10. Siendo ello así, es facultad discrecional de esta Sala citar a las partes de un procedimiento a informe oral, ya sea a pedido de parte o de oficio, siendo que dicha actuación, al ser de carácter facultativo, no obliga a la autoridad administrativa a convocar a estas a informe oral en todos los procedimientos de su conocimiento, pudiendo inclusive denegar las audiencias solicitadas por los administrados.
11. En la misma línea, mediante Resolución N° 11 del 22 de octubre de 2013, el Vigésimo Sexto Juzgado Especializado en lo Contencioso Administrativo con Subespecialidad en Temas de Mercado consideró el mismo fundamento expuesto en el párrafo precedente, agregando que a través de la sentencia del 10 de abril de 2006 (recaída en el Expediente N° 0356-2005), la Sala Civil Transitoria de la Corte Suprema había señalado que era una facultad y no obligación del Indecopi conceder informes orales a las partes, en mérito a lo dispuesto en el artículo 33° de su Reglamento de Organización y Funciones.

4
DECRETO LEY 25868. LEY DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL - INDECOPI. Artículo 16.- Audiencia de informe oral ante las Salas del Tribunal.- 16.1. Las Salas del Tribunal podrán convocar a audiencia de informe oral, de oficio o a pedido de parte. En este segundo caso, podrán denegar la solicitud mediante decisión debidamente fundamentada.

M-SPC-13/1B

4/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle D. L. Pisco 101, San Basilio, Lima 11, Perú / T.M.: 221 7800
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe

0207



TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2018/CC1



12. En ese sentido, considerando que obran en autos los elementos de prueba suficientes a efectos de emitir un pronunciamiento, así como que los solicitantes han expuesto y sustentado a lo largo del procedimiento todos sus alegatos de denuncia y defensa, corresponde denegar los pedidos de uso de la palabra realizados por la Aseguradora y la señora Samanez.
- (ii) Sobre la idoneidad del servicio
13. El artículo 18° del Código define a la idoneidad de los productos y servicios como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a la naturaleza de los mismos, las condiciones acordadas y a la normatividad que rige su prestación. Asimismo, el artículo 19° del Código establece la responsabilidad de los proveedores por la idoneidad y calidad de los productos y servicios que ofrecen en el mercado.
14. En virtud a dicha norma, se desprende que el supuesto de responsabilidad administrativa en la actuación del proveedor impone a este la carga procesal de sustentar y acreditar que no es responsable por la falta de idoneidad del bien colocado en el mercado o el servicio prestado, sea porque actuó cumpliendo con las normas debidas o porque pudo acreditar la existencia de hechos ajenos que lo eximen de la responsabilidad. Así, una vez acreditado el defecto por el consumidor, corresponde al proveedor demostrar que dicho defecto no le es imputable.
15. Dentro de una relación de consumo en materia de seguros, la principal obligación a cargo de la compañía de seguros consiste en cumplir con el pago de la indemnización convenida, una vez que se acredite la ocurrencia del siniestro, siempre que dicha ocurrencia pueda subsumirse dentro de los riesgos cubiertos por el contrato de seguro y no concorra ninguna causal de exclusión de la cobertura contratada.

5 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.

Artículo 18°.- Idoneidad.

Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.

La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

6 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.

Artículo 19°.- Obligación de los proveedores.

El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.



16. Cabe señalar que la delimitación de la obligación de cobertura de la empresa aseguradora, así como de las demás obligaciones accesorias, emanan de las cláusulas contractuales pactadas y las normas legales que rigen el sistema de seguros, debiendo observarse dichos parámetros al momento de analizar la idoneidad del servicio prestado y, en caso no se evidencien los mencionados parámetros, se tendrá que analizar la naturaleza y la aptitud del mismo para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.
17. Ahora el artículo 74^o de la Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro, dispone expresamente lo detallado a continuación:

«El pago de la indemnización o el capital asegurado que se realice directamente a los asegurados, beneficiarios y/o endosatarios, deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro. Se entiende consentido el siniestro, cuando la compañía aseguradora aprueba o no ha rechazado el convenio de ajuste debidamente firmado por el asegurado en un plazo no mayor de diez (10) días contados desde su suscripción y notificación al asegurador. En el caso de que la aseguradora no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste en un plazo no mayor de treinta (30) días, para consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la cláusula de arbitraje o a la vía judicial. En los casos en que, objetivamente, no exista convenio de ajuste, sea porque no se ha requerido la participación del ajustador o este aún no ha concluido su informe, se entenderá como consentido el siniestro cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los

7 LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. Artículo 74.- Pronunciamiento del asegurador.

El pago de la indemnización o el capital asegurado que se realice directamente a los asegurados, beneficiarios y/o endosatarios, deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido el siniestro. Se entiende consentido el siniestro, cuando la compañía aseguradora aprueba o no ha rechazado el convenio de ajuste debidamente firmado por el asegurado en un plazo no mayor de diez (10) días contados desde su suscripción y notificación al asegurador. En el caso de que la aseguradora no esté de acuerdo con el ajuste señalado en el convenio, puede exigir un nuevo ajuste en un plazo no mayor de treinta (30) días, para consentir o rechazar el siniestro, determinar un nuevo monto o proponer acudir a la cláusula de arbitraje o a la vía judicial. En los casos en que, objetivamente, no exista convenio de ajuste, sea porque no se ha requerido la participación del ajustador o este aún no ha concluido su informe, se entenderá como consentido el siniestro cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no exceda de los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro, salvo lo señalado en el párrafo siguiente. Cuando el ajustador requiere contar con un plazo mayor para concluir su informe podrá presentar solicitud debidamente fundamentada por única vez a la Superintendencia precisando las razones técnicas y el plazo requerido, bajo responsabilidad. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. Asimismo, cuando la aseguradora requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el asegurado no aprueba, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la aseguradora podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad. A falta de pronunciamiento dentro de dicho plazo, se entiende aprobada la solicitud. En caso de mora de la empresa de seguros, esta pagará al asegurado un interés moratorio anual equivalente a 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.



PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOP

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOP

EXPEDIENTE 0413-2016/CC



treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro, salvo lo señalado en el párrafo siguiente. Cuando el ajustador requiere contar con un plazo mayor para concluir su informe podrá presentar solicitud debidamente fundamentada por única vez a la Superintendencia precisando las razones técnicas y el plazo requerido, bajo responsabilidad. La Superintendencia se pronunciará de manera motivada sobre dicha solicitud en un plazo máximo de treinta (30) días, bajo responsabilidad».

18. En atención a ello, el artículo antes citado prescribe claramente que el siniestro queda consentido cuando la aseguradora no se haya pronunciado sobre el monto reclamado en un plazo que no superara los treinta días contados, desde la oportunidad en que se debió completar toda la documentación exigida en la póliza para hacer efectivo el pago del siniestro.
19. Por tanto, en caso la compañía aseguradora, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la documentación requerida por la póliza, no haya denegado la cobertura reclamada, el siniestro se entenderá consentido y por tanto se encontrará obligada a pagar la indemnización pactada.
20. No obstante ello, cuando las aseguradoras consideren necesaria la presentación de documentos adicionales contemplados en la póliza para evaluar la cobertura de un siniestro, deberán solicitar por única vez a la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones tal prórroga debidamente fundamentada, especificando el plazo de atención con el que cuentan para pronunciarse sobre tal cobertura, pedido que la señalada institución absolverá en un plazo no mayor de treinta (30) días.
21. Tal como se expuso, la señora Samanez denunció que la Aseguradora no cumplió con brindar la cobertura solicitada relativa al seguro de vida adquirido por su esposo.
22. Al respecto, la interesada precisó que tal pedido fue planteado el 23 de setiembre de 2014, siendo que el 30 de setiembre de dicho año, la proveedora atendió ello requiriendo copia foliada y fedateada de la historia clínica del asegurado -previa al inicio de vigencia de la póliza-, a fin de culminar con la evaluación del caso, solicitud que fue atendida el 3 de octubre de 2014.
23. Con lo cual, en cumplimiento del plazo previsto en la normativa sectorial pertinente, la proveedora tuvo desde dicha oportunidad (03/10/14) treinta (30) días calendario para determinar si brindaba la cobertura; no obstante, al haber mediado una respuesta recién el 7 de noviembre de 2014, superando el período establecido, la denunciada consintió el siniestro, siendo necesario que cumpliera con entregar a su favor el beneficio respectivo.

M-SPC-13/1B

7/18



PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016/CO

0210



24. La Comisión declaró infundada la denuncia contra la Aseguradora por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haber quedado acreditado que la negativa a otorgar la cobertura del seguro de vida era justificada, puesto que la declaración inexacta del señor Nieves en la Declaración Personal de Salud acarreó la nulidad absoluta del contrato de dicho producto.
25. En ese sentido, la interesada apeló dicha decisión, reiterando lo expuesto en su escrito de denuncia.
26. Sobre el particular, obran en el expediente los siguientes documentos:
- Copia simple de la solicitud de presentación de documentos para atenciones de siniestros de vida del 23 de setiembre de 2014, obrante a fojas 13 de Expediente, documento aportado por la parte denunciante y que no ha sido observado ni cuestionado por la Aseguradora, a través del cual -en tal oportunidad- la interesada solicitó la cobertura por el fallecimiento de su cónyuge;
 - copia simple de la misiva SV.2014/1610 del 30 de setiembre de 2014, obrante a fojas 14 del Expediente, dirigida a la señora Samanez, a través del cual se señaló que para culminar con la evaluación del caso era necesario que se aportara copia foliada y fedateada de la historia clínica completa -previa al inicio de vigencia de la póliza (julio, 2013) del señor Nieves-;
 - copia simple de la solicitud de presentación de documentos para atenciones de siniestros de vida del 3 de octubre de 2014, obrante a fojas 15 de Expediente, documento aportado por la parte denunciante y que no ha sido observado ni cuestionado por la Aseguradora, mediante el cual la interesada presentó la historia clínica del usuario;
 - copia simple de la carta notarial del 7 de octubre de 2014, obrante a fojas 9 a 10 del Expediente, documento aportado por la parte denunciante y que no ha sido observado ni cuestionado por la Aseguradora, por la que la señora Boulanger sostuvo que su hijo tenía conocimiento de la enfermedad que padecía y que fue la causa de su muerte;
 - copia simple del Informe N° 32757 del 2 de marzo de 2013, emitido por Resocentro al señor Nieves, obrante a fojas 16 del Expediente;
 - copia simple de la carta SV.2014/1660 del 7 de noviembre de 2014, obrante a fojas 11 a 12 del Expediente, dirigida a la denunciante, en el que se manifestó que como el cliente había incurrido en declaraciones inexactas sobre su estado de salud con anterioridad a la adquisición del producto, el contrato de seguro devenía en nulo; y,

M-SPC-13/18

8/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Call. De I. Pisco 104, San Basilio, Lima 41 Perú / Telf: 724 7800
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016/CC



- copia simple del certificado de defunción del señor Nieves del 20 de julio de 2014, obrante a fojas 92 del Expediente, documento aportado por la parte denunciada.
27. En ese sentido, dado que como consta, la interesada planteó su requerimiento el 23 de setiembre de 2014, correspondía que -en atención a lo dispuesto por la normativa sectorial- la proveedora se pronunciara sobre ello dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la solicitud de la beneficiaria.
 28. En este punto, conviene recordar lo establecido en el artículo 183° del Código Civil que sobre las reglas para el cómputo del plazo dispone que «El plazo se computa de acuerdo al calendario gregoriano, conforme a las siguientes reglas: 1.- El plazo señalado por días se computa por días naturales, salvo que la ley o el acto jurídico establezcan que se haga por días hábiles. (...)».
 29. Atendiendo a ello, resulta importante precisar -en primer lugar- que el cómputo de plazos se realiza en función al calendario gregoriano, el cual considera trescientos sesenta y cinco (365) días por año (salvo en los años bisiestos), el mismo que se halla dividido en doce (12) meses de treinta (30) o treinta y un (31) días, con excepción del mes de febrero que contiene veintiocho (28) o veintinueve (29) días.
 30. Además, para determinar cuándo se consideran los días naturales y cuándo los días hábiles, el Código Civil indica que, salvo disposición distinta producto de un acuerdo entre las partes que celebran el acto o una disposición legal a través de la cual se establezcan reglas particulares, los plazos se computan en función a días naturales.
 31. Siendo así, dado que la norma únicamente mencionó que el plazo no debía exceder «(...)los treinta (30) días contados desde la fecha de haberse completado toda la documentación exigida en la póliza para el pago del siniestro», se podía colegir que -al no haberse especificado que debían computarse como días hábiles- correspondía considerar que se trataban de días naturales o calendario.
 32. Ahora bien, en el caso en particular, debido a que por la misiva SV.2014/1610 del 30 de setiembre de 2014, la Aseguradora requirió información que era exigida en la póliza como requisito para el pago de los beneficios, la misma que fue finalmente presentada por la señora Samanez el 3 de octubre de 2014, era lógico concluir que -como se completó con toda la documentación exigida en la póliza para hacer efectivo el pago del siniestro, ya que no se le requirió instrumentos adicionales- el plazo anteriormente señalado debió ser contabilizado desde esta última fecha (al haber sido la oportunidad en la que la interesada presentó lo solicitado ante la compañía de seguros).

M-SPC-13/1B

9/18



PERÚ
Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOP

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPD-INDECOP
EXPEDIENTE 0413-2017/CC



33. Sin embargo, la misiva SV.2014/1660 del 7 de noviembre de 2014, aportada por la Aseguradora, mediante la cual se deniega la solicitud de cobertura, permite corroborar de manera fehaciente que la compañía de seguros superó el periodo previsto normativamente; por lo que, en aplicación de lo regulado, correspondía considerar que el siniestro quedó consentido y que -por tanto- la proveedora se encontraba obligada a brindar la cobertura a la solicitante, siendo injustificada cualquier negativa a conceder ello.
34. En ese sentido, dado que el análisis inicial exigía en primer lugar, determinar si la denunciada se adecuó al plazo establecido normativamente, no cabía evaluar el contenido o la validez del contrato de seguro de vida.
35. Sin perjuicio de lo expuesto precedentemente, la carta notarial del 7 de octubre de 2014, según la cual la Aseguradora permitía dilucidar las declaraciones inexactas en las que había incurrido el señor Nieves con anterioridad a la contratación del seguro de vida en la Declaración Personal de Salud (al haber negado que fue sometido a tratamientos o que conocía de lesiones sufridas), a criterio de esta Sala no se trata de un documento que por sí mismo permita corroborar la alegada falsedad de la información, ya que únicamente incorpora las declaraciones de la madre del asegurado sin contar con respaldo probatorio idóneo alguno para sustentar estas.
36. Además, si bien se actuó copia simple del Informe N° 32757 del 2 de marzo de 2013, emitido por Resocentro al señor Nieves, dicho documento no contenía un diagnóstico certero y pormenorizado efectuado al asegurado, sino que entre sus conclusiones presuntivas indicó únicamente *«lesión ósea expansiva paracsteal humeral proximal derecha de estirpe condral localizada a nivel de la región diafisometafisiaria proximal del húmero derecho, compromete la sinovia (sinovitis) a considerar condroblastoma como primera posibilidad diagnóstica»*, evaluación que de ninguna manera podría considerarse que fue determinante para asumir que el cliente sabía que padecía de alguna enfermedad o lesión -ni mucho menos que fue sometido a un tratamiento- con anterioridad a la adquisición del seguro de vida y que ello devino en su muerte que, acorde con la copia simple del certificado de defunción del señor Nieves del 20 de julio de 2014, se debió a una *«insuficiencia respiratoria debido a metástasis pulmonar a consecuencia de sarcoma osteogénico»*.
37. A mayor abundamiento, es importante agregar que la Ley del Contrato de Seguro, en su artículo 118° sobre preexistencias, establece que las enfermedades deben ser diagnosticadas y conocidas. Así, *«Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional*

M-SPC-13/1B

10/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle de la Promoción 109, San Borja, Lima 11 Perú / Telf: 221 7000
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



PERU

Presidencia del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2017/CC1

0213
CONSUMIDOR

médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud».

38. En consecuencia, se revoca la Resolución 0071-2017/CC1, que declaró infundada la denuncia contra la Aseguradora por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código, al haber quedado acreditado que la negativa a otorgar la cobertura del seguro de vida era justificada, puesto que la declaración inexacta del señor Nieves acarreó la nulidad absoluta del contrato de dicho producto; y, reformándola, se declara fundada dicha denuncia, al haberse evidenciado que la denegatoria en cuestión era injustificada, puesto que el siniestro fue consentido.

(iii) Sobre la medida correctiva

39. Los artículos 114°, 115° y 116° del Código señalan la facultad que tiene el Indecopi para dictar medidas correctivas complementarias, las cuales tienen por objeto revertir los efectos de las conductas infractoras y evitar que estas se produzcan nuevamente en el futuro.

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 114°.- Medidas correctivas. - Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias. Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento. Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 115.- Medidas correctivas reparadoras.-

115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior. En caso el órgano resolutorio dicte una o varias medidas correctivas, debe considerar lo acordado por las partes durante la relación de consumo. Las medidas correctivas reparadoras pueden consistir en ordenar al proveedor infractor lo siguiente:

- a. Reparar productos.
- b. Cambiar productos por otros de idénticas o similares características, cuando la reparación no sea posible o no resulte razonable según las circunstancias.
- c. Entregar un producto de idénticas características o, cuando esto no resulte posible, de similares características, en los supuestos de pérdida o deterioro atribuible al proveedor y siempre que exista interés del consumidor.
- d. Cumplir con ejecutar la prestación u obligación asumida, y si esto no resulte posible o no sea razonable, otra de efectos equivalentes, incluyendo prestaciones dinerarias.
- e. Cumplir con ejecutar otras prestaciones u obligaciones legales o convencionales a su cargo.
- f. Devolver la contraprestación pagada por el consumidor, más los intereses legales correspondientes, cuando la reparación, reposición, o cumplimiento de la prestación u obligación, según sea el caso, no resulte posible o no sea razonable según las circunstancias.
- g. En los supuestos de pagos indebidos o en exceso, devolver estos montos, más los intereses correspondientes.
- h. Pagar los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción administrativa.
- i. Otras medidas reparadoras análogas de efectos equivalentes a las anteriores.

115.2 Las medidas correctivas reparadoras no pueden ser solicitadas de manera acumulativa conjunta, pudiendo plantearse de manera alternativa o subsidiaria, con excepción de la medida correctiva señalada en el literal h) que puede solicitarse conjuntamente con otra medida correctiva. Cuando los órganos competentes del Indecopi se pronuncian respecto de una medida correctiva reparadora, aplican el principio de congruencia procesal.

115.3 Las medidas correctivas reparadoras pueden solicitarse en cualquier momento hasta antes de la notificación de cargo al proveedor, sin perjuicio de la facultad de secretaría técnica de la comisión de requerir al consumidor que precise la medida correctiva materia de solicitud. El consumidor puede variar su solicitud de medida correctiva hasta antes de la decisión de primera instancia, en cuyo caso se confiere traslado al proveedor para que formule su descargo.

M-SPC-13/18

11/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle D. de la Princesa 101, San Borja, Lima 11 - Perú / Telf. 321 7900
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



PERU

Presidencia del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016/CCI



40. En el presente caso, se ha determinado que la Aseguradora no cumplió con conceder la cobertura del seguro de vida por el siniestro a la señora Samanez, pese a que la interesada se configuraba como beneficiaria.
41. En este punto, resulta pertinente indicar que la proveedora manifestó que si se disponía medida correctiva alguna a favor de la interesada, ello sería responsabilidad del Banco, al haberle sido endosada la póliza del seguro en cuestión.
42. En efecto, de la revisión de la foja 87 que obra en el expediente se verifica que, en agosto de 2013, la Aseguradora endosó los derechos de indemnización de la póliza contratada por el señor Nieves al Banco.
43. En ese sentido, como afirma la proveedora, al momento en que se suscitó el siniestro consistente en el fallecimiento del asegurado -y en la actualidad-, la señalada entidad financiera mantiene en su poder el documento que permitirá recabar los beneficios que le corresponden a la señora Samanez.

115.4 Corresponde al consumidor que solicita el dictado de la medida correctiva reparadora probar las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas causadas por la comisión de la infracción administrativa.

115.5 Los bienes o montos objeto de medidas correctivas reparadoras son entregados por el proveedor directamente al consumidor que los reclama, salvo mandato distinto contenido en la resolución. Aquellos bienes o montos materia de una medida correctiva reparadora, que por algún motivo se encuentran en posesión del Indecopi y deban ser entregados a los consumidores beneficiados, son puestos a disposición de estos.

115.6 El extremo de la resolución final que ordena el cumplimiento de una medida correctiva reparadora a favor del consumidor constituye título ejecutivo conforme con lo dispuesto en el artículo 688 del Código Procesal Civil, una vez que quedan consentidas o causan estado en la vía administrativa. La legitimidad para obrar en los procesos civiles de ejecución corresponde a los consumidores beneficiados con la medida correctiva reparadora.

115.7 Las medidas correctivas reparadoras como mandatos dirigidos a resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas originadas por la infracción buscan corregir la conducta infractora y no tienen naturaleza indemnizatoria; son dictadas sin perjuicio de la indemnización por los daños y perjuicios que el consumidor puede solicitar en la vía judicial o arbitral correspondiente. No obstante se descuenta de la indemnización patrimonial aquella satisfacción patrimonial deducible que el consumidor haya recibido a consecuencia del dictado de una medida correctiva reparadora en sede administrativa.

(Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto Legislativo 1308, publicado el 30 de diciembre de 2016 por el Diario Oficial "El Peruano")

LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 116º.- Medidas correctivas complementarias. - Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:

- a) Que el proveedor cumpla con atender la solicitud de información requerida por el consumidor, siempre que dicho requerimiento guarde relación con el producto adquirido o servicio contratado
 - b) Declarar inexecutable las cláusulas que han sido identificadas como abusivas en el procedimiento.
 - c) El decomiso y destrucción de la mercadería, envases, envolturas o etiquetas.
 - d) En caso de infracciones muy graves y de reincidencia o reiterancia:
 - (i) Solicitar a la autoridad competente la clausura temporal del establecimiento industrial, comercial o de servicios por un plazo máximo de seis (6) meses.
 - (ii) Solicitar a la autoridad competente la inhabilitación, temporal o permanente, del proveedor en función de los alcances de la infracción sancionada.
 - e) Publicación de avisos rectificatorios o informativos en la forma que determine el Indecopi, tomando en consideración los medios que resulten idóneos para revertir los efectos que el acto objeto de sanción ha ocasionado.
 - f) Cualquier otra medida correctiva que tenga el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro.
- El Indecopi está facultado para solicitar a la autoridad municipal y policial el apoyo respectivo para la ejecución de las medidas correctivas complementarias correspondientes.

M-SPC-13/1B

12/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle De la Pampa 104, San Borja, Lima 41 Perú / Tlf: 224 7800
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016/CC1



44. No obstante, cabe atender al principio de causalidad, por el que la responsabilidad debe recaer en quién realiza la conducta omisiva o activa constitutiva de infracción sancionable. Así, Morón Urbina⁹ manifiesta que: «(...) la Administración no puede hacer responsable a una persona por un hecho ajeno, sino solo por los propios. Conforme a este principio resultará condición indispensable para la aplicación de cualquier sanción a un administrado que su conducta satisfaga una relación de causa adecuada al efecto, esto es, la configuración del hecho previsto en el tipo como sancionable. (...) No puede sancionarse a quien no realiza la conducta sancionable (...).»
45. Siendo así, como se ha expuesto en líneas anteriores, aun cuando sea el Banco quien ostenta la póliza que permitirá hacer efectivos los beneficios a favor de la señora Samanez, se ha evaluado que la Aseguradora fue la única responsable de la denegatoria injustificada a conceder ello, tal como se evidenció de las comunicaciones que fueron cursadas directamente entre las partes del presente procedimiento y siendo la única responsable de evaluar la procedencia del seguro solicitado.
46. En tal sentido, contrariamente a lo alegado por la proveedora, si cabe ordenarle el cumplimiento de una medida correctiva; por lo que, se debe disponer a la denunciada en calidad de medida correctiva que, dentro del plazo de diez (10) días hábiles contados a partir del día siguiente de notificada la presente resolución, cumpla con brindar la cobertura del siniestro relativo al seguro de vida contratado por el señor Nieves.
47. Asimismo, conviene agregar que dicha entrega de los beneficios a la interesada se ajustarán necesariamente al orden de prelación y porcentajes expresamente establecidos en el acápite relativo a los beneficiarios de la póliza del seguro de vida adquirido por el usuario.
48. Asimismo, se informa a la Aseguradora que deberá presentar a la Comisión los medios probatorios que acrediten el cumplimiento de la medida correctiva ordenada en el plazo máximo de cinco (05) días hábiles, contados a partir del vencimiento del plazo otorgado para tal fin; bajo apercibimiento de imponer una multa coercitiva conforme a lo establecido en el artículo 117° del Código.
49. De otro lado, se informa que en caso se produzca el incumplimiento del mandato, la señora Samanez deberá comunicarlo a la Comisión, la cual evaluará la imposición de la multa coercitiva por incumplimiento de medida correctiva conforme a lo establecido en el numeral 4.11 de la Directiva 006-2017/DIR-COD-INDECOPI¹⁰.

⁹ Juan Carlos Morón Urbina. Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General. Novena Edición. 2011. Editorial Gaceta Jurídica. Pág. 723 - 724.

¹⁰ Resolución 076-2017-INDECOPI/COD. Aprueban Directiva 006-2017/DIR-COD-INDECOPI denominada "Directiva que regula los procedimientos en materia de protección al consumidor previstos en el Código de Protección y Defensa del Consumidor". 4.8. De las medidas correctivas.



TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016



(iv) Sobre la graduación de la sanción

50. El artículo 112° del Código establece que, al momento de aplicar y graduar la sanción, la Comisión debe atender al beneficio ilícito esperado con la realización de la infracción, la probabilidad de detección de la misma, el daño resultante de la infracción, la conducta del infractor a lo largo del procedimiento, los efectos que se pudiesen ocasionar en el mercado, la reincidencia o el incumplimiento reiterado y otros criterios que considere adecuado adoptar¹¹.

En los supuestos en que el órgano resolutorio considere lo acordado por las partes durante la relación de consumo al dictar una o varias medidas correctivas; debe atender a que las mismas no contravengan las disposiciones recogidas en los Títulos II y III del Código referidos a los contratos de consumo y métodos comerciales abusivos. En caso se ordenen medidas correctivas o medidas cautelares, la Resolución Final deberá apercibir al obligado, a presentar los medios probatorios que acrediten su cumplimiento en el plazo máximo de cinco (5) días hábiles, contado a partir del vencimiento del plazo que se otorga para cumplir el mandato; bajo apercibimiento de imponer una multa coercitiva conforme a lo establecido en el artículo 117 del Código.

En caso se produzca el incumplimiento del mandato, el beneficiado deberá comunicarlo al órgano resolutorio de primera instancia, el cual evaluará la imposición de la multa coercitiva por incumplimiento de medida correctiva conforme a lo establecido en el numeral 4.11 de la presente Directiva.

- ¹¹ CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 112°.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas. Al graduar la sanción, el órgano resolutorio puede tener en consideración los siguientes criterios:

1. El beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción.
2. La probabilidad de detección de la infracción.
3. El daño resultante de la infracción.
4. Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado.
5. La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores.
6. Otros criterios que, dependiendo del caso particular, se considere adecuado adoptar.

Se consideran circunstancias agravantes especiales, las siguientes:

1. La reincidencia o incumplimiento reiterado, según sea el caso.
2. La conducta del infractor a lo largo del procedimiento que contravenga el principio de conducta procedimental.
3. Cuando la conducta infractora haya puesto en riesgo u ocasionado daño a la salud, la vida o la seguridad del consumidor.
4. Cuando el proveedor, teniendo conocimiento de la conducta infractora, deja de adoptar las medidas necesarias para evitar o mitigar sus consecuencias.
5. Cuando la conducta infractora haya afectado el interés colectivo o difuso de los consumidores.
6. Otras circunstancias de características o efectos equivalentes a las anteriormente mencionadas, dependiendo de cada caso particular.

Se consideran circunstancias atenuantes especiales, las siguientes:

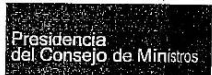
1. La presentación por el proveedor de una propuesta conciliatoria dentro del procedimiento administrativo que coincida con la medida correctiva ordenada por el órgano resolutorio.
2. Cuando el proveedor acredite haber concluido con la conducta ilegal tan pronto tuvo conocimiento de la misma y haber iniciado las acciones necesarias para remediar los efectos adversos de la misma.
3. En los procedimientos de oficio promovidos por una denuncia de parte, cuando el proveedor se allana a la denuncia presentada o reconoce las pretensiones en ella contenidas, se da por concluido el procedimiento liminarmente, pudiendo imponerse una amonestación si el allanamiento o reconocimiento se realiza con la presentación de los descargos; caso contrario la sanción a imponer será pecuniaria. En aquellos casos en que el allanamiento o reconocimiento verse sobre controversias referidas a actos de discriminación, actos contrarios a la vida y a la salud y sustancias peligrosas, se considera como un atenuante pero la sanción a imponer será pecuniaria. En todos los supuestos de allanamiento y reconocimiento formulados con la presentación de los descargos, se exonera al denunciado del pago de los costos del procedimiento, pero no de las costas.
4. Cuando el proveedor acredite que cuenta con un programa efectivo para el cumplimiento de la regulación contenida en el presente Código, para lo cual se toma en cuenta lo siguiente:

M-SPC-13/1B

14/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle De la Prusa 101, San Borja, Lima 11 Perú / Telf: 221 7800
e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2016-MPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0443-2016/CC-PC

0217

51. Las sanciones de tipo administrativo tienen por principal objeto disuadir o desincentivar la realización de infracciones por parte de los administrados. En ese sentido, la finalidad de las mismas es, en último extremo, adecuar las conductas al cumplimiento de determinadas normas. Por ello, a efectos de graduar la sanción a imponer, la Ley del Procedimiento Administrativo General contempla los principios de razonabilidad y proporcionalidad en el ejercicio de la potestad sancionadora administrativa. En virtud del primero, la autoridad administrativa debe asegurar que la magnitud de las sanciones administrativas sea mayor a las eventuales ventajas que obtenga el infractor, ello con la finalidad de desincentivar la realización de las conductas infractoras. Por su parte, el principio de proporcionalidad, busca que los medios empleados por el juzgador sean los más idóneos a efectos de desincentivar la conducta en tutela de determinado interés público, pero que a su vez signifique la menor afectación posible de los derechos de los imputados.
52. En el presente procedimiento, se ha revocado la resolución venida en grado en el extremo que declaró infundada la denuncia contra la Aseguradora, por

- a. El involucramiento y respaldo de parte de los principales directivos de la empresa a dicho programa.
 - b. Que el programa cuenta con una política y procedimientos destinados al cumplimiento de las estipulaciones contenidas en el Código.
 - c. Que existen mecanismos internos para el entrenamiento y educación de su personal en el cumplimiento del Código.
 - d. Que el programa cuenta con mecanismos para su monitoreo, auditoría y para el reporte de eventuales incumplimientos.
 - e. Que cuenta con mecanismos para disciplinar internamente los eventuales incumplimientos al Código.
 - f. Que los eventuales incumplimientos son aislados y no obedecen a una conducta reiterada.
5. Otras circunstancias de características o efectos equivalentes a las anteriormente mencionadas dependiendo de cada caso particular."

(Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto Legislativo 1308, publicado el 30 de diciembre de 2016 por el Diario Oficial "El Peruano")

12

LEY 27444. LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL. Artículo 230°.- Principios de la potestad sancionadora administrativa. - La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:

- (...)
3. Razonabilidad. - Las autoridades deben prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. Sin embargo, las sanciones a ser aplicadas deben ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, observando los siguientes criterios que se señalan a efectos de su graduación:
- a) El beneficio ilícito resultante por la comisión de la infracción;
 - b) La probabilidad de detección de la infracción;
 - c) La gravedad del daño al interés público y/o bien jurídico protegido;
 - d) El perjuicio económico causado;
 - e) La reincidencia, por la comisión de la misma infracción dentro del plazo de un (1) año desde que quedó firme la resolución que sancionó la primera infracción.
 - f) Las circunstancias de la comisión de la infracción; y
 - g) La existencia o no de intencionalidad en la conducta del infractor.
- (...)

(Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto Legislativo 1272, publicado el 21 de diciembre de 2016 por el Diario Oficial "El Peruano")

M-SPC-13/1B

15/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle De la Prensa 101, San Borja, Lima 11 - Perú / Telf: 221 7900

e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe



PERU

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPI

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPI

EXPEDIENTE 0413-2016



presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código; y, reformándola, se declaró fundada la misma, al haber quedado acreditado que denegó injustificadamente la cobertura del seguro de vida a la señora Samanez.

53. Por tal motivo, corresponde a esta Sala efectuar una graduación de la sanción a imponerse a dicha entidad por dicho extremo. Al respecto, esta Sala considera que los siguientes criterios deben ser analizados a fin de graduar la sanción:

- (i) El beneficio ilícito: Independientemente que la póliza se encontrara endosada al Banco, si existió un beneficio tal que los beneficios que le correspondían a la denunciante no pudieron ser obtenidos por ella, debido a la negativa injustificada de Rimac al no querer desembolsar la suma asegurada a su favor.
- (ii) La probabilidad de detección de la infracción: La misma que es alta, toda vez que, ante la negativa injustificada a otorgar la cobertura requerida por la señora Samanez dentro del plazo previsto, un consumidor denunciaría este hecho ante la autoridad correspondiente;
- (iii) El daño ocasionado a la denunciante: Se configuró a través del impedimento del otorgamiento de los beneficios que le correspondían, los cuales estaban dirigidos a cubrir las deudas que tuviera el señor Nieves con el Banco y de existir un saldo, el 70% se entregaría directamente a la denunciante), lo cual vulneró las expectativas de la señora Samanez; y,
- (iv) Los efectos negativos al mercado: Este tipo de conductas generan desconfianza e incertidumbre en los consumidores respecto de los proveedores de seguros, en tanto estos esperan legítimamente que se brinden los beneficios del seguro adquirido y que -de ser el caso- cualquier negativa por parte de las compañías de seguros sea debidamente justificada dentro del periodo establecido normativamente.

54. Ello, en la medida que tales criterios resultan pertinentes a fin de cumplir la finalidad desincentivadora en la realización de una conducta infractora como la detectada en el presente procedimiento.

55. Atendiendo a lo previsto, la sanción a ser impuesta debe generar incentivos para corregir las acciones contrarias al ordenamiento de Protección al Consumidor. Por tal motivo, este Colegiado considera que una multa de 5 UIT guarda correspondencia, proporcionalidad y razonabilidad con la conducta

M-SPC-13/1B

16/18

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Calle De la Trossa 104, San Donato, Lima 41 - Perú / Tlf. 224 7000

e-mail: consultas@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe

infractora denunciada. Por lo tanto, corresponde imponer a la Aseguradora dicha sanción por infracción de los artículos 18° y 19° del Código.

(v) Del pago de las costas y costos del procedimiento

56. El Decreto Legislativo 807 Facultades, Normas y Organización del Indecopi, señala en su artículo 7°, que, en cualquier procedimiento contencioso seguido ante el Indecopi, la Comisión u Oficina competente, además de imponer la sanción que corresponda podrá ordenar que el infractor asuma el pago de las costas y costos del proceso en que haya incurrido el denunciante o el Indecopi.
57. Por ello, atendiendo a que en el presente procedimiento se ha determinado la responsabilidad de la Aseguradora por la conducta infractora consistente en no conceder a la señora Samanez el beneficio previsto en el seguro de vida contratado por su esposo y que aún subsiste el interés de esta por ver satisfecha su pretensión, corresponde ordenar a la denunciada al pago de las de costas y costos del procedimiento a su favor.
58. Finalmente, es preciso indicar que el monto que deberá cancelar la parte denunciada por concepto de costas y costos a favor de la interesada será determinado en un procedimiento de la liquidación distinto al que nos ocupa, ante el Órgano Resolutivo de Procedimientos Sumarísimos correspondiente.

(vi) Sobre la Inscripción en el Registro de Infracciones y Sanciones

59. De acuerdo a lo establecido en el artículo 119° del Código¹⁹, los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa quedan automáticamente registrados en el Registro de Infracciones y Sanciones (en adelante, el RIS) por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución.
60. Por lo tanto, al haber quedado acreditado que la Aseguradora infringió los artículos 18° y 19° del Código, corresponde a esta Sala disponer la inscripción de dicho proveedor en el RIS.

RESUELVE:

PRIMERO: Revocar la Resolución 0071-2017/CC1 del 13 de enero de 2017, que declaró infundada la denuncia interpuesta por la señora Sophia Viviana Samanez

¹⁹ LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 119°.- Registro de infracciones y sanciones. EL Indecopi lleva un registro de infracciones y sanciones a las disposiciones del presente Código con la finalidad de contribuir a la transparencia de las transacciones entre proveedores y consumidores y orientar a estos en la toma de sus decisiones de consumo. Los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa quedan automáticamente registrados por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución.



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

INDECOPÍ

TRIBUNAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA
Y DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Sala Especializada en Protección al Consumidor

RESOLUCIÓN 2424-2017/SPC-INDECOPÍ

EXPEDIENTE 0413-2016/SPC



Sosa contra Rímac Seguros y Reaseguros S.A. por presunta infracción de los artículos 18° y 19° de la Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor; y, reformándola, declarar fundada dicha denuncia, al haberse evidenciado que tal denegatoria era injustificada, puesto que el siniestro fue consentido.


SEGUNDO: Ordenar a Rímac Seguros y Reaseguros S.A. en calidad de medida correctiva que, dentro del plazo de diez (10) días hábiles contados a partir del día siguiente de notificada la presente resolución, cumpla con brindar la cobertura del siniestro relativo al seguro de vida contratado por el señor Carlos Ildegard Nieves Boulanger, de acuerdo a las condiciones pactadas en la póliza.

TERCERO: Sancionar a Rímac Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 5 UIT, por la conducta infractora detectada.

CUARTO: Condenar a Rímac Seguros y Reaseguros S.A. al pago de las costas y costos del procedimiento a favor de la señora Sophía Viviana Samanez Sosa.

QUINTO: Disponer la inscripción de Rímac Seguros y Reaseguros S.A. en el Registro de Infracciones y Sanciones del Indecopi.

Con la intervención de los señores vocales Julio Baltazar Durand Carrión, Alejandro José Rospigliosi Vega, Francisco Pedro Ernesto Mujica Serelle, Ana Asunción Ampuero Miranda y Javier Zúñiga Quevedo.


JULIO BALTAZAR DURAND CARRIÓN
Presidente