

RESOLUCIÓN DE SUPERINTENDENCIA

N° 069-2022-SUSALUD/S

Lima, 02 de setiembre de 2022

VISTOS:

El Memorándum N° 000693-2022-SUSALUD-SAREFIS, de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización; el Informe N° 000881-2022-SUSALUD-INA y Memorándum N° 000635-2022-SUSALUD-INA, ambos de la Intendencia de Nomas y Autorizaciones; el Memorándum N° 000559-2022-SUSALUD-ISIAFAS e Informe N° 000115-2022-SUSALUD-ISIAFAS-SCS, ambos de la Intendencia de Supervisión de IAFAS; y el Informe N° 000405-2022-SUSALUD-OGAJ, de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y

CONSIDERANDO:

Que, conforme a los artículos 9 y 11 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, en armonía con el Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) se crea la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera; encargada de promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud; registrar, autorizar, supervisar y regular a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), así como supervisar y registrar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), en el ámbito de su competencia;

Que, el artículo 3 del referido Texto Único Ordenado, señala que el Aseguramiento Universal en Salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);

Que, el artículo 7 del citado Texto Único Ordenado establece que son IAFAS: el Seguro Integral de Salud (SIS); el Seguro Social de Salud (ESSALUD); el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL); Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú; Entidades Prestadoras de Salud (EPS); Empresas de Seguros que ofertan coberturas de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas; Entidades de Salud que ofrecen Servicios de Salud Prepagados; Autoseguros y fondos de salud, que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas;

Que, de acuerdo al numeral 1 del artículo 5 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, concordante con el artículo 77 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, en adelante Reglamento de la Ley, la afiliación al aseguramiento

universal en salud es obligatoria para toda la población residente, así como es obligatorio contar como mínimo con la cobertura del PEAS;

Que, conforme a los artículos 24 y 27 del Texto Único Ordenado referido en párrafos precedentes, las IAFAS ofrecen de manera obligatoria el PEAS; asimismo, pueden ofrecer planes que complementen el PEAS; la regulación de estos planes así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de SUSALUD;

Que, el artículo 99 del Reglamento de la Ley, establece que las IAFAS pueden ofrecer Planes Complementarios al PEAS; asimismo, el artículo 100 del citado Reglamento faculta a las IAFAS a estructurar los planes complementarios respetando las condiciones del PEAS. El valor de los mismos es determinado en función de la extensión y características de la cobertura ofertada;

Que, mediante Decreto de Urgencia N° 017-2019, se establecen disposiciones relacionadas a las medidas para la cobertura universal en salud, autorizando a la IAFAS Seguro Integral de Salud – SIS a afiliar independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud; estableciendo los mecanismos de pago para ser utilizados en el pago de las prestaciones convenidas o contratadas, basados prioritariamente en grupos relacionados de diagnóstico o grupo de personas (capitado o per cápita); además de disposiciones sobre período de carencia y latencia, entre otros aspectos;

Que, mediante el artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 046-2021 se establece que, la afiliación mencionada en el considerando anterior, garantiza a los beneficiarios, la cobertura gratuita del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS y de los planes complementarios, quedando exceptuados, para dicho efecto, lo establecido en el artículo 2.2. del Decreto de Urgencia N° 017-2019. Posteriormente, con la dación del Decreto de Urgencia N° 078-2021, se establece la vigencia del citado dispositivo durante el tiempo que dure la emergencia sanitaria declarada durante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA y sus prórrogas;

Que, mediante la Ley N° 31469, Ley que modifica la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, para establecer la cobertura inmediata a la mujer gestante afiliada al Sistema de Seguridad Social de EsSalud, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 11 de mayo de 2022, se modifica el artículo 10 de la referida Ley N° 26790, disponiendo que, en caso la afiliada o derechohabiente se encuentre en estado de gestación, el derecho a la cobertura se otorga de forma inmediata desde la afiliación;

Que, mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA se aprobó la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS, que contiene el Plan de Beneficios con el listado de condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas;

Que, el artículo 3 del Reglamento de la Ley, define al Convenio de aseguramiento como un Contrato o modalidad que genera derechos y obligaciones a la IAFAS como al afiliado sea de manera directa o a través de su empleador o representante, en relación a coberturas de salud;

Que, de conformidad con el numeral 18 del artículo 13 del Texto Único Ordenado ya referido, y numeral 14 del artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1158, modificado por el Decreto Legislativo N° 1289, así como el numeral 5.2 del artículo 5 del “Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad

Intelectual (INDECOPI) a SUSALUD, en el marco de lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 1158", aprobado por el Decreto Supremo N° 026-2015-SA, SUSALUD es competente para identificar las cláusulas abusivas en los contratos o convenios que suscriben las IAFAS con los asegurados o entidades que los representen, según las disposiciones legales en materia de Protección y Defensa del Consumidor, a excepción de las pólizas de seguros de las IAFAS Empresas de Seguros bajo el control de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS), sin perjuicio de la protección al consumidor o usuario directamente afectado respecto de la aplicación de la referida cláusula en el caso en concreto;

Que, mediante Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, del 23 de agosto de 2021, se aprueban los "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados", en adelante Lineamientos;

Que, la Primera Disposición Complementaria Final de los mencionados Lineamientos, establece que las IAFAS, deben adecuar la estructura de sus programas, planes o productos de salud e implementar las cláusulas generales del contrato de aseguramiento en salud, para asegurados dependientes, asegurados independientes o planes complementarios, que como Anexos N° 1, 2 y 3 respectivamente, forman parte integrante de la citada Resolución, como base de los contratos de aseguramiento en salud que celebren, dentro del plazo máximo de seis (06) meses contados a partir de la vigencia de la citada norma, plazo que venció el 28 de febrero de 2022;

Que, en la exposición de motivos e informe técnico se indica que como resultado de la experiencia de las acciones de supervisión, los aportes y sugerencias de los administrados, así como de la evaluación de las consultas y solicitudes de IAFAS, se ha identificado la necesidad modificar los citados Lineamientos, a través de la precisión, reformulación e incorporación de algunas definiciones, disposiciones y anexos relacionados con la cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, planes complementarios y la cobertura de maternidad; de modo tal que permitan facilitar la adecuación de la estructura de sus programas, planes o productos de salud y la implementación de las cláusulas generales del contrato de aseguramiento en salud;

Que, en ese sentido, la modificación a los citados Lineamientos tiene concordancia con la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; la Ley N° 31469 que modifica el artículo 10 de la Ley N° 26790, la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud para establecer la cobertura inmediata a la mujer gestante afiliada al Sistema de Seguridad Social de ESSALUD; la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro; Decreto Supremo N° 023-2021-SA que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS; y, la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia", aprobada con Resolución Ministerial N° 386-2006-MINSA, y normativa vigente en materia administrativa y de derechos en salud;

Que, el numeral 3.2 del artículo 14 del Reglamento que establece disposiciones relativas a la publicidad, publicación de Proyectos Normativos y difusión de Normas Legales de Carácter General, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2009-JUS, señala que se exceptúa de la publicación del proyecto normativo para comentarios, cuando la entidad por razones debidamente fundamentadas considere que la publicación del proyecto de norma es impracticable, innecesaria o contraría a la seguridad o al interés público;

Que, en el presente caso, las modificaciones de los Lineamientos no generan obligaciones adicionales a los administrados; por el contrario, facilitan su implementación y la celeridad para la comercialización de los contratos y planes de salud que oferten las IAFAS, de acuerdo a la normatividad vigente; asimismo, cumplen con la finalidad del Estado de proteger la salud de los usuarios a través de una normativa apropiada y actualizada, lo cual sustenta que la prepublicación del referido proyecto de norma resulta innecesaria, sujetándose a las condiciones de excepción dispuestas en el numeral 3.2 del artículo 14 del Reglamento antes citado;

Con los vistos del Gerente General, de la Superintendente Adjunta de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización, del Superintendente Adjunto de la Superintendencia Adjunta de Supervisión, de la Intendente de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, del Intendente de la Intendencia de Supervisión de IAFAS y de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud;

Estando a lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 1158, modificado por el Decreto Legislativo N° 1289, y el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2014-SA.

RESUELVE:

Artículo 1.- Modificar los literales “m”, “n” y “q” del artículo 3 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Modifíquense los literales “m”, “n” y “q” del artículo 3 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, los mismos que quedan redactados en los siguientes términos:

“Artículo 3.- Definiciones y acrónimos

Para los efectos de la presente norma son de aplicación las definiciones establecidas en los artículos 6, 7 y 8 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 020-2014-SA, y las definiciones y acrónimos del artículo 3 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, en adición a los cuales se consideran las siguientes:

(...)

- m. Emergencia médica y/o quirúrgica:** *Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.*
- n. Exclusiones:** *Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores*

actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinfringidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

(...)

- q. *Período de Carencia:*** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un afiliado/asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado/asegurado potestativo, el período puede ser menor a tres (3) meses durante el cual el afiliado/asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el período de carencia en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

En el caso de la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS, la afiliada regular titular o la derechohabiente que se encuentre en estado de gestación, tiene derecho a la cobertura de maternidad brindada por las citadas IAFAS de forma inmediata desde la afiliación.

Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.

(...)"

Artículo 2.- Modificar el artículo 18 de los "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados", aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Modifíquese el artículo 18 de los "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados", aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, cuyo texto queda redactado en los siguientes términos:

"Artículo 18.- Declaración de Salud

Los asegurados declaran de forma obligatoria la enfermedad preexistente al momento de afiliación, en el documento denominado Declaración de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 89 del Reglamento de la Ley N° 29344.

La Declaración de Salud, que forma parte del contrato, debe ser suscrita por las partes en forma previa a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en el caso que corresponda.

La IAFAS puede declarar la disolución del contrato de aseguramiento en salud ante el incumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior, según la normativa vigente.

El contrato de aseguramiento en salud debe establecer de modo claro, específico y en forma fácilmente comprensible e identificable por el asegurado, la información que debe ser declarada por éste, así como las medidas a las que se encuentra facultada a adoptar la IAFAS en caso de infracción a este deber de información.”

Artículo 3.- Modificar el artículo 19 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Modifíquese el artículo 19 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, cuyo texto queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 19.- Enfermedades preexistentes no declaradas

La IAFAS financia las prestaciones de salud por enfermedades preexistentes no declaradas, si se acredita que la omisión se debe a un error o por desconocimiento del asegurado, en estos casos no procede la resolución del contrato de aseguramiento en salud.

El contrato debe establecer de modo claro, específico y en forma fácilmente comprensible e identificable para el asegurado, la información que debe ser declarada por éste, así como las medidas a las que se encuentra facultada a adoptar la IAFAS en caso de infracción a este deber de información.”

Artículo 4.- Modificar el artículo 39 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Modifíquese el artículo 39 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, cuyo texto queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 39.- Período de Carencia

El contrato de aseguramiento en salud debe establecer el período de carencia y período de espera de corresponder, aplicable para cada caso y cobertura conforme a las disposiciones legales vigentes.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento del AUS. El régimen de financiamiento contributivo y semicontributivo puede establecer períodos de carencia de acuerdo a sus respectivas normas.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

En el caso de la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS, la afiliada regular titular o la derechohabiente que se encuentre en estado de gestación, tiene derecho a la cobertura de maternidad brindada por las citadas IAFAS de forma inmediata desde la afiliación.

En el caso de los planes específicos, se puede considerar períodos de carencia de acuerdo a su norma de creación.

El período de carencia puede suspenderse por disposición de la IAFAS ESSALUD, ante la declaratoria del Estado de Emergencia ocurrido en todo el territorio nacional o parte de él, en el marco de la Seguridad Social en Salud.

Por ningún motivo se puede excluir de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades y/o dolencias diagnosticadas durante el Periodo de Carencia.”

Artículo 5.- Modificar el artículo 45 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Modifíquese el artículo 45 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, cuyo texto queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 45.- El beneficio de latencia en la Seguridad Social en Salud

La latencia es otorgada de manera automática por la IAFAS ESSALUD a aquellos asegurados que cumplan con las condiciones señaladas en la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento. La IAFAS ESSALUD debe comunicar a la IAFAS EPS, la relación de los asegurados regulares que se encuentren en período de latencia y que cuenten con la cobertura de salud otorgada por la IAFAS EPS, en un plazo de veinticuatro (24) horas, computado a partir de la fecha en que recibió la información correspondiente de la SUNAT conforme a la normativa vigente.

La IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS garantizan de manera automática las atenciones de salud establecidas en sus planes, hasta el término del período, conforme a la normativa vigente.”

Artículo 6.- Modificar el artículo 63 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones

Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Modifíquese el artículo 63 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, cuyo texto queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 63.- Información de los Modelos de Contratos de Aseguramiento en salud

63.1. La IAFAS debe remitir a SUSALUD a través de la mesa de partes digital o presencial el modelo de contrato de aseguramiento en salud que van a ofrecer a sus asegurados en forma conjunta con el plan, programa o producto de salud según corresponda, previo a su comercialización, acompañado de una declaración jurada conforme al formato del Anexo N° 07, expresando que el modelo de contrato cumple con la normativa vigente.

63.2. La Intendencia de Normas y Autorizaciones, ingresa el modelo de contrato de aseguramiento en salud en el Listado de Modelos de Contratos de Aseguramiento en Salud y comunica a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y a la Intendencia de Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (ISIAFAS) el número asignado. Los documentos presentados son custodiados por la Intendencia de Normas y Autorizaciones y puestos a disposición de las instancias de SUSALUD que lo requieran, para las acciones pertinentes en el cumplimiento de sus funciones.

63.3. Los anexos 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4 establecen los formatos del Plan, Programa o Producto de Salud correspondiente al PEAS y al Plan Complementario, según corresponda.

63.4. Las disposiciones del presente artículo no son aplicables a las IAFAS Empresas de Seguros, de acuerdo a la normativa vigente.

Artículo 7.- Modificar el artículo 65 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Modifíquese el artículo 65 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobados por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, cuyo texto queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 65.- De la identificación de cláusulas abusivas

En caso la ISIAFAS, en el ejercicio de sus funciones de fiscalización, identifique cláusulas abusivas, con excepción de las IAFAS Empresas de Seguros, comunica de tal hecho a la IAFAS para que sean levantadas las observaciones, en el marco del procedimiento de supervisión.

Sin perjuicio de lo señalado, en concordancia con lo dispuesto en el numeral IV del artículo 39 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las cláusulas abusivas son nulas de pleno derecho e inexigibles, por lo que se tienen por no acordadas.

SUSALUD publica en su página web, el listado de contratos identificados con cláusulas abusivas que no hayan sido subsanados por la IAFAS en los plazos establecidos. Además la IAFAS debe informar al asegurado, vía correo electrónico u otro medio que determine, respecto de las cláusulas abusivas que han sido identificadas, debiendo la IAFAS tener una constancia de la recepción de la comunicación al asegurado.

Artículo 8.- Sustituir el Anexo 1. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE IAFAS EPS Y LA ENTIDAD EMPLEADORA; Anexo 2. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE IAFAS CON AFILIADOS/ASEGURADOS INDEPENDIENTES O POTESTATIVOS; y, Anexo 3. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA PLANES COMPLEMENTARIOS, de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobado por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Sustitúyase el Anexo 1. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE IAFAS EPS Y LA ENTIDAD EMPLEADORA; Anexo 2. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE IAFAS CON AFILIADOS/ASEGURADOS INDEPENDIENTES O POTESTATIVOS; y, Anexo 3. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PARA PLANES COMPLEMENTARIOS, de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobado por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, por los Anexos adjuntos a la presente Resolución, respectivamente.

Artículo 9.- Sustituir el Anexo 4 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobado por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

Sustitúyase el Anexo 4 de los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobado por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, por los Anexos 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4, respectivamente, los cuales forman parte de la presente Resolución y se describen a continuación:

- Anexo 4.1. Plan de Salud PEAS para Afiliados Regulares – IAFAS EPS
- Anexo 4.2. Plan de Salud PEAS para Afiliados Potestativos – IAFAS EPS.
- Anexo 4.3. Plan de Salud PEAS para Afiliados Independientes – IAFAS.
- Anexo 4.4. Plan de Salud Plan Complementario.

Artículo 10.- Incorporar el Anexo 7 denominado “Declaración Jurada de IAFAS”, a los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados”, aprobado por Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

UNICA.- La IAFAS que haya remitido a SUSALUD modelos de contratos de aseguramiento en salud para su evaluación, antes de la entrada en vigencia de la presente norma, debe enviar la declaración jurada a SUSALUD alcanzando los contratos de aseguramiento en salud con sus respectivos anexos, previamente a su comercialización, de acuerdo a la modificación del artículo 63 de la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S dispuesta en el artículo 6 de la presente Resolución.

Dispóngase la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial “El Peruano”; así como la publicación de dicho documento y anexos, en la misma fecha; en la página web institucional (www.gob.pe/susalud).

Regístrese, comuníquese y publíquese.

**JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO
SUPERINTENDENTE**