



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

Lima, 12 MAY 2017

OFICIO N° 1703-2017-SBS

AJ	JLV	JN	JCO	ACH	LP
MF	OM	SB	CN	CC	MM
IH					

Señor  
Alfredo Juan Jochamowitz Stafford  
Gerente General  
**PROTECTA S A COMPAÑIA DE SEGUROS**

Ref.: Revisión posterior del producto "Microseguro de Desgravamen"- Código SBS N° VI2097410028.

Me dirijo a usted con relación a la solicitud N° POL000121 de fecha 03.01.2017, recibida por esta Superintendencia a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), mediante la cual solicité el registro del producto "Microseguro de Desgravamen", en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, conforme a lo previsto en el Reglamento de Pólizas de Microseguros, aprobado por Resolución SBS N° 2829-2016.

Sobre el particular, habiéndose concluido la etapa de revisión posterior del producto de acuerdo a lo previsto en el artículo 14 del Reglamento de Pólizas de Microseguros, se ha procedido a la actualización de la documentación correspondiente al referido microseguro en el mencionado Registro, conforme al modelo de póliza presentado por su representada.

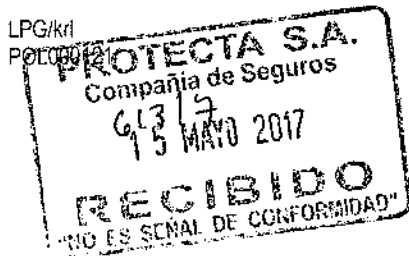
En ese sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación del modelo de póliza modificado, el cual puede ser visualizado en la bandeja de solicitudes del SIRCON bajo el título "versión final de la póliza", y será obligatorio en los contratos que celebre y renueve una vez transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario de notificado el presente oficio.

Finalmente, la empresa deberá difundir a través de su página web, en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, el modelo de póliza modificado correspondiente al producto "Microseguro de Desgravamen".

Atentamente,

  
**LOURDES GALLARDO SAEZAR**

Jefe del Departamento de Supervisión Legal  
de Contratos de Servicios Financieros



**PÓLIZA DE MICROSEGURO  
MICROSEGURO DE DESGRAVAMEN**

Código Registro SBS N°: VI2097410028

*El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.*

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud/Certificado de Seguro, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Microseguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo, de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza de **Microseguro de Desgravamen**; **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:** \_\_\_\_\_

**INICIO DE VIGENCIA:** A las 0:00 hrs del XX/XX/XXXX

**FIN DE VIGENCIA:** A las 0:00 hrs del XX/XX/XXXX

Se precisa que la vigencia del microseguro terminará además cuando el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

**PROTECTA S.A. Compañía de Seguros**

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

**Teléfono:** Oficina Principal: 391-3000 / Atención telefónica Provincias: 0-801-1-1278

**Email:** informes@protecta.com.pe

**Página Web:** www.protecta.com.pe

**COMERCIALIZADOR**

Nombre : XXX  
RUC : XXX  
Domicilio del Comercializador : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Comisión : XX.XX

**CORREDOR DE SEGUROS**

Nombre : XXX  
Código de Registro : XXX  
Domicilio del Corredor de Seguros : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Comisión : XX.XX

**CONTRATANTE**

Razón Social o Nombre : XXXXXXXXXXXXX  
DNI : XXXXXXXXXXX  
RUC : XXXXXXXXXXX  
Dirección : XXXXXXXXX  
Teléfono : XXXXXXXX  
Correo Electrónico : XXXXXXXX

## ASEGURADOS

Personas naturales mayores de edad, que mantengan un vínculo financiero, laboral o de cualquier otro tipo con XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX y que se suscriban a este seguro.

## COBERTURAS

- Muerte Natural
- Muerte Accidental
- Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
- Invalidez Total y Permanente por Accidente

## SUMA ASEGURADA

Es la suma declarada mensualmente por XXXXX, la cual corresponde al Monto Inicial o Monto Desembolsado más los Intereses por Devengar al Inicio del Crédito. No se considera intereses compensatorios, ni moras que se hayan generado por cualquier retraso del asegurado.

El cúmulo máximo de Suma Asegurada por persona es de S/ XX,XXX Soles o su equivalente en Dólares Americanos, para lo cual se considerará el tipo de cambio contable publicado por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP (SBS).

## PRIMA

La prima del seguro se calculará aplicando la tasa comercial mensual de XXXX% al saldo inicial del préstamo, más los Intereses por Devengar al Inicio del Crédito.

La prima incluye Derecho de Emisión (3%). No afecta a IGV por facturación individual.

## EDADES LÍMITES

### Para Muerte Natural y Muerte Accidental

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

### Para Invalidez Total y Permanente por Enfermedad o Accidente

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

---

**Protecta S.A.**  
**Compañía de Seguros**

---

**Contratante**

---

**XX / XX / XXXX**  
**Fecha de Solicitud**

## CONDICIONES DEL MICROSEGURO

*El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.*

### ARTÍCULO PRIMERO: DEFINICIONES

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

**Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del **Asegurado**, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

**No se consideran como Accidentes los siguientes “Accidentes Médicos”:** apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, accidentes cerebro vasculares, infartos al miocardio, trombosis o ataques epilépticos, así como los casos de negligencia médica o impericia médica. Tampoco se consideran como accidentes, las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, de insolaciones, así como las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales y las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

**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 vida y/o integridad física es objeto del contrato de seguro. Para efectos del presente seguro, es la persona indicada en la Solicitud-Certificado de la **Póliza**, aceptada por la **Compañía**.

**Beneficiario:** Titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en la Solicitud-Certificado del presente Contrato de Seguro, en caso de producirse un Siniestro. Los **Beneficiarios** podrán tener derechos indemnizatorios distintos. En su defecto, serán los herederos legales del Asegurado. Para el caso de Bancaseguros, el Beneficiario será la entidad financiera que ha otorgado el crédito al Asegurado.

**Compañía:** PROTECTA S.A. Compañía de Seguros.

**Comercializador:** Persona natural o jurídica con la que la Compañía celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de bancaseguros

**Contratante:** Persona natural o jurídica que ha firmado un contrato de seguro, comprometiéndose a pagar la prima que la Compañía cobra por la prestación.

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

**Enfermedad:** Alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado.

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

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Para efecto de la cobertura otorgada por la presente póliza, sólo serán considerados como tal los siguientes casos: estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, fractura accidental e incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; pérdida accidental total de la visión de ambos ojos; pérdida completa por accidente de ambas manos, pérdida completa por accidente de ambos pies; y, pérdida completa por accidente de una mano y un pie. No se otorgará cobertura en caso ocurra una invalidez que no corresponda a los supuestos indicados.

**Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:** A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentre en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses. La compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración la Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP).

**Muerte Accidental:** Se refiere al fallecimiento del **Asegurado** a causa de un Accidente.

**Muerte Natural:** Se refiere al fallecimiento del **Asegurado** a causa del cese de las funciones fisiológicas que permiten el normal funcionamiento de su organismo. No se considerará Muerte Natural al fallecimiento del **Asegurado** producido como resultado de un Accidente.

**Póliza:** Documento emitido por la **Compañía**, que instrumenta el Contrato de Microseguro.

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

**Reclamo:** Comunicación que presenta el Contratante, Asegurado o Beneficiario a través de los diferentes canales de atención disponibles en la Compañía, expresando su insatisfacción con la operación, producto o servicio o por el incumplimiento de las obligaciones contempladas en los contratos o marco normativo vigente, o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés. Adicionalmente, debe considerarse reclamo a toda reiteración que se origina como consecuencia de la disconformidad del contratante, asegurado o beneficiario respecto a la respuesta emitida por la Compañía, o por la demora o falta de atención de una solicitud, consulta, reclamo o requerimiento de información.

**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-Certificado de Microseguro:** Documento que acredita la contratación del microseguro bajo la modalidad de seguro de grupo o colectivo. Contiene la identificación del **Contratante**, el **Asegurado** y los **Beneficiarios**; así como la adecuada declaración del riesgo objeto del Contrato de Seguro.

## ARTÍCULO SEGUNDO: COBERTURAS

En los términos y condiciones de la Póliza, la Suma Asegurada indicada será pagada por la Compañía a los Beneficiarios detallados en la Póliza, después de acreditarse el siniestro del Asegurado, si ocurre durante la vigencia de la Póliza y hasta los límites de las Sumas Aseguradas contratadas, según el plan contratado:

**Muerte Natural:** En caso del fallecimiento del Asegurado, por causa natural, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada.

**Muerte Accidental:** En caso del fallecimiento del Asegurado, por causa directa e inmediata de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada.  
Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que el fallecimiento sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los XX días siguientes de ocurrido el accidente.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:** En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, por causa directa de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada.

**Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:** En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, por causa directa de una enfermedad, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada.

Este seguro queda liquidado y resuelto al fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, lo que ocurra primero.

## ARTÍCULO TERCERO: 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 CUARTO: 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 preexistentes, entendiéndose como tales a aquellas enfermedades diagnosticadas con anterioridad al inicio del seguro.**
- b. **Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.**
- c. **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.**

d. Participación activa en cualquier acto violatorio de la ley, sea como autor, coautor o cómplice, siendo el incumplimiento de esa ley la causa del siniestro.

e. Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil.

#### ARTÍCULO QUINTO: BENEFICIARIOS

Para el caso de las coberturas **Muerte Natural, Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad** el Beneficiario es XXXXXXXX por el Saldo Deudor más los Intereses por Devengar a la Fecha del Siniestro. No se considera intereses compensatorios, ni moras que se hayan generado por cualquier retraso del asegurado.

De existir Remanente entre la Suma Asegurada y el Saldo Deudor más los Intereses por Devengar a la Fecha del Siniestro, para las coberturas de **Muerte Natural o Muerte Accidental**, los **Beneficiarios Adicionales** serán los designados en la solicitud de seguro. En caso de no existir tal designación, se entenderán por beneficiarios a los Herederos Legales del **Asegurado**, de acuerdo a lo establecido en el artículo 816° del Código Civil.

Para la cobertura de **Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad** el Beneficiario será el mismo **Asegurado**.

Mientras la **Póliza** se encuentre en vigencia, el **Asegurado** tendrá derecho a cambiar de **Beneficiarios Adicionales** cuando lo estime conveniente. En ningún caso y bajo ninguna circunstancia procederá la modificación de **Beneficiarios Adicionales** que se notifique a la **Compañía** después de la fecha de fallecimiento. La **Compañía** no es responsable por cambios en los beneficiarios que no le fueron notificados, una vez pagada la indemnización, de ser el caso.

Si existieran **Beneficiarios Adicionales** menores de edad, la indemnización que les corresponda será depositada en instituciones de crédito a su nombre, de conformidad con la legislación nacional vigente.

Si un **Beneficiario Adicional** falleciera durante el proceso de indemnización de la **Póliza**, el capital que le corresponda será pagado a los herederos legales del **Beneficiario** fallecido o, de no existir herederos, los **Beneficiarios** sobrevivientes tendrán derecho a acrecer en la proporción correspondiente.

#### ARTÍCULO SEXTO: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES.

No son aplicables para la presente póliza.

#### ARTÍCULO SÉPTIMO: 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**, en las oficinas autorizadas por la **Compañía** en efectivo.

La prima y su forma de pago pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales y podrán ser modificados por acuerdo entre las partes.

**El incumplimiento del pago de la Prima determina la resolución automática de la Solicitud- Certificado, en cuyo caso la solicitud-certificado de microseguro quedará resuelta a partir de la fecha en que se produjo el incumplimiento en el pago. Se considera que se produce un incumplimiento en el pago, una vez**



transcurrido el periodo de gracia de XX días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento prevista para el pago de prima, sin que se haya efectuado el pago; momento en el cual el Asegurado perderá la cobertura contratada.

#### ARTÍCULO OCTAVO: MONEDA

Soles o Dólares Americanos, cuando corresponda.

#### ARTÍCULO NOVENO: TERMINACIÓN

La Cobertura de Seguro terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente Contrato.
- b. Al cumplir el **Asegurado** el límite de edad de permanencia establecido.

#### ARTÍCULO DECIMO: RESOLUCIÓN

La Póliza o Solicitud-Certificado de Microseguro, según corresponda, podrá quedar resuelto, 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 incumplimiento de pago de la prima, conforme a lo señalado en el artículo 7.
- b. 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 deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la Compañía la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo la Compañía procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas.
- c. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante y/o Asegurado, según corresponda, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del Contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución.

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

Para los literales b y c 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 de la Póliza.

En todos los supuestos de resolución de la Póliza o Solicitud-Certificado, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello al Asegurado.

En caso el Contratante solicite la resolución del contrato es su responsabilidad informar al Asegurado 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.

#### **ARTÍCULO DECIMO PRIMERO: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES**

Durante la vigencia del contrato de Microseguro no se pueden modificar los términos de la póliza contratada sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien contará con un plazo de treinta (30) días para tomar una decisión respecto a las modificaciones propuestas, contado a partir de la fecha en que reciba una comunicación de la empresa a su domicilio físico u otro medio de comunicación que se haya pactado con el Contratante y/o Asegurado, según el artículo 14, informando las modificaciones en caracteres destacados, que se propone incorporar en el contrato de Microseguro.

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.

#### **ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO: RENOVACIÓN AUTOMÁTICA**

El contrato de Microseguro se renueva automáticamente en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior.

Cuando la Compañía decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de Microseguro, deberá cursar aviso por escrito al domicilio físico del Contratante u otro medio de comunicación que se haya pactado con el Contratante y/o Asegurado, según el artículo 14, 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, previo al vencimiento del contrato, para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entiende aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso de rechazo del Contratante a las modificaciones propuestas para la renovación, la Compañía podrá optar por no renovar la póliza simplificada de Microseguro, al término de la vigencia correspondiente.

#### **ARTÍCULO DECIMO TERCERO: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA**

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los XXX (XX) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro; este plazo no podrá ser menor a siete (7) días. El siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en la presente Póliza.

El incumplimiento del plazo antes señalado no constituye causal del rechazo del siniestro, si el Asegurado o el Beneficiario prueban su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

Posteriormente al aviso del siniestro, el Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura, y presentar los siguientes documentos en la Compañía o al Corredor de Seguros o al Comercializador, cuando

corresponda y estando obligados a trasladar la solicitud de cobertura a la Compañía, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

**En caso de Muerte Natural:**

- a. Acta o Partida de defunción original o copia certificada.
- b. Copia del DNI del asegurado fallecido, en caso esté disponible, y de cada uno de los Beneficiarios, o del tutor en caso corresponda.
- c. Copia del testimonio de la Sucesión Intestada (tratándose del trámite realizado en sede notarial) o de la sentencia judicial firme de la Sucesión Intestada (tratándose del trámite realizado en sede judicial) o del testimonio del Testamento, y Documentos de Identidad de los herederos, en caso corresponda
- d. Información formal del Monto Inicial más Intereses del Crédito por parte de la entidad financiera y el Saldo Deudor, al momento del fallecimiento, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro

**En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar adicionalmente lo siguiente:**

- a. Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
- b. Atestado Policial o Carpeta fiscal completo, si lo hubiere.
- c. Resultado del examen toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.
- d. Resultado del dosaje etílico del Asegurado, si lo hubiere.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

- a. Copia simple DNI del asegurado.
- b. Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, Essalud, Eps o INR
- c. Diagnóstico e historia clínica del médico tratante sobre el accidente que generó la invalidez total y permanente.
- d. Atestado Policial completo, si lo hubiere.
- e. Resultado del dosaje etílico y examen toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.
- f. Información formal del Monto Inicial más Intereses del Crédito por parte de la entidad financiera y el Saldo Deudor, a la fecha del siniestro, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro..

**En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, se deberá presentar adicionalmente lo siguiente:**

- a. Certificación Médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión Médica de AFP).
- b. Diagnóstico e historia clínica del médico tratante sobre la enfermedad que generó la invalidez total y permanente.

Una vez que el Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con XXX (XX) días, para pagar la indemnización correspondiente, contados desde la fecha en que ha recibido la información y/o documentación completa, directamente o a través del Comercializador o del corredor de seguros; este plazo no podrá ser superior a veinte (20) días.

En caso de mora en el pago de la indemnización, la Compañía debe pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, de la moneda en que se encuentre expresado el contrato de Microseguro por todo el tiempo de la mora.

**El Asegurado o Beneficiario, perderán 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 Microseguro otorgados por la presente Póliza.**

#### **ARTÍCULO DECIMO CUARTO: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

Todas las comunicaciones entre la **Compañía** y el **Contratante** deberán ser hechas por los medios de comunicación pactados, mediante mecanismos directos de comunicación, tales como comunicaciones enviadas al domicilio físico, correo electrónico o vía telefónica;. Asimismo, la Compañía mantendrá constancias de la entrega o realización de estas comunicaciones o de los envíos efectuados por medios electrónicos.

En caso de intermediación mediante Corredor de Seguros, todas las comunicaciones que sean cursadas al Contratante y/o al Asegurado se remitirán en copia al Corredor de Seguros al correo electrónico indicado para tal efecto.

Cualquier variación en los medios de comunicación pactados, 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 la variación realizada.

#### **ARTÍCULO DECIMO QUINTO: ATENCIÓN DE CONSULTAS**

Las consultas que quieran presentar el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario, deberán ser realizados a la **Plataforma de Servicio al Cliente de Protecta**, a través de:

- Atención Telefónica: Lima 391-3000 | 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

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

#### **ARTÍCULO DECIMO SEXTO: ATENCIÓN DE RECLAMOS**

Los reclamos que quieran presentar el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario, deberán ser realizados a la **Plataforma de Servicio al Cliente de Protecta**. El plazo máximo para que **Protecta** atienda los reclamos presentados es de quince (15) días calendarios contados desde la presentación del reclamo.

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

- Atención Telefónica: Lima 391-3000 | 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

**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](http://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)**.

#### ARTÍCULO DECIMO SEPTIMO: 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.

#### ARTÍCULO DECIMO OCTAVO: 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 DECIMO NOVENO: CONSIDERACIONES ADICIONALES

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

- 1) La Compañía es responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de microseguros en que incurran el Comercializador, en caso corresponda, y por los perjuicios que se pueda ocasionar al Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario. Ello, sin perjuicio de la responsabilidad que puedan tener el Comercializador frente a la Compañía.
- 2) Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el Microseguro contratado, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía. En este sentido, se entiende que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la Compañía.

- 3) Los pagos efectuados por el Contratante, o terceros encargados del pago, al Comercializador se consideran abonados a la Compañía, en la misma fecha de realización del pago. Asimismo, la Compañía debe prever que el Comercializador lleve el control de dichos pagos.

---

**Protecta S.A.  
Compañía de Seguros**

---

**Contratante**

---

**XX / XX / XXXX  
Fecha de Emisión**

**SOLICITUD – CERTIFICADO DE MICROSEGURO  
MICROSEGURO DE DESGRAVAMEN**

*El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.*

Ramo: MICROSEGUROS	N° de póliza:	Solicitud – Certificado N°:
<b>1. EMPRESA DE SEGUROS</b>		
Razón Social: PROTECTA S.A. Compañía de Seguros		RUC: 20517207331
Domicilio: Avenida Domingo Orué 165 - Piso 8 Surquillo – Lima		
Teléfono: Oficina Principal: 391-3000 / Atención telefónica Provincias: 0-801-1-1278		
Email: <a href="mailto:informes@protecta.com.pe">informes@protecta.com.pe</a>		Página Web: <a href="http://www.protecta.com.pe">www.protecta.com.pe</a>
<b>2. CONTRATANTE</b>		
Razón Social: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		RUC: XXXXXXXXXXXX
Domicilio: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Teléfono: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
<b>3. DATOS DEL ASEGURADO</b>		
Apellidos y Nombres:		DNI:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Udo
Domicilio:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Correo Electronico:		
Desgravamen Importe del Préstamo:	Plazo:	Moneda: <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles

**4. COBERTURA DEL SEGURO**

Vigencia del Seguro:

Fecha de inicio:           XX/XX/XXXX

Fecha de término:        XX/XX/XXXX

- Muerte Natural: En caso del fallecimiento del Asegurado, por causa natural, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado indicado, según el plan elegido para esta cobertura.
- Muerte Accidental: En caso del fallecimiento del Asegurado, por causa directa e inmediata de un accidente, la Compañía Seguradora pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado indicado, según el plan elegido para esta cobertura.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que el fallecimiento sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente.

• Invalidez Total y Permanente por Accidente: En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, por causa directa de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada. Para efecto de la cobertura otorgada por la presente póliza, sólo serán considerados como tal los siguientes casos: estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, fractura accidental e incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; pérdida accidental total de la visión de ambos ojos; pérdida completa por accidente de ambas manos; pérdida completa por accidente de ambos pies; y, pérdida completa por accidente de una mano y un pie.

No se otorgará cobertura en caso ocurra una invalidez que no corresponda a los supuestos indicados.

• Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, por causa directa de una enfermedad, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada. A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentre en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses. La compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración la Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP)

#### **SUMA ASEGURADA**

Es el saldo inicial del préstamo o crédito otorgado al Asegurado.

#### **PRIMA**

La Prima Total del seguro se calculará aplicando la tasa de XXXX% al saldo inicial del préstamo, más los Intereses por Devengar al Inicio del Crédito.

La Prima Total incluye Prima Comercial mas impuestos (Derecho de Emisión (3%) y no afecta a IGV por facturación individual).

PERIODICIDAD DE PAGO DE PRIMA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FORMA DE PAGO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PLAZO PARA EL PAGO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

El incumplimiento del pago de la Prima determina la resolución automática de la Solicitud- Certificado, en cuyo caso la solicitud-certificado de microseguro quedará resuelta a partir de la fecha en que se produjo el incumplimiento en el pago.

Se considera que se produce un incumplimiento en el pago, una vez transcurrido el periodo de gracia de XX días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento prevista para el pago de prima, sin que se haya efectuado el pago; momento en el cual el Asegurado perderá la cobertura contratada.

#### **EXCLUSIONES**

La presente póliza no cubrirá los siniestros que ocurran a consecuencia de:

- a. Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales a aquellas enfermedades diagnosticadas con anterioridad al inicio del seguro.
- b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.
- c. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.
- d. Participación activa en cualquier acto violatorio de la ley, sea como autor, coautor o cómplice, siendo el incumplimiento de esa ley la causa del siniestro.
- e. Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil.



## 5. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

Las indemnizaciones derivadas de la presente póliza, se harán efectivos dentro de los XX días útiles siguientes a la recepción de los documentos completos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), y necesarios para la liquidación. Estos documentos deberán ser presentados a la Compañía o al Contratante del seguro, quién tramitará el pago de la indemnización correspondiente ante la Compañía.

### **En caso de muerte:**

- a. Acta o Partida de Defunción original o copia certificada.
- b. Copia del DNI del asegurado fallecido, en caso este fallecido, y de cada uno de los Beneficiarios, o del tutor en caso corresponda
- c. Copia del testimonio de la Sucesión Intestada (tratándose del trámite realizado en sede notarial) o de la sentencia judicial firme de la Sucesión Intestada (tratándose del trámite realizado en sede judicial) o del testimonio del Testamento, y Documentos de Identidad de los herederos, en caso corresponda
- d. En caso de muerte accidental, adicionalmente se deberá presentar: Protocolo de Necropsia, Atestado Policial o Carpeta Fiscal Completo, Resultado del Dosaje Etílico del Asegurado y Resultado del Examen Toxicológico del Asegurado, si los hubiere
- e. Información formal del Monto Inicial más Intereses del Crédito por parte de la entidad financiera y el Saldo Deudor, al momento del fallecimiento, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro

### **En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se deberá presentar:**

- a. Copia simple DNI del asegurado.
- b. Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, Essalud, Eps o INR
- c. Diagnóstico e historia clínica del médico tratante sobre el accidente que generó la invalidez total y permanente.
- d. Atestado Policial completo, si lo hubiere.
- e. Resultado del dosaje etílico y examen toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.
- f. Información formal del Monto Inicial más Intereses del Crédito por parte de la entidad financiera y el Saldo Deudor, a la fecha del siniestro, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.

### **En el caso de Invalidez Total y Permanente por enfermedad, se deberá presentar adicionalmente lo siguiente**

- a. Certificación Médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión Médica de AFP).
- b. Diagnóstico e historia clínica del médico tratante sobre la enfermedad que generó la invalidez total y permanente.

## 6. DEDUCIBLES, COPAGOS O FRANQUICIAS

No son aplicables para la presente póliza.

## 7. BENEFICIARIOS

Se considerará como beneficiario a la XXXXXXXXXXXX hasta por el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado. La diferencia entre el saldo inicial del préstamo y el saldo insoluto de la deuda en caso de invalidez al asegurado y en el caso de muerte a las siguientes personas.

Nombres y apellidos:	Relación con Asegurado:	Porcentaje:

## 8. INFORMACION ADICIONAL

- a) Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.

- b) Los pagos efectuados por los contratantes, o terceros encargados del pago, al comercializador, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- c) El asegurado tiene derecho a tener acceso o a solicitar copia de la póliza indicada en el encabezado de esta solicitud-certificado de microseguro. De ser requerida, Protecta entregará la póliza en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que se recibió la solicitud del asegurado.
- d) Información de contacto para presentar el aviso de siniestro, la solicitud de cobertura, consultas y reclamos:

**Plataforma de Servicio al Cliente de Protecta**

- Atención Telefónica: Lima 391-3000 | 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

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

**Importante: Este documento no tendrá validez oficial si presenta alteraciones, tachaduras o enmendaduras.**

**XX / XX / XXXX**

---

**Protecta S.A.**

---

**Fecha de Emisión**

**Compañía de Seguros**