



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 25 JUL. 2016

Resolución S.B.S

N° 4112 -2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por PROTECTA Compañía de Seguros (en adelante, Protecta) mediante cartas recibidas con fechas 11 de mayo y 12 de julio de 2016, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Oncológico – Indemnización";

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

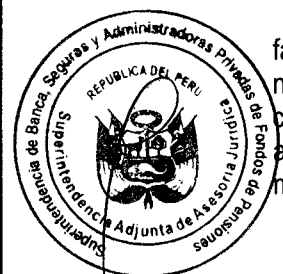
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

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

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

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, la Compañía ha manifestado mediante carta recibida con fecha 12 de julio de 2016 que no aplicará el derecho de reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro, ni el derecho de arrepentimiento debido a que el producto sólo se comercializa a través de corredores de seguros, fuerza de ventas interna de la compañía y promotores de seguros, ni la condición referida al procedimiento sobre preexistencias; este último debido a que se trata de un producto indemnizatorio al primer diagnóstico de cáncer sin cubrir atenciones médicas. En consecuencia, no corresponde incluir dichas condiciones en el modelo de póliza de dicho producto, presentado para la aprobación de sus condiciones mínimas;

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

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

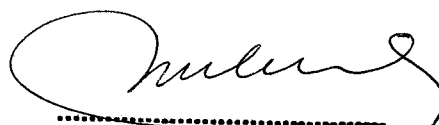
RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Oncológico – Indemnización", presentada por Protecta; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de asistencia médica. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° AE2096400024.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, Protecta deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro Oncológico – Indemnización", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario.

Regístrese y comuníquese.


.....
MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1

CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 7: PRIMA

(...)

De producirse el incumplimiento del pago de la Prima en los términos convenidos, corresponderá a la Compañía notificar al Contratante y al Asegurado el incumplimiento de su obligación e indicarle el plazo del que dispone para efectuar el pago antes de que se produzca la suspensión de la cobertura del Seguro.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley, la cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de la prima, siempre y cuando la Compañía haya comunicado fehacientemente al Contratante y Asegurado las consecuencias del incumplimiento del pago de primas, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes al vencimiento de la obligación del pago de la prima. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en el que la cobertura se encuentre suspendida.

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

Durante la suspensión de la cobertura del seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante y Asegurado de la comunicación escrita cursada por la Compañía en la que le informe sobre dicha decisión.

En cualquier caso, el contrato se entenderá extinguido si la Compañía no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la Prima, la Compañía tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el Contrato de Seguro por la Compañía, no procederá la Rehabilitación de la Póliza.

ARTICULO 10: RESOLUCIÓN

La Póliza o el Certificado de Seguro, según corresponda, podrán quedar resueltos, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación enviada al Contratante y Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado, lo que deben realizar apenas se produzca la agravación.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

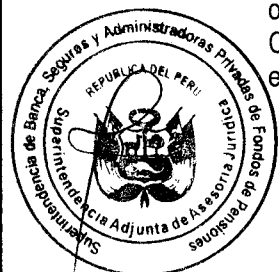
Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, ésta deberá comunicar al Contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. En el caso que la agravación no haya sido comunicada, el referido plazo se contará desde el momento en que la Compañía tuvo conocimiento de la agravación. Le corresponde a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

- c. Por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía al tomar conocimiento deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante y del Asegurado, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, asimismo le corresponderá a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.
- d. En caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y sea constatada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza o del Certificado de Seguro dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver la Póliza y/o Certificado de Seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación escrita dirigida al Contratante y/o Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.
- e. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado, la cual puede ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del Contrato y/o Certificado, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución. Le corresponde a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o Certificado de Seguro, la Compañía queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución. El Contratante será el obligado a devolver la prima al Asegurado, en el caso que corresponda.

En todos los supuestos de resolución de la Póliza, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello a los Asegurados. En caso de resolución de certificados de seguros la Compañía notificará de ello al Contratante y al Asegurado, dentro de los mismos plazos señalados en este artículo.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso el Contratante solicite la resolución del contrato es su responsabilidad informar a los Asegurados sobre la resolución del contrato, indicando la fecha desde cuándo se hará efectiva, esta comunicación debe producirse con 30 días de anticipación a la resolución del contrato.

ARTICULO 11: NULIDAD

El contrato y/o certificado de seguro han sido extendidos por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud de Seguro y en los cuestionarios relativos a su salud.

Será nulo todo Contrato o Certificado de Seguro, según corresponda:

- a. Si el Contratante y/o el Asegurado hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b. Si al tiempo de la celebración se hubiera producido el Siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c. Por Reticencia y/o Declaración Inexacta, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o del Asegurado, respecto de circunstancias conocidas por ellos, que hubiesen impedido la celebración del presente contrato o modificado sus condiciones, de haber sido conocidas por la Compañía.

En el supuesto indicado en el párrafo anterior, la Compañía deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Reticencia o Declaración Inexacta.

- d. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, al momento de celebración del Contrato, hubiere excedido los límites establecidos en las Condiciones Particulares y/o Certificado. En este caso, se procederá con la devolución de las primas correspondientes.

La nulidad del presente contrato determina que el Contratante y/o el Asegurado pierdan el derecho a exigir a la Compañía indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza y/o Certificado emitida a su favor.

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

Los Beneficiarios, Contratante y/o Asegurado que hubieren cobrado el beneficio previsto en la Póliza con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía el importe recibido, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, gastos que deberán ser debidamente sustentados.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 11, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros. En caso de





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

nulidad de un certificado de seguro, el Contratante entregará al Asegurado la prima devuelta por la Compañía.

ARTÍCULO 13: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado y/o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro. El siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Certificado de Seguro.

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

Posteriormente al aviso del siniestro, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la Solicitud de Cobertura por escrito en la Compañía, y presentar adjunto los siguientes documentos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), según corresponda:

- a. Formulario de Declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía
- b. Copia del Documento de Identidad del Asegurado Titular
- c. Original del Examen Hispatológico o Anátomo Patológico, firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.
- d. Fotocopia fedateada de la historia clínica del Asegurado.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar informes, declaraciones y certificados médicos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, así como aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, aprobado por Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, establecido en treinta (30) días, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el Asegurado y/o Beneficiario haya cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta (30) días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTICULO 16: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

Cualquier controversia, diferencia o reclamación resultante de la presente Póliza, inclusive aquellos aspectos relativos a su interpretación, cumplimiento, resolución, terminación, eficacia o validez, que surja entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del domicilio del Contratante, Asegurado o Beneficiarios de la Póliza declarados o no en la Solicitud de Seguro, de acuerdo a la normativa vigente.

Las partes, una vez producido el Siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la jurisdicción arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

(...)

ARTICULO 18: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

18.1 Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales durante la vigencia del contrato de seguro deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar de manera previa y por escrito su decisión dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

(...)

En caso de seguros grupales, la Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato, conforme a los párrafos anteriores.



CONDICIONES GENERALES
SEGURO ONCOLÓGICO - INDEMNIZACIÓN

VERSIÓN 2016.07.12

CONDICIONES GENERALES
SEGURO ONCOLÓGICO - INDEMNIZACIÓN

INDICE

Artículo 1:	Definiciones
Artículo 2:	Descripción del Seguro y Coberturas
Artículo 3:	Asegurados
Artículo 4:	Inicio de Vigencia y Plazo
Artículo 5:	Exclusiones
Artículo 6:	Beneficiarios
Artículo 7:	Prima
Artículo 8:	Rehabilitación de la Póliza
Artículo 9:	Terminación
Artículo 10:	Resolución
Artículo 11:	Nulidad
Artículo 12:	Retención y/o Declaración Inexacta
Artículo 13:	Aviso de Siniestros y Solicitud de Cobertura
Artículo 14:	Comunicación entre las Partes
Artículo 15:	Atención de Reclamos y Defensoría del Asegurado
Artículo 16:	Mecanismos de Solución de Controversias y Legislación Aplicable
Artículo 17:	Moneda
Artículo 18:	Modificaciones de las Condiciones Contractuales
Artículo 19:	Prescripción
Artículo 20:	Predominio de Condiciones y/o Cláusulas
Artículo 21:	Indisputabilidad
Artículo 22:	Tributos
Artículo 23:	Consideraciones Adicionales

CONDICIONES GENERALES

SEGURO ONCOLÓGICO - INDEMNIZACIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo, de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales del **Seguro Oncológico – Indemnización**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas Adicionales, Certificados y en los Anexos que se adhieran a la **Póliza**; **PROTECTA S.A. Compañía de Seguros** (en adelante la “**Compañía**”) conviene en amparar al **Asegurado** contra los riesgos expresamente contemplados en la **Póliza**, en los términos y condiciones siguientes:

ARTICULO 1: DEFINICIONES

Los términos especificados a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos del presente contrato de seguros:

Agravación del Riesgo: Situación que se produce cuando, como consecuencia de acontecimientos ajenos o no a la voluntad del **Asegurado**, el riesgo cubierto por la **Póliza** adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista, la misma que debe ser comunicada a la **Compañía** por el **Contratante** y/o el **Asegurado**.

Asegurado: Es la persona natural cuya salud es objeto del contrato de seguro. Para efectos del presente seguro, es(son) la(s) persona(s) indicada(s) en las Condiciones Particulares de la **Póliza**, Solicitud de Seguro y/o Certificado de Seguro, que ha(n) presentado la solicitud de Seguro aceptada por la **Compañía**.

Asegurado Titular: Es el Asegurado que mantiene una relación directa con el Contratante y especificado en la Solicitud y/o Certificado.

Asegurado Dependiente: Son los dependientes del Asegurado Titular especificados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Certificado de seguro. Los Asegurados Dependientes serán considerados Asegurados hasta alcanzar el límite de edad establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud y/o Certificado, y mantendrán su condición de tales mientras el Asegurado Titular lo sea.

Beneficiario: Titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro, en caso de producirse un Siniestro. El Beneficiario es el **Asegurado**.

Buena Salud: No adolecer de enfermedad o dolencia preexistente a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Cáncer: Se define como la enfermedad provocada por la presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos leucemia, y las enfermedades malignas del sistema linfático, como: la enfermedad Hodgkin, y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros; caracterizado por el crecimiento incontrolado, la multiplicación incontrolada y la diseminación de células malignas, y la invasión y destrucción de tejidos normales.

Compañía: PROTECTA S.A. Compañía de Seguros.

Contratante: Persona natural o jurídica que ha firmado un contrato de seguro y que figura como tal en las Condiciones Particulares.

Diagnóstico de Cáncer: Es aquel documento emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio o pruebas auxiliares. En caso de diagnóstico de cáncer se requiere del resultado de un Examen de Anatomía Patológica expedida por un médico oncólogo y especializado en Anatomía Patológica.

Días: Son días calendario, a menos que se señale expresamente que se trata de días hábiles.

Endoso: Es el documento mediante el cual se modifica, aclara, deja sin efecto parte del contenido de la **Póliza**, se incorpora nuevas declaraciones del **Contratante**, o se cede los derechos indemnizatorios de la **Póliza** a favor de una persona distinta del **Asegurado**. El endoso debe ser suscrito por un funcionario autorizado de **La Compañía** y por el **Contratante**, y **Asegurado** en aquellos casos en que la modificación tenga por finalidad cambiar condiciones de un Certificado específico.

Enfermedad: Alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, cuyo origen sea posterior a la fecha de inicio de vigencia de la **Póliza** y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo, y que conlleve a un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad Pre-existente: Aquella enfermedad o alteración del estado de salud que se le haya diagnosticado por un profesional médico colegiado al **Asegurado** con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por éste y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud contenida en la Solicitud de Seguro.

Exclusiones: Se refiere a todos los supuestos no cubiertos, bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en estas Condiciones Generales, las cláusulas especiales y las cláusulas adicionales respectivas.

Fecha de Siniestro: Corresponde a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Fecha de Aviso: Corresponde a la fecha y hora en que se recibió, por parte de la Compañía o de quien ésta designe para tal efecto, de la ocurrencia del siniestro.

Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el **Contratante** para obtener la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que, en caso que se produzca, le generaría un perjuicio económico.

Ley: Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro.

Periodo de Carencia: Es el periodo durante el cual la cobertura no se encuentra activa aun cuando se haya iniciado la vigencia de la **Póliza**. El Periodo de Carencia que sea aplicable a cada cobertura, se establecerá en las Condiciones particulares, Solicitud y/o Certificado.

Póliza: Documento emitido por la **Compañía**, que instrumenta el Contrato de Seguro, conformado por las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Cláusulas Adicionales, la Solicitud de Seguro, Endosos y Anexos, así como también los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada o que contienen declaraciones efectuadas por el **Contratante** o **Asegurado** en materia del presente seguro.

Prima Comercial: Contraprestación por la cobertura de Seguro contratada, la cual se debe pagar a efectos de mantener vigente la **Póliza**. Este concepto incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento y por intermediación de corredores de Seguros, contratación de comercializadores o promotores de Seguros y el beneficio comercial de la **Compañía**.

Prima devengada: Es la fracción de la Prima Comercial correspondiente al período en que la empresa de Seguros ha brindado cobertura, de acuerdo con las condiciones establecidas en el Contrato de Seguro.

Retención: Es la omisión de declarar circunstancias conocidas por el **Contratante** o el **Asegurado** que incidan en la adecuada determinación del riesgo, de manera tal que de haber sido informadas a tiempo a la **Compañía**, éste no hubiera celebrado el Contrato de Seguro o lo habría celebrado en condiciones distintas.

Siniestro: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce daños garantizados en la **Póliza** hasta determinada cuantía.

Solicitud de Cobertura: Solicitud efectuada por el **Contratante**, **Asegurado** o el **Beneficiario** ante la **Compañía** por la ocurrencia de un siniestro respecto a la cobertura de Seguro contratada.

Solicitud de Seguro: Constancia de la voluntad del **Contratante** y/o del **Asegurado** de contratar un Seguro. Contiene la identificación del **Contratante**, el **Asegurado** y los **Beneficiarios**; así como la adecuada declaración del riesgo objeto del Contrato de Seguro.

Suma Asegurada: Monto máximo que la **Compañía** garantiza pagar al **Asegurado** y/o **Beneficiario** en caso de ocurrir un siniestro cubierto por la **Póliza**.

ARTICULO 2: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS

Para efectos de este seguro, se otorga la siguiente cobertura:

Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer: La Compañía pagará una indemnización al **Asegurado** hasta la Suma Asegurada prevista en las Condiciones Particulares, Solicitud y/o Certificado, en caso el Asegurado reciba por primera vez un Diagnóstico Clínico de Cáncer, si éste ocurre durante la vigencia de la Póliza, y siempre que el Diagnóstico de Cáncer se realice con posterioridad al Periodo de Carencia y no se encuentre dentro de las Exclusiones. El Diagnóstico Clínico de Cáncer se define con el informe de una prueba Anátomo Patológico Histológico Positivo.

Solo serán cubiertos los Asegurados que no tengan o que no hayan tenido algún diagnóstico Histopatológico de Cáncer anterior a la vigencia de la Póliza y/o durante el Periodo de Carencia.

La Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares será pagada por la **Compañía** al **Asegurado** después de acreditarse por primera vez un Diagnóstico de Cáncer, durante el período de cobertura, y hasta los límites de las Sumas Aseguradas contratadas.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

Podrá asegurarse bajo la presente **Póliza** cualquier persona que tenga interés asegurable, que goce de Buena Salud a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud y/o Certificado de la **Póliza**.

Podrán ingresar como Asegurados bajo la presente **Póliza**, las personas naturales que a la fecha de presentación de la Solicitud de Seguro, cumplan con las edades establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud y/o Certificado de la **Póliza**, permaneciendo como Asegurados de la Póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia indicada, salvo que hayan venido renovando el seguro de manera ininterrumpida por 5 años consecutivos.

Las edades declaradas por el **Asegurado** o **Contratante** deben comprobarse con documento fehaciente, en los casos que así lo juzgue necesario la **Compañía**, antes o después de producido el Siniestro.

Si se comprobare que el **Asegurado** superó la edad máxima de ingreso, establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud y/o Certificado de la **Póliza**, al momento de presentar la Solicitud de Seguro, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 11 de las presentes Condiciones Generales sobre Nulidad.

ARTICULO 4: INICIO DE VIGENCIA Y PLAZO

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, siempre que no se haya pactado un plazo adicional para dicho pago.

Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, la empresa de seguros deberá cubrir el pago del siniestro, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente. En caso de un siniestro considerado pérdida total, se devengará el íntegro de la prima acordada, que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

Salvo que las Condiciones Particulares establezcan una vigencia distinta, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley, la cobertura tendrá una vigencia anual que comienza a las doce (12) horas del día en que inicia de vigencia y terminará a las doce (12) horas del último día de vigencia del Contrato.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES

El presente contrato de seguros no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. **Enfermedades, dolencias, patologías, pre-existentes al inicio de la cobertura con la Compañía y/o durante el Periodo de Carencia de la cobertura.**
- b. **Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos.**
- c. **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.**
- d. **Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.**
- e. **El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con el SIDA.**
- f. **Tumores no malignos, así como tumores de la próstata o tipo adenoma (excepto si el grado de Gleason es mayor a 6 o siempre que sea a un nivel clínico T2N0M0). El cáncer de próstata estadio T1, N0, M0.**
- g. **Chequeos médicos y/o despistaje de cáncer y/o tratamientos preventivos.**
- h. **Contaminación nuclear.**

La **Compañía** puede establecer exclusiones adicionales en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de la **Póliza**, las cuales únicamente serán consideradas para la cobertura respectiva.

ARTÍCULO 6: BENEFICIARIOS

Se considera como **Beneficiario** al **Asegurado**, el cual tendrá derecho a recibir como indemnización la Suma Asegurada ahí indicada, de acuerdo a los términos de la **Póliza**.

Si el **Beneficiario** falleciera durante el proceso de indemnización de la **Póliza**, el capital que le corresponda será pagado a los herederos legales del **Beneficiario** fallecido.

ARTÍCULO 7: PRIMA

La prima es el valor determinado por la **Compañía** como el precio de las coberturas materia del presente contrato, que deberá ser pagada por el **Contratante y/o Asegurado** en las oficinas autorizadas por la **Compañía**, según se establezca en las Condiciones Particulares. La prima incluye los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la **Compañía**.

El importe de la prima y su forma de pago serán establecidos en las **Condiciones Particulares** de la **Póliza** y en el respectivo **Convenio de Pagos**, y podrán ser modificados por acuerdo entre las partes, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 18 de estas Condiciones Generales.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley, si bien el **Contratante** es el obligado al pago de la Prima, en caso de Siniestro, el **Asegurado** como **Beneficiario** será solidariamente responsables por el pago de la prima pendiente. La Compañía compensará la prima pendiente de pago de la presente Póliza, contra la indemnización debida al Asegurado o Beneficiario del seguro, de corresponder el pago del siniestro.

De producirse el incumplimiento del pago de la Prima en los términos convenidos, corresponderá a la Compañía notificar al Contratante y al Asegurado el incumplimiento de su obligación e indicarle el plazo del que dispone para efectuar el pago antes de que se produzca la suspensión de la cobertura del Seguro.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley, la cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de la prima, siempre y cuando la Compañía haya comunicado fehacientemente al Contratante y Asegurado las consecuencias del incumplimiento del pago de primas, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes al vencimiento de la obligación del pago de la prima. La Compañía no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en el que la cobertura se encuentre suspendida.

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

Durante la suspensión de la cobertura del seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante y Asegurado de la comunicación escrita cursada por la Compañía en la que le informe sobre dicha decisión.

En cualquier caso, el contrato se entenderá extinguido si la Compañía no reclama el pago de la Prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la Prima, la Compañía tendrá derecho al

cobro de la misma en una proporción equivalente al período efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el Contrato de Seguro por la Compañía, no procederá la Rehabilitación de la Póliza.

ARTICULO 8: REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

De producirse la suspensión de la cobertura del contrato como consecuencia del incumplimiento en el pago de la Prima, el **Contratante** podrá solicitar su rehabilitación previo pago de la totalidad de las primas o cuotas vencidas y siempre que la Compañía no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro conforme a lo establecido en el Artículo 7 de las presentes Condiciones Generales o haya operado la extinción del Contrato de Seguros.

La rehabilitación de la cobertura tendrá efectos a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se efectuó el pago. Queda expresamente establecido que la rehabilitación de la cobertura no tendrá efectos retroactivos.

ARTÍCULO 9: TERMINACIÓN

El Certificado de Seguro terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente Contrato.
- b. Al cumplir el **Asegurado Titular** el límite de edad de permanencia establecido en las **Condiciones Particulares y/o Certificado** y no haya venido renovando el seguro de manera ininterrumpida por cinco (05) años.
- c. Por fallecimiento del **Asegurado Titular**.

El Contrato de Seguro terminará:

- a. Al vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza y que no proceda la renovación.

ARTICULO 10: RESOLUCIÓN

La Póliza o el Certificado de Seguro, según corresponda, podrán quedar resueltos, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. **Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación enviada al Contratante y Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.**
- b. **Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado, lo que deben realizar apenas se produzca la agravación.**

Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, ésta deberá comunicar al Contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. En el caso que la agravación no haya sido comunicada, el referido plazo se contará

desde el momento en que la Compañía tuvo conocimiento de la agravación. Le corresponde a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

- c. Por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía al tomar conocimiento deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante y del Asegurado, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, asimismo le corresponderá a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.
- d. En caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y sea constatada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza o del Certificado de Seguro dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver la Póliza y/o Certificado de Seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación escrita dirigida al Contratante y/o Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.
- e. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión causa de parte del Asegurado, la cual puede ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del Contrato y/o Certificado, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución. Le corresponde a la Compañía, las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o Certificado de Seguro, la Compañía queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha de resolución. El Contratante será el obligado a devolver la prima al Asegurado, en el caso que corresponda.

En todos los supuestos de resolución de la Póliza, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello a los Asegurados. En caso de resolución de certificados de seguros la Compañía notificará de ello al Contratante y al Asegurado, dentro de los mismos plazos señalados en este artículo.

En caso el Contratante solicite la resolución del contrato es su responsabilidad informar a los Asegurados sobre la resolución del contrato, indicando la fecha desde cuándo se hará efectiva, esta comunicación debe producirse con 30 días de anticipación a la resolución del contrato.

ARTICULO 11: NULIDAD

El contrato y/o certificado de seguro han sido extendidos por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud de Seguro y en los cuestionarios relativos a su salud.

Será nulo todo Contrato o Certificado de Seguro, según corresponda:

- a. Si el Contratante y/o el Asegurado hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b. Si al tiempo de la celebración se hubiera producido el Siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c. Por Reticencia y/o Declaración Inexacta, siempre que ésta se hubiere producido con dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o del Asegurado, respecto de circunstancias conocidas por ellos, que hubiesen impedido la celebración del presente contrato o modificado sus condiciones, de haber sido conocidas por la Compañía.

En el supuesto indicado en el párrafo anterior, la Compañía deberá invocar la causal en un plazo de treinta (30) días desde que tomó conocimiento de la Reticencia o Declaración Inexacta.

- d. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, al momento de celebración del Contrato, hubiere excedido los límites establecidos en las Condiciones Particulares y/o Certificado. En este caso, se procederá con la devolución de las primas correspondientes.

La nulidad del presente contrato determina que el Contratante y/o el Asegurado pierdan el derecho a exigir a la Compañía indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza y/o Certificado emitida a su favor.

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

Los Beneficiarios, Contratante y/o Asegurado que hubieren cobrado el beneficio previsto en la Póliza con anterioridad a la declaración de nulidad del Contrato, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía el importe recibido, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, gastos que deberán ser debidamente sustentados.

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 11, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros. En caso de nulidad de un certificado de seguro, el Contratante entregará al Asegurado la prima devuelta por la Compañía.

Artículo 12: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:

La declaración inexacta o reticente del **Contratante y/o Asegurado** producida sin dolo o culpa inexcusable de aquellos, determinará la aplicación de las siguientes reglas:

- a. Si la declaración inexacta o reticente es constatada antes de que se produzca un Siniestro, la **Compañía** presentará al **Contratante** una propuesta de revisión de la **Póliza** dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la **Prima** y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el **Contratante** en un plazo máximo de diez (10) días.

De aceptar el **Contratante** la revisión de la **Póliza**, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de la modificación.

En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la **Compañía** podrá resolver el contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al **Contratante**, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo de este literal a, correspondiéndole a la **Compañía** las **Primas Devengadas** a prorrata, hasta la fecha de resolución.

- b. Si la declaración inexacta o reticente es constatada con posterioridad a la ocurrencia del Siniestro, la **Compañía** reducirá la indemnización debida proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo.

En este sentido, la Suma Asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá Suma Asegurada a pagar.

Si el **Contratante** y/ o **Asegurado** realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o determinado la modificación de sus condiciones sin que la **Compañía** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, resultará aplicable lo dispuesto en el artículo 11 precedente. Queda expresamente establecido que se considerarán dolosas aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el **Contratante** y/o **Asegurado** que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento accesorio o complementario que forma parte de la **Póliza**.

ARTÍCULO 13: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Asegurado** y/o **Beneficiario** deberá dar aviso de siniestro a la **Compañía** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro. El siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las **Condiciones Particulares** y/o **Solicitud de Seguro** y/o **Certificado de Seguro**.

En caso la **Compañía** opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, éste será establecido en las **Condiciones Particulares** y/o **Solicitud de Seguro** y/o **Certificado de Seguro**.

Posteriormente al aviso del siniestro, el **Asegurado** y/o **Beneficiario** deberá presentar la **Solicitud de Cobertura** por escrito en la **Compañía**, y presentar adjunto los siguientes documentos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), según corresponda:

- a. **Formulario de Declaración de Siniestro** proporcionado por la **Compañía**
- b. **Copia del Documento de Identidad del Asegurado Titular**
- c. **Original del Examen Hispatológico o Anátomo Patológico, firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.**

d. **Fotocopia fedateada de la historia clínica del Asegurado.**

En cualquier caso, la **Compañía** podrá solicitar informes, declaraciones y certificados médicos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, así como aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, aprobado por Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura, si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, establecido en treinta (30) días, lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

El **Asegurado**, mediante la suscripción de la **Solicitud de Seguro** autoriza expresamente a la **Compañía**, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta **Póliza**, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Una vez que el **Asegurado y/o Beneficiario** haya cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la **Compañía**, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la **Compañía** no se pronuncie dentro de los treinta (30) días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido el Siniestro, la **Compañía** deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El **Asegurado y/o Beneficiario** perderá el derecho a ser indemnizados, quedando la **Compañía** relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente **Póliza**.

ARTICULO 14: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Todas las comunicaciones entre la **Compañía** y el **Contratante** deberán ser hechas por los medios de comunicación pactados, salvo que las normas legales establezcan la forma escrita en algún caso específico. Las comunicaciones del **Contratante** deberán ser dirigidas al domicilio y/o correo electrónico de la **Compañía** y las de la **Compañía** serán dirigidas al último domicilio y/o correo electrónico señalado por el **Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario**, en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Certificado de Seguro.

Las comunicaciones cursadas por el **Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario** al comercializador sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la **Compañía**.

Cualquier variación en el domicilio y/o de correo electrónico, deberá ser comunicada a la otra parte por escrito con cargo de recepción, surtiendo efectos transcurridos quince (15) días calendario de recibida la comunicación en la que se señala el nuevo domicilio. De lo contrario, cualquier variación en el domicilio y/o de correo electrónico realizado, carecerán de valor y efecto, aceptando por validas todas las notificaciones y comunicaciones efectuadas al último domicilio y/o correo electrónico comunicado.

En caso el **Contratante** solicite la Resolución del Contrato según lo indicado en el Artículo 10 de las presentes Condiciones Generales, es responsabilidad del **Contratante** informar a los **Asegurados** la resolución del contrato,

indicando la fecha desde cuándo se hará efectiva, esta comunicación debe producirse con 30 días anticipación a la Resolución del Contrato.

ARTICULO 15: ATENCIÓN DE RECLAMOS Y DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Los reclamos que quieran presentar el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario, deberán ser realizados a la **Plataforma de Atención al Cliente de Protecta**. El plazo máximo para que **Protecta** atienda los reclamos presentados es de treinta (30) días calendarios.

Los medios a través de los cuales podrá presentar algún reclamo a **Protecta** son los siguientes:

- Atención Telefónica: Lima 418-1938 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: informes@protecta.com.pe
- Página Web: www.protecta.com.pe
- Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú
- Fax: (511) 418-1942

Horario de Atención: De Lunes a Viernes, de 9 am a 6 pm.

En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por **Protecta**, el **Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este Seguro en la **Defensoría del Asegurado** al 421-0614, o en Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9 – San Isidro, Lima - Perú o en www.defaseg.com.pe, así como en la **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS)** en caso únicamente de denuncias y/o en el **Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI)**.

ARTICULO 16: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

Cualquier controversia, diferencia o reclamación resultante de la presente Póliza, inclusive aquellos aspectos relativos a su interpretación, cumplimiento, resolución, terminación, eficacia o validez, que surja entre la Compañía y el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del domicilio del Contratante, Asegurado o Beneficiarios de la Póliza declarados o no en la Solicitud de Seguro, de acuerdo a la normativa vigente.

Las partes, una vez producido el Siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la jurisdicción arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Las partes dejan establecido que el contenido de la presente Póliza se encuentra sujeto a las leyes de la República del Perú.

ARTICULO 17: MONEDA

Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta **Póliza**, se cumplirán en la misma moneda en la que se encuentren expresadas las coberturas en las Condiciones Particulares.

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la **Póliza** quedará automáticamente convertida a la moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y demás

obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

ARTICULO 18: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

18.1 Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales durante la vigencia del contrato de seguro deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar de manera previa y por escrito su decisión dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

18.2 A la renovación del contrato

Quando la Compañía decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entiende aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el contrato de seguro fue acordado hasta el fin de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la Póliza, lo que será comunicado al Contratante utilizando los mismos medios que usó para la contratación del seguro.

En caso de seguros grupales, la Compañía deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato, conforme a los párrafos anteriores.

ARTÍCULO 19: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del Siniestro, con excepción de los reclamos y acciones relativos a las coberturas por fallecimiento las que prescribirán en el plazo de diez (10) años desde que el **Beneficiario** tome conocimiento de la existencia del beneficio.

Cumplido el plazo de prescripción, sin que el **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** hubiera solicitado el beneficio, la **Compañía** quedará liberada de la obligación de pagar la Suma Asegurada.

ARTÍCULO 20: PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLAUSULAS

En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de la Póliza, queda convenido que los Endosos y las condiciones especiales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

ARTÍCULO 21: INDISPUTABILIDAD

Esta **Póliza** será indisputable cuando hayan transcurrido dos (02) años completos desde la celebración del contrato, salvo en caso de reticencia o falsa declaración dolosa del **Contratante** y/o **Asegurado** en perjuicio de la **Compañía**, sea que éste se produzca al momento de la contratación del seguro, durante la vigencia de la **Póliza** o en la reclamación del siniestro.

ARTÍCULO 22: TRIBUTOS

Todos los tributos presentes, o que puedan crearse o modificarse, que graven las Primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la Compañía y no puedan ser trasladados.

ARTÍCULO 23: CONSIDERACIONES ADICIONALES

Adicionalmente la **Compañía** pone de conocimiento del **Asegurado**, lo siguiente:

- 1) Es obligación de la **Compañía** entregar la **Póliza** al **Contratante** del Seguro, así como los Certificados de Seguro conforme al número de **Asegurados**, dentro del plazo de quince (15) días después de recibida la Solicitud de Seguro, si no media rechazo previo de la solicitud.
- 2) En caso la **Póliza** se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por la **Compañía** y el contenido de aquella difiera de dicha propuesta, la diferencia se considerará tácitamente aceptada por el **Contratante** si éste no efectúa el reclamo correspondiente dentro de los treinta (30) días de haber recibido la **Póliza**. La aceptación tácita sólo se presumirá cuando la **Compañía** hubiere comunicado al **Contratante** en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la **Póliza**, la existencia de diferencias, otorgándole además un plazo de treinta (30) días para rechazarlas. De omitir la **Compañía** la referida comunicación, las diferencias se entenderán como no escritas, salvo que éstas resulten más beneficiosas para el **Asegurado**.
- 3) Es obligación del **Contratante** y/o del **Asegurado** notificar por escrito a la **Compañía** los hechos o circunstancias de Agravación del Riesgo ni bien estos conozcan su ocurrencia. En aquellos casos en que el **Contratante** y/o **Asegurado** no comuniquen la Agravación del Riesgo, la **Compañía** queda liberada de su prestación, si es que el Siniestro se produce mientras subsiste la Agravación del Riesgo, salvo que:
 - a. El **Contratante** y/o **Asegurado** incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable
 - b. Si la Agravación del Riesgo no influye en la ocurrencia del Siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la **Compañía**.
 - c. Si la **Compañía** no opta por la resolución del Contrato de Seguro o no propone su modificación dentro del plazo de quince (15) días.
 - d. Si la **Compañía** conociese la situación de Agravación del Riesgo al momento en que debió efectuarse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales a), b) y c) antes indicados, la **Compañía** tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al **Contratante**, de haber sido informado oportunamente de la Agravación del Riesgo.

- 4) El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera a momento de la celebración del contrato.

- 5) Las comunicaciones cursadas por el **Asegurado al Comercializador** por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a la **Compañía**.
- 6) Asimismo, los pagos efectuados por el **Contratante y/o Asegurado al Comercializador** se consideran abonados a Protecta.

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO ONCOLÓGICO - INDEMNIZACIÓN

VERSIÓN 2016.07.12

**PÓLIZA DEL SEGURO ONCOLÓGICO - INDEMNIZACIÓN
CONDICIONES PARTICULARES**

Código Registro SBS N°: AE2096400024 adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales del **Seguro Oncológico – Indemnización**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas Adicionales, Certificados y en los Anexos que se adhieran a la Póliza; **PROTECTA S.A. Compañía de Seguros** (en adelante "Protecta") conviene en amparar al Asegurado contra los riesgos expresamente contemplados en la **Póliza**, en los términos y condiciones siguientes:

PÓLIZA: 000000000XXX **INICIO DE VIGENCIA:** A las 12:00 hrs del XX/XX/XXXX
FIN DE VIGENCIA: A las 12:00 hrs del XX/XX/XXXX

Se precisa que el Certificado de seguro terminará además cuando el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

Domicilio de la Compañía: Avenida Domingo Orué 165 - Piso 8 Surquillo - Lima

ARTÍCULO PRIMERO: CONTRATANTE

Razón Social : XXXXXXXXXXXXX
RUC : XXXXXXXXXXXXX
Dirección : XXXXXXXXXXXXX
Teléfono : XXXXXXX
Correo Electrónico : XXXXXXX

ARTÍCULO SEGUNDO: ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADOS DEPENDIENTES

Apellidos y Nombres : XXXXXXXXXXXXX
DNI : XXXXXXXXXXXXX
Fecha de Nacimiento : XX/XX/XXXX
Sexo : XXXXXXXXXXXXX
Dirección : XXXXXXXXXXXXX
Teléfono : XXXXXXX
Correo Electrónico : XXXXXXX
Relación con el Contratante: XXXXXXXXXXXXX

ARTÍCULO TERCERO: COBERTURAS BÁSICAS

Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer

Periodo de Carencia: XXXX

Cód. SBS: AE2096400024

Véase el detalle de las Coberturas en el Condicionado General y Cláusulas Adicionales. Asimismo téngase en cuenta que las exclusiones se encuentran indicadas en el Condicionado General y Cláusulas Adicionales.

ARTÍCULO CUARTO: INICIO DE COBERTURA

El inicio de la cobertura se posterga al pago de la primera cuota de la prima fraccionada, efectuado en la oportunidad establecida en el Convenio de Pagos. En la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, se cubrirá el siniestro y se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito descontada del importe de la indemnización correspondiente. En caso de un siniestro considerado pérdida total, se devengará el íntegro de la prima acordada, que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

ARTÍCULO QUINTO: BENEFICIARIO

se considera como Beneficiario al ASEGURADO.

Si el Beneficiario falleciera durante el proceso de indemnización de la Póliza, el capital que le corresponda será pagado a los herederos legales del Beneficiario fallecido.

ARTÍCULO SEXTO: SUMAS ASEGURADAS

Protecta pone a disposición del Asegurado XX planes, los mismos que consideran las sumas aseguradas que se detallan en el siguiente cuadro:

COBERTURAS	PLAN 1	PLAN XX
INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER	X,XXX.XX	X,XXX.XX

Cada Asegurado deberá informar a Protecta en la correspondiente Solicitud de Seguro, el plan que le deberá resultar aplicable durante la vigencia de la Póliza.

ARTÍCULO SETIMO: PRIMA

En caso de Prima Fija por Asegurado

- **Para el Plan 1:**

La prima comercial: XXX
La prima comercial + IGV: XXX

- **Para el Plan XX:**

La prima comercial: XXX
La prima comercial + IGV: XXX

En caso de Prima por Rango de Edad del Asegurado

- **Para el Plan 1:**

Rango de Edad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
De XX hasta XX años	XXX	XXX
De XX hasta XX años	XXX	XXX
...
De XX hasta XX años	XXX	XXX

- **Para el Plan XX:**

Rango de Edad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV
De XX hasta XX años	XXX	XXX
De XX hasta XX años	XXX	XXX
...
De XX hasta XX años	XXX	XXX

En caso de contratarse una Prima por Rango de Edad del Asegurado, se deberá pagar la prima correspondiente a la edad que tenga el Asegurado a la fecha de vigencia del pago a ser efectuado; si la edad del Asegurado cambia durante la vigencia y pasa al siguiente rango, le corresponderá pagar la prima del nuevo rango.

Evolución de la Prima

Suma Asegurada: XXXXXX

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Prima Comercial	X1	$X2 = X1*(1+F)$	$X3 = X2*(1+F)$	$X4 = X3*(1+F)$

Donde:

X1, X2, X3 y X4: Representan las primas comerciales mensuales en cada año a una Suma Asegurada.

F: Factor correspondiente a la estimación referencial anual de la evolución en el tiempo del importe de la Prima Comercial, el cual está basado en supuestos actuariales.

Adicionalmente, las primas podrán ser reajustadas por la Compañía según:

1. La siniestralidad pasada y esperada
2. Tablas de morbilidad, según corresponda

En todos los casos, el detalle de todas las comisiones, cargos de evaluación, administración, emisión, producción y demás conceptos que se encuentran comprendidos en la PRIMA COMERCIAL se encuentran detallados en el Artículo Decimo.

Queda expresamente establecido que Protecta otorga el beneficio del pago fraccionado de la Prima sin intereses en los términos indicados en el Convenio de Pago. El fraccionamiento de la prima anual, no considerará intereses, cobros por concepto de comisiones o gastos adicionales a cargo del Contratante o Asegurado.

Los efectos del incumplimiento del pago de la prima se encuentran especificados en las Condiciones Generales y en el Convenio de Pago que se suscribirá.

Lugar de Pago: XXXX

Forma de Pago: XXXX

Fecha de Pago: XXXX

ARTÍCULO OCTAVO: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES.

No se consideran.

ARTÍCULO NOVENO: MONEDA

Soles o Dólares Americanos

ARTÍCULO DECIMO: COMISIONES

Información del Corredor de Seguros:

Nombre : XXX
Código de Registro : XXX
Porcentaje de Comisión : XX%, calculado sobre la prima comercial

Fuerza de Ventas / Promotores de Seguros:

Cargos por contratación de Promotores de Seguros: XXXX

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: CONSIDERACIONES ADICIONALES

Declaración Personal de Salud: Se exige la presentación de la declaración personal de salud contenida en la correspondiente Solicitud de Seguro en todos los casos. De estimarlo necesario Protecta podrá adicionalmente solicitar la suscripción de la Declaración Personal de Salud Adicional (DPSA) y/o requerir información adicional al Asegurado o a los Asegurados Dependientes, si hubiere (tales como informes médicos, cuestionarios, entre otros) o el sometimiento a exámenes médicos.

La cobertura será otorgada previa aprobación de la correspondiente Declaración Personal de Salud por parte de Protecta.

Edades: Para el Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, si hubiere

Mínima de Ingreso: XX Años
Máxima de Ingreso: XX Años (inclusive)
Límite de Permanencia: XX Años (inclusive)

Procedimiento para

La Solicitud de Cobertura: Plazo para comunicar el siniestro: XXXXXX
Lugar para presentar Solicitud de Cobertura: XXXXXX.

Declaración de Información: Mensual.

El Contratante deberá reportar a la **Compañía**, en forma mensual la relación de asegurados, así como la información que se detalla en el **Anexo XXXX**

Forma de Pago del Contratante: Mensual – Dentro de los primeros 10 días calendario siguientes a la fecha de recepción del correspondiente comprobante de pago emitido por la **Compañía**. De acuerdo a lo señalado en el artículo 7° de las Condiciones Generales, la prima deberá ser pagada por el Contratante en las oficinas autorizadas por la Compañía en efectivo o, a través de cargos en cuenta o débito automático, según se establezca en este documento.

-
-

Revisión de Condiciones: Se revisarán y evaluarán las condiciones anualmente.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 30 de la Ley del Contrato de Seguro, las propuestas de reajuste a algún término contractual deberán ser comunicadas por escrito al Contratante. El Contratante deberá manifestar su aceptación de los nuevos términos contractuales propuestos en un plazo de 30 días contados desde la fecha de recepción de la citada comunicación. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato.

Datos Personales

El **Contratante**, el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes, si corresponde, de aceptarlo en la solicitud de seguro, autorizan en forma expresa a Protecta, el uso de Datos Personales proporcionados en la contratación del presente seguro para fines comerciales, tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos y servicios así como para el tratamiento de Datos Personales a lo que se refiere la Ley N° 29733.

Condicionados y

Cláusulas Adicionales: Condicionado General del Seguro Oncológico - Indemnización

El Contratante declara haber tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales del **Seguro Oncológico - Indemnización**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas Adicionales, Certificados y Anexos que se adhieren a la **Póliza**, cuyas estipulaciones quedan sometidas al presente contrato, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013 – Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros y la Resolución SBS N° 3198-2013 – Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros, Resolución SBS N° 3203-2013 – Normas Complementarias aplicables a los seguros de salud; Resolución SBS N° 3202-2013 – Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, y demás disposiciones legales vigentes.

Protecta S.A.
Compañía de Seguros

Contratante

XX / XX / XXXX
Fecha de Emisión

Protecta S.A.
Compañía de Seguros