



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 18 de mayo de 2017

OFICIO N° 17798 - 2017-SBS

Señor
Gerente General
PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
Av. Domingo Orue N°165, piso 5
SURQUILLO

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

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 2004-2017 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General



epa





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 18 MAYO 2017

Resolución S.B.S
N° 2004 - 2017

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por PROTECTA S.A. Compañía de Seguros (en adelante, la Compañía) con fecha 30 de marzo de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), 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 de Vida";

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. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 de la Ley de Seguros.
- k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.
- l. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
- m. Otras que determine la Superintendencia.

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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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;

Que, en virtud de lo indicado por la Compañía, el referido producto será comercializado sólo mediante corredores de seguros, por lo que no resulta aplicable a la póliza la condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato;

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;

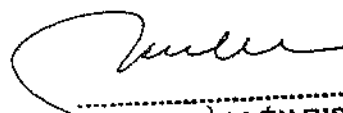
RESUELVE:

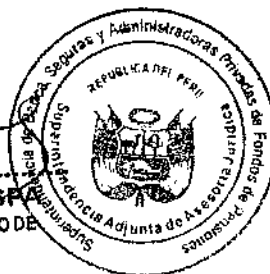
Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Vida", presentadas por PROTECTA S.A. Compañía de Seguros; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de vida. Dichas Condiciones Mínimas 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° VI2097210031

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, la Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Vida", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los 60 días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.


MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO Nº 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO Nº 8: RENOVACION

La Póliza será renovada automáticamente, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

En caso la Compañía decida renovar la Póliza en condiciones distintas a la Póliza anterior, deberá comunicarlo por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. Las nuevas condiciones serán comunicadas al Asegurado de acuerdo a lo previsto en el artículo 22º de las Condiciones Generales.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

En caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario. Del mismo modo, en caso el Contratante decida no renovar la Póliza deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario.

ARTÍCULO Nº 9: PRIMA Y SUSPENSION DE LA COBERTURA

La prima, su modo de calcularla y forma de pago será la indicada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El Contratante y/o Asegurado deberá cancelar las primas en los plazos establecidos, en las oficinas autorizadas por la Compañía o establecimientos autorizados expresamente en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado para el cobro al contado.

El Contratante y/o Asegurado incurrirá en mora si no paga la prima en las fechas establecidas, la cual se produce a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de la prima. En caso de mora la Compañía podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo a la tasa que se pacte en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. El interés moratorio en caso corresponda se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

El incumplimiento de pago de la prima o de una de las cuotas pactadas, en caso de fraccionamiento de primas establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, originará la suspensión de las coberturas, una vez transcurridos treinta (30) días calendario desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya concedido un Periodo de Gracia para el pago. La Compañía comunicará al correo electrónico o domicilio físico o al número de





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

teléfono¹ del Asegurado antes del vencimiento de dicho plazo la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura.

La Compañía no será responsable por los Sinistros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía podrá optar por resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. La Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado quedará resuelta, en el plazo de treinta (30) días calendarios contado a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el Contrato por la Compañía, no procederá la Rehabilitación de la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo, salvo que se establezca un plazo mayor a favor del Contratante y/o Asegurado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, el Contrato de Seguros quedará extinguido. Extinguido el Contrato de Seguros, no procederá la Rehabilitación de la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Sin perjuicio de lo expuesto, la Compañía podrá compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado respectivo, contra la indemnización debida al Asegurado y/o Beneficiario, de corresponder el pago del Sinistro.

ARTICULO N° 12: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo, es decir, sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

12.1. Ausencia de interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.

12.2. Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el Sinistro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

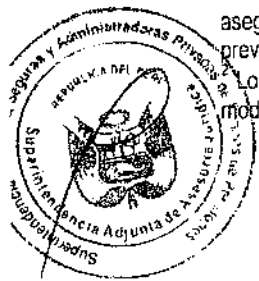
12.3. Por reticencia y/o declaración inexacta, si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado, de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo².

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.

12.4. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia excede los límites de ingreso establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

¹ Se aprueba esta condición, considerando que la Compañía ha informado que las comunicaciones al número de teléfono del asegurado serán debidamente grabadas, al haber indicado que mantendrá un registro de las mismas, a efectos de cumplir con lo previsto en el artículo 7° del Reglamento del Pago de Primas de Pólizas de Seguro (Resolución SBS N° 3198-2013).

² Lo señalado en la presente cláusula, en lo que se refiere a la modificación de las primas, se estima procedente, en tanto dichas modificaciones se sujetarán a lo dispuesto en el artículo 22° del presente Condicionado General.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de nulidad por las causales establecidas en el numeral 12.1, 12.2 y 12.4 la Compañía procederá a devolver las primas pagadas sin intereses, en el plazo de treinta (30) días calendario, pudiendo no obstante descontar los gastos Administrativos incurridos los cuales se encontrarán debidamente sustentados.

En caso de nulidad por la causal establecida en el numeral 12.3 la Compañía retendrá el monto de las primas pagadas acordadas para el primer año de duración a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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 o de una declaración expresa suscrita por el Contratante y/o Asegurado.

Desde el momento en que el Asegurado y/o Contratante incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y nulos los que pudieran haberse generado. El Asegurado y/o Contratante, perderán automáticamente todo derecho a reclamar indemnización relacionado con la Póliza.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios ya hubieran cobrado la indemnización por algún Siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedarán automáticamente obligados frente a la Compañía a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar.

ARTICULO N° 13: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

13.1. La falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

13.2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
13.3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.

13.4. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.

13.5. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La Compañía resolverá el Contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los numerales 13.2 y 13.3. operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Asegurado Titular y/o Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado Titular y/o Contratante. La resolución del certificado operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado Titular, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En el supuesto señalado en el numeral 13.1. la Compañía tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto 13.4 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 13.1, 13.4 y 13.5. el Contratante comunicará a los Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguros.

Las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado, serán las previstas en los numerales 13.1. al 13.5. del artículo 13° de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 15: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Producido el Siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicarlo a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro o del Beneficio. El Siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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

El aviso del Siniestro será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

El Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura por escrito a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La Compañía podrá investigar, revisar, solicitar o comprobar la autenticidad de la información recibida; en general podrá disponer de las medidas necesarias para la sustentación del Siniestro.

ARTÍCULO N° 16: LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía evaluará el Siniestro y procederá a su rechazo o aprobación en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios de recibidos los Documentos Sustentatorios completos, salvo que la Compañía solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de Siniestro se deberán presentar los Documentos Sustentatorios que se detallan a continuación:

16.1. Para la Cobertura de Vida – Muerte Natural

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, en caso de contar con él.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

16.2. Para la Cobertura de Vida – Muerte Accidental

En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Natural, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:

- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

16.3. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

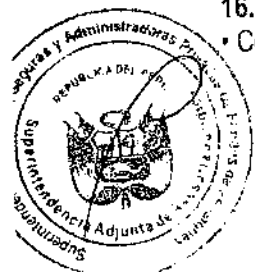
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
- Dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
- Copia simple del Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

16.4. Para la Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe médico en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente).
- Copia de los exámenes y pruebas médicas sobre la Enfermedad.
- Copia simple de la(s) Historia(s) Clínica(s) del Asegurado.
- Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente, en caso corresponda:
 - Infarto al Miocardio: Para confirmar la necrosis, además deberá de entregar:
 - o Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
 - o Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
 - o Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros.
 - Accidente Cerebro Vascular (ACV)
 - o Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
 - Cáncer
 - o Original del Examen histopatológico o anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.

16.5. Para la Cobertura de Indemnización por Hospitalización por Quemadura Accidental

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
- Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.

16.6. Para las Coberturas de Indemnización por Ceguera por Accidente y la de Indemnización por Sordera por Accidente

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
- Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.

16.7. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de Robo

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
- Copia simple del Certificado Médico.
- Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.
- Certificado médico de Invalidez Total y Permanente emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión Médica de AFP)

16.8. Para la Cobertura de Gastos de curación por Accidente a consecuencia de Robo

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
- Copia simple del Certificado Médico.
- Copia simple de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
- Copia simple del documento que acredite el ingreso y alta (salida) del Asegurado.
- Copia de las facturas de los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización.
- Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

16.9. Para la Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental a consecuencia de Robo:

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular, en caso de contar con él.
- Copia simple del Acta de defunción.
- Copia simple del Certificado de defunción.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del protocolo de necropsia que incluya dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
- Copia simple de la Historia Clínica, solo si el ejecutivo de Siniestro o médico auditor lo solicita.

En caso la Compañía requiera documentación adicional relacionada con la evaluación del siniestro para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el primer párrafo del presente artículo, suspendiéndose el plazo hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso se





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

soliciten historias clínicas estas deberán ser en copia simple. Si fuera necesario la Compañía podrá solicitar carta poder del asegurado a fin de gestionar copias foliadas y fedateadas de las historias clínicas.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibida la documentación completa.

En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

En caso de siniestro en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el Siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados.

En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

ARTICULO N° 17: OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

(...)

Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:

17.2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

(...)

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 17.2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

(...)

ARTICULO N° 19: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el Siniestro. Para aquellas coberturas que cubren el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTICULO N° 21: SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTICULO N° 22: MODIFICACION DE LA POLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 20° de las Condiciones Generales.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria.

Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

ARTICULO N° 34: DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

El Asegurado puede revocar su consentimiento por escrito, en cualquier momento. La Compañía desde la recepción del documento que contiene la solicitud de revocación, cesará la cobertura del riesgo, devolviendo la prima pagada al Contratante o Asegurado, según corresponda, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.



RESUMEN
SEGURO DE VIDA

1. Datos de La Compañía:

- Denominación Social: Protecta S.A. Compañía de Seguros
- Dirección: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.
- Teléfono: (01) 391-3030
- Provincias: 0-801-1-1278
- Correo Electrónico: informes@protecta.com.pe
- Web: www.protecta.com.pe

2. Denominación del Producto:

Seguro de Vida

3. Lugar, Forma y Fecha de Pago de la Prima:

LUGAR , FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA
Lugar: X
Forma: X
Fecha: X
El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los XX (XX) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

4. Medio y plazo establecido para el aviso del Siniestro:

- Ocurrido el Siniestro, el Asegurado deberá comunicarlo por escrito a la Compañía y/o al Contratante en un plazo no mayor a xx días.

5. Lugares autorizados por la Compañía para solicitar la cobertura del seguro:

X

6. Medios habilitados por la Compañía para presentar reclamos:

El Contratante y/o Asegurado podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o del Contratante, a través de los siguientes medios:

Compañía de Seguros:

- La central telefónica de la Compañía: X, estará a disposición de los Asegurados de Lunes a Viernes de X am a X pm. Sábado, Domingos y feriados de X am a X pm.
- E-mail: informes@protecta.com.pe
- Página web: www.protecta.com.pe
- Oficina: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.
- Horario de Atención Presencial: De Lunes a Viernes de X am a X pm y de X pm a X pm

Contratante:

Dirección: X.

Horario de Atención Presencial: De Lunes a Viernes de X am a X pm y sábados de X am a X pm. La central telefónica: X y fax X.

7. Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

- Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).
Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9 – San Isidro, Lima - Perú
Teléfono: 421-0614
Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / http://www.defaseg.com.pe
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la protección de la propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

“El presente Seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podrá afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho”.

“Dentro de la vigencia del contrato de seguros el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado”.

INFORMACION DE LA POLIZA**8. Coberturas (artículo 4° de las Condiciones Generales):**

- Muerte Natural
- Muerte Accidental
- Muerte Accidental por accidente de tránsito
- Muerte Accidental a consecuencia de Robo
- Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo
- Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves:
 - Accidente Cerebro Vascular
 - Cáncer
 - Infarto al Miocardio
 - Insuficiencia Renal Crónica Enfermedad Cirugía Aorta Coronaria
 - Trasplante de Órganos
- Indemnización por Ceguera por Accidente
- Indemnización por Sordera por Accidente
- Hospitalización por Quemadura Accidental
- Gastos de Curación por Accidente a consecuencia de Robo

9. Exclusiones: (artículo 6° de las Condiciones Generales):**9.1. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural**

9.1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.

9.1.2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como

- consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- 9.1.3. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, gases o vapores venenosos.
- 9.1.4. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilió el Asegurado.
- 9.1.5. Como consecuencia de tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.
- 9.1.6. Enfermedades o tratamiento médico relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.
- 9.2. Respecto a las Coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental por Accidente de Tránsito, Muerte Accidental por Robo, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Hospitalización Accidental por Quemaduras, Indemnización por Ceguera por Accidente, Indemnización por Sordera por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo.
- 9.2.1. Lesiones preexistentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
- 9.2.2. Participación activa del Asegurado como autor, coautor o cómplice de un acto delictivo, subversivo, terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelga, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas y riñas, salvo en aquellos casos que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
- 9.2.3. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario. Consecuencia de guerra, participación en el servicio militar o policial.
- 9.2.4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motocicletas, motos acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, downhill, trekking, deportes a caballo y artes marciales. También se encuentran excluidos los accidentes en los que se compruebe que el Asegurado infringió las normas de tránsito o leyes vigentes.
- 9.2.5. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas.
- 9.2.6. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.

9.2.7. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen toxicológico u otros de naturaleza similar correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

9.2.8. Adicionalmente aplica la exclusión señalada en el numeral 9.1.3 del presente artículo.

9.3. Respecto a la cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves

9.3.1. Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, las alteraciones isquémicas del sistema vestibular; los accidentes isquémicos transitorios.

9.3.2. Asimismo, se excluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal que duren menos de 24 horas y no generen déficit cerebral permanente.

9.3.3. Procedimientos intra-arteriales como la angioplastia de balón o colocación de stent y similares o la eliminación de una obstrucción mediante rayos laser y la cirugía no invasiva.

9.3.4. Los tumores no malignos o los que representen cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical, la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos, así como los tumores de próstata.

9.3.5. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por examen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark, así como los carcinomas de células escamosas de la piel.

9.3.6. Leucemia linfocítica crónica.

9.3.7. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 9.1.1, 9.1.3, 9.1.4, 9.1.5 y 9.1.6 del presente artículo.

9.4. Respecto a la cobertura de Gastos Curación por Accidente a consecuencia de Robo

9.4.1. Gastos de curación reembolsados por otros seguros.

9.4.2. Tratamiento y/o medicamentos no prescritos por un médico colegiado.

9.4.3. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.

9.4.4. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.5 y 9.2.6.

10. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

EDAD			
Edad Mínima de Ingreso: X.	Edad Máxima de Ingreso: X	Edad	Máxima de

(*)	Permanencia: x (**)
-----	---------------------

(*) Para los Asegurados Dependientes la edad mínima de ingreso será de x año.

(**) La edad máxima de permanencia de los Asegurados Dependientes (hijos) será de XX años, cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso previo, el Asegurado Dependiente (hijo) quedará automáticamente sin cobertura.

11. Derecho de Resolución:

- El Asegurado puede ejercer el derecho de resolución del contrato sin expresión de causa previsto en el numeral 13.4 del artículo 13° de las Condiciones Generales.

12. Modificación de Contrato:

- La modificación de la Póliza se sujetará a lo dispuesto en el artículo 22° de las Condiciones Generales.
- El Contratante podrá aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la Compañía durante la vigencia del contrato.

13. Aviso de Siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura:

- El aviso de siniestro y el procedimiento para la solicitud de cobertura se sujetará a lo dispuesto en el artículo 15° de las Condiciones Generales.

INFORMACION ADICIONAL:

- La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de las coberturas contratadas.

Fecha: X

Firma:

**SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO DE VIDA**

Nro. Póliza: X	Código SBS: VI2097210031	Nro Solicitud Certificado: X
Fecha de Emisión: X	Fecha de Inicio de Vigencia: X	
Nuevo Plan : ____	Ampliación de Plan: ____	

DATOS DE LA COMPAÑÍA		
Denominación o razón social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante "Protecta")		RUC: 20517207331
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.		
Correo Electrónico: informes@protecta.com.pe	Teléfono Lima 391-3030	Provincias 0-801-1-1278
DATOS DEL CONTRATANTE		
Denominación o razón social: X		RUC: X
Domicilio: X		
Correo Electrónico: X	Teléfono X	
DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS		
Denominación o razón social: X		RUC: X
Domicilio: X		
Correo Electrónico: X	Teléfono X	

DATOS DE ASEGURADO TITULAR							
Apellidos:				Nombres:			
DNI/CE				Teléfono(s):			
Fecha de Nacimiento:				Correo Electrónico:			
Dirección:							
Sexo: M ___ F ___		Profesión:		Actividad:			
Centro Educativo:				UGEL:			
Tipo de Servidor:	Docente y/o Nombrado:	Administrativo	Docente y/o Contratado:	Administrativo	Beneficiarios:		Código Modular:
Régimen Laboral:	Activo ___	Cesante ___	Contratado ___	Ley 20530 ___	Ley 19990 ___	Ley 25897 ___	Ley 29944 ___
Relación con el Contratante: X							

DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES						
	Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Sexo M/F	DNI	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)
A1						
A2						
A3						
A4						
A5						
A6						
A7						

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR				
Nombres	Apellidos	DNI	Relación con el Asegurado	Porcentaje

(*) El beneficiario de los Asegurados Dependientes será el Asegurado Titular

EDAD		
Edad mínima de ingreso: X	Edad máxima de ingreso: X	Edad máxima de permanencia: X

COBERTURAS	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años
1. MUERTE NATURAL			
1.1 Muerte Natural Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
1.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2. MUERTE ACCIDENTAL			
2.1 Muerte Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO			
3.1 Muerte Accidental por Accidente de Transito Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
4. MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO			
4.1 Muerte Accidental por Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE			
5.1 Invalidez Total y Permanente por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5.2 Renta por Invalidez Total y Permanente por Accidente (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
6.1 Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de robo Periodo de Carencia: XXX Plazo de Ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente: XXX	X	X	X
7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES			
- Cáncer - Infarto al miocardio - Insuficiencia renal crónica - Cirugía Aorta Coronario - Accidente Cerebro Vascular - Trasplante de Órganos Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE			
8.1 Indemnización por Ceguera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE			
9.1 Indemnización por Sordera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL			
10.1 Hospitalización por Quemadura Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
11.1 Gastos de Curación por Accidente a Consecuencia de Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X

* Producido el siniestro, el Asegurado/ Beneficiario deberá elegir entre el pago de la indemnización en un solo pago o en cuotas iguales.

VIGENCIA	XXXX (*)
Inicio de Vigencia	12:00 horas de XX (**)

Fin de Vigencia	12:00 horas del ultimo dia de XXXX o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero
-----------------	--

(* Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea XXX.

(**) Los Certificados y/o Solicitud-Certificados iniciarán vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida,

RENOVACIÓN
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

PRIMA COMERCIAL (NO TIENE IGV)	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años (por todos los hijos inscritos)
Prima Comercial	X	X	X

Periodicidad de la Prima Comercial: X (Anual, Mensual u otra, según corresponda)

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA:
Lugar: X Forma: X Fecha: X Periodo de Gracia: X Interés Moratorio: X
El Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima y si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

TERRITORIALIDAD
XXXX

IMPORTANTE
<ul style="list-style-type: none"> - La Póliza de Seguro de Grupo No XXXXX suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resume en el presente documento. - El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo a la Compañía, la cual, deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado. - El presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> - El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria. - El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, han tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro. - El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en la Solicitud o Solicitud-Certificado, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía. - El Asegurado notificará a la Compañía por escrito su cambio de domicilio físico y/o correo electrónico y/o número telefónico, de lo contrario cualquier cambio domiciliario o de correo electrónico realizado por el Contratante y/o Asegurado carecerán de valor y efecto, aceptando por válidas todas las notificaciones que la Compañía efectúe al último domicilio físico y/o correo electrónico comunicado por escrito a la Compañía.

- El Asegurado declara conocer la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía y autoriza de forma expresa a la Compañía, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales y datos sensibles de conformidad con lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la Compañía. Asimismo autoriza en forma expresa a que la Compañía encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros.

- **El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**

- **El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

- Mediante la suscripción de la presente Solicitud de seguro, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (MARCAR SI O NO)	A	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
Estatura (metros):								
Peso Actual (Kg):								

Sírvase indicar si usted o alguno de sus dependientes incluidos en esta solicitud padece o ha padecido:	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O
a. Tuberculosis, Silicosis, Neumonía, Lesiones al Corazón o Infartos, Derrame Cerebral, Sida, Epilepsia, Parálisis, Enfermedad Mental.																
b. Enfermedad del Bazo, insuficiencia Renal, Páncreas, Diabetes, Hipertensión Arterial, Meningitis, Enfermedades Físicas o va ser intervenido quirúrgicamente.																
c. Enfermedad congénita o alguna otra enfermedad que haya puesto en riesgo su integridad física.																
d. ¿Usted o alguno de sus dependientes asegurados, ha disminuido considerablemente su peso en los últimos dos años?																
e. ¿Usted o alguno de sus dependientes asegurados, ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha requerido tratamiento por:																
Cancer																
Tumores																
Nodulos																
Bultos																
Leucemia																
Linfoma																
f. ¿A usted o alguno de sus dependientes, le han solicitado o se ha sometido a alguna prueba para descartar cáncer?																

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:	
Enfermedad padecida (s) o tratamiento (s) recomendado (s):	
Fecha:	Duración:
Nombre de Clínica u Hospital:	
Médico Tratante:	
Estado Actual Asegurado:	

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO, EN SEÑAL DE CONFORMIDAD, LA SOLICITUD DE SEGURO.

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS

**SOLICITUD-CERTIFICADO
SEGURO DE VIDA**

Nro. Póliza: X	Código SBS: VI2097210031	Nro Solicitud Certificado: X
Fecha de Emisión: X	Fecha de Inicio de Vigencia: X	
Nuevo Plan : ____	Ampliación de Plan : ____	

DATOS DE LA COMPAÑÍA		
Denominación o razón social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante "Protecta")		RUC: 20517207331
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.		
Correo Electrónico: informes@protecta.com.pe	Teléfono Lima 391-3030	Provincias 0-801-1-1278
DATOS DEL CONTRATANTE		
Denominación o razón social: X		RUC: X
Domicilio: X		
Correo Electrónico: X	Teléfono X	
DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS		
Denominación o razón social: X		RUC: X
Domicilio: X		
Correo Electrónico: X	Teléfono X	

DATOS DE ASEGURADO TITULAR							
Apellidos:				Nombres:			
DNI/CE				Teléfono(s):			
Fecha de Nacimiento:				Correo Electrónico:			
Dirección:							
Sexo: M __ F __		Profesión:		Actividad:			
Centro Educativo:				UGEL:			
Tipo de Servidor:	Docente y/o Nombrado:	Administrativo	Docente y/o Contratado:	Administrativo	Beneficiarios:		Código Modular:
Régimen Laboral:	Activo __	Cesante __	Contratado __	Ley 20530 __	Ley 19990 __	Ley 25897 __	Ley 29944 __
Relación con el Contratante: X							

DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES						
	Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Sexo M/F	DNI	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)
A1						
A2						
A3						
A4						
A5						
A6						
A7						

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR				
Nombres	Apellidos	DNI	Relación con el Asegurado	Porcentaje

(*) El beneficiario de los Asegurados Dependientes será el Asegurado Titular

EDAD

Edad mínima de ingreso: X	Edad máxima de ingreso: X	Edad máxima de permanencia: X
---------------------------	---------------------------	-------------------------------

COBERTURAS	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años
1. MUERTE NATURAL			
1.1 Muerte Natural Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
1.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2. MUERTE ACCIDENTAL			
2.1 Muerte Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO			
3.1 Muerte Accidental por Accidente de Transito Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
4. MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO			
4.1 Muerte Accidental por Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE			
5.1 Invalidez Total y Permanente por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5.2 Renta por Invalidez Total y Permanente por Accidente (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
6.1 Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de robo Periodo de Carencia: XXX Plazo de Ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente: XXX	X	X	X
7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES			
- Cáncer - Infarto al miocardio - Insuficiencia renal crónica - Cirugía Aorta Coronario - Accidente Cerebro Vascular - Trasplante de Órganos Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE			
8.1 Indemnización por Ceguera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE			
9.1 Indemnización por Sordera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL			
10.1 Hospitalización por Quemadura Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
11.1 Gastos de Curación por Accidente a Consecuencia de Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X

* Producido el siniestro, el Asegurado/ Beneficiario deberá elegir entre el pago de la indemnización en un solo pago o en cuotas iguales.

VIGENCIA	XXXX (*)
----------	----------

Inicio de Vigencia	12:00 horas de XX (**)
Fin de Vigencia	12:00 horas del ultimo dia de XXXX o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea XXX.

(**) Los Certificados y/o Solicitud-Certificados iniciarán vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida,

RENOVACIÓN
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

PRIMA COMERCIAL (NO TIENE IGV)	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años (por todos los hijos inscritos)
Prima Comercial	X	X	X

Periodicidad de la Prima Comercial: X (Anual, Mensual u otra, según corresponda)

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA:
Lugar: X Forma: X Fecha: X Periodo de Gracia: X Interés Moratorio: X
El Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima y si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO
XXXX

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES
<p>1. MUERTE NATURAL</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios una indemnización y una renta hasta por la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>2. MUERTE ACCIDENTAL</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza una indemnización y una renta hasta la Suma Asegurada señalada en Solicitud-Certificado y/o Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como Fallecimiento Inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza, adicionalmente a la indemnización que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y/o Certificado si el Asegurado fallece a</p>

consecuencia directa e inmediata de un Accidente de Tránsito.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente de Tránsito. Se entenderá como Fallecimiento Inmediato de un Accidente de Tránsito, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente de Tránsito.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía indemnizará al Beneficiario hasta la Suma Asegurada prevista en la Solicitud-Certificado y/o Certificado y adicionalmente a la indemnización que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, si como consecuencia del Robo, el Asegurado sufriera lesiones que le causaran la muerte y siempre que la muerte se produzca dentro del plazo de noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia Robo, Asalto y/o Secuestro.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado una indemnización y una renta hasta por la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y/o Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente.

Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, adicionalmente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, si como consecuencia del Robo el Asegurado sufriera lesiones que le causaran una Invalidez Total y Permanente siempre que la Invalidez Total y Permanente se produzca dentro del plazo previsto en las Condiciones Particulares, Certificado y/o Solicitud-Certificado, computado desde la fecha de ocurrencia del Robo.

Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

La Compañía pagará al Asegurado una Indemnización hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso de recibir éste por primera vez el diagnóstico de una de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación.

Las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza son:

- Accidente Cerebro Vascular: Enfermedad, que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales, causando secuelas neurológicas que duran más de 24 horas y generan daño irreversible y permanente de tejido cerebral. Incluye las hemorragias intracraneanas, embolias de una fuente extracraneal que duren más de 24 horas y que generen déficit neurológico permanente.
- Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como: la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición, pero no lo están cualquier clase de cáncer sin invasión in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.
- Infarto al Miocardio: Necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis.

Esta cobertura se encuentra limitada a los casos de infarto extenso o los diagnosticados según los códigos I.21, I.21.1., I.21.2., I.21.3 del código internacional de enfermedades CIE-10.

- Insuficiencia Renal Crónica: Enfermedad que se presenta, en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis o trasplante renal.
- Cirugía Aorta coronaria: Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.
- Trasplante de Órganos: Se refiere a toda recepción de trasplante, o inscripción sobre una lista oficial de espera de trasplante de órgano (corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas), generados como consecuencia de una enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requiere ser trasplantado. Asimismo, se considerará como tal a los trasplantes de médula hemopoyética para afecciones no malignas.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE

La Compañía pagará una indemnización al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste pierda totalmente la vista de ambos ojos como consecuencia de un Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE

La Compañía pagará una indemnización al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste pierda totalmente la audición en ambos oídos como consecuencia de un Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste sea hospitalizado por Quemadura Accidental, entendiéndose como tal a la quemadura en segundo (2°) o tercer (3°) grado de la superficie de su cuerpo.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos que el Asegurado haya incurrido como consecuencia de un Robo hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural:

- 1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
- 1.2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- 1.3. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, gases o vapores venenosos.
- 1.4. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilio el Asegurado.
- 1.5. Como consecuencia de tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.
- 1.6. Enfermedades o tratamiento médico relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.

2. Respecto a las Coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental por Accidente de Tránsito, Muerte Accidental por Robo, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Hospitalización Accidental por Quemaduras, Indemnización por Ceguera por Accidente, Indemnización por Sordera por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo:

- 2.1. Lesiones preexistentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
- 2.2. Participación activa del Asegurado como autor, coautor o cómplice de un acto delictivo, subversivo, terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelga, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas y riñas, salvo en aquellos casos que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
- 2.3. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario. Consecuencia de guerra, participación en el servicio militar o policial.
- 2.4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motocicletas, motos acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, downhill, trekking, deportes a caballo y artes marciales. También se encuentran excluidos los accidentes en los que se compruebe que el Asegurado infringió las normas de tránsito o leyes vigentes.
- 2.5. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas.

Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos.

Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.

2.6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen toxicológico u otros de naturaleza similar correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

2.7. Adicionalmente aplica la exclusión señalada en el numeral 1.3 del presente artículo.

3. Respecto a la cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves:

3.1. Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, las alteraciones isquémicas del sistema vestibular; los accidentes isquémicos transitorios.

3.2. Asimismo, se excluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal que duren menos de 24 horas y no generen déficit cerebral permanente.

3.3. Procedimientos intra-arteriales como la angioplastia de balón o colocación de stent y similares o la eliminación de una obstrucción mediante rayos laser y la cirugía no invasiva.

3.4. Los tumores no malignos o los que representen cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical, la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos, así como los tumores de próstata.

3.5. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por exámen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark, así como los carcinomas de células escamosas de la piel.

3.6. Leucemia linfocítica crónica.

3.7. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, y 1.6 del presente artículo.

4. Respecto a la cobertura de Gastos Curación por Accidente a consecuencia de Robo:

4.1. Gastos de curación reembolsados por otros seguros.

4.2. Tratamiento y/o medicamentos no prescritos por un médico colegiado.

4.3. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.

4.4. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 2.1, 2.2, 2.3, 2.5 y 2.6.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, lugar y medio para comunicar el siniestro: X

Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: X

El Asegurado y/o Beneficiario deberá, presentar toda la información y Documentos Sustentatorios siguientes:

1. Para la Cobertura de Vida – Muerte Natural

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, en caso de contar con él.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

2. Para la Cobertura de Vida – Muerte Accidental

En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Natural, será necesaria la presentación de los siguientes

documentos:

- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
 - Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.
3. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
 - Dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
 - Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
 - Copia simple del Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
4. Para la Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Informe médico en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente).
 - Copia de los exámenes y pruebas médicas sobre la Enfermedad.
 - Copia simple de la(s) Historia(s) Clínica(s) del Asegurado.
 - Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente, en caso corresponda:
 - Infarto al Miocardio: Para confirmar la necrosis, además deberá de entregar:
 - o Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
 - o Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
 - o Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros.
 - Accidente Cerebro Vascular (ACV)
 - o Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
 - Cáncer
 - o Original del Examen histopatológico o anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.
5. Para la Cobertura de Indemnización por Hospitalización por Quemadura Accidental
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
 - Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.
6. Para las Coberturas de Indemnización por Ceguera por Accidente y la de Indemnización por Sordera por Accidente
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
 - Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.
7. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Copia simple del Atestado Policial.
 - Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
 - Copia simple del Certificado Médico.
 - Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.
 - Certificado médico de Invalidez Total y Permanente emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión Médica de AFP)
8. Para la Cobertura de Gastos de curación por Accidente a consecuencia de Robo
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Copia simple del Atestado Policial.
 - Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
 - Copia simple del Certificado Médico.

- Copia simple de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
 - Copia simple del documento que acredite el ingreso y alta (salida) del Asegurado.
 - Copia de las facturas de los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización.
 - Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.
9. Para la Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental a consecuencia de Robo:
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular, en caso de contar con él.
 - Copia simple del Acta de defunción.
 - Copia simple del Certificado de defunción.
 - Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
 - Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
 - Copia simple del Atestado Policial.
 - Copia simple del protocolo de necropsia que incluya dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
 - Copia simple de la Historia Clínica, solo si el ejecutivo de Siniestro o médico auditor lo solicita

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro.

En caso la Compañía requiera documentación adicional relacionada con la evaluación del siniestro para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentarios establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentarios, hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso se soliciten historias clínicas estas deberán ser en copia simple. Si fuera necesario la Compañía podrá solicitar carta poder del asegurado a fin de gestionar copias foliadas y fedateadas de las historias clínicas.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro.

En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados.

En caso los documentos están en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú.

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
4. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
5. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesto por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los numerales 2 y 3 operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. La resolución del certificado operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado Titular, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la

Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 1 la Compañía tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto 4 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 1, 4 y 5 el Contratante comunicará a los Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguros.

Las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado, serán las previstas en los numerales 1 al 5.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

1. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
2. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.
3. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.
4. Por fallecimiento del Asegurado.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguros por cualquiera de las causales señaladas sin necesidad de un aviso previo, simultáneo o posterior al Contratante y/o Asegurado.

Las causales de terminación que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 4.

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 20° de las Condiciones Generales.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria.

Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

1. Pagar la prima en las fechas establecidas en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:

2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.
3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. 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 al momento de la celebración del Contrato.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del

Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a proponer una modificación al Contrato de Seguros en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos.

En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o del Contratante, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de la Compañía: X.
- E-mail: informes@protecta.com.pe
- Página web: www.protecta.com.pe / <http://protecta.pe/nosotros/atencion-al-cliente>
- Oficina: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú.
- La central telefónica de XXXX: XXXX.
- E-mail: XXXX / Página web: XXXX
- Oficina: XXXX.

Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información:

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo y número de la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Cualquier diferencia existente entre la Compañía y el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiarios y siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9 – San Isidro, Lima - Perú
Telefax: 421-0614
Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la protección de la propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).

Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario podrá comunicarse también con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

TERRITORIALIDAD

haya puesto en riesgo su integridad física.																			
d. ¿Usted o alguno de sus dependientes asegurados, ha disminuido considerablemente su peso en los últimos dos años?																			
e, ¿Usted o alguno de sus dependientes asegurados, ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha requerido tratamiento por:																			
Cancer	Tumores	Nodulos	Bultos	Leucemia	Linfoma														
f. ¿A usted o alguno de sus dependientes, le han solicitado o se ha sometido a alguna prueba para descartar cáncer?																			

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:	
Enfermedad padecida (s) o tratamiento (s) recomendado (s):	
Fecha:	Duración:
Nombre de Clínica u Hospital:	
Médico Tratante:	
Estado Actual Asegurado:	

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO, RECIBIDO Y FIRMADO LA SOLICITUD-CERTIFICADO ENTREGADA POR EL CONTRATANTE.

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS

**CERTIFICADO
SEGURO DE VIDA**

Nro. Póliza: X	Código SBS: VI2097210031	Nro Certificado: X
Fecha de Emisión: X	Fecha de Inicio de Vigencia: X	

DATOS DE LA COMPAÑÍA		
Denominación o razón social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante "Protecta")		RUC: 20517207331
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.		
Correo Electrónico: informes@protecta.com.pe	Teléfono Lima 391-3030	Provincias 0-801-1-1278
DATOS DEL CONTRATANTE		
Denominación o razón social: X		RUC: X
Domicilio: X		
Correo Electrónico: X	Teléfono X	
DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS		
Denominación o razón social: X		RUC: X
Domicilio: X		
Correo Electrónico: X	Teléfono X	

DATOS DE ASEGURADO TITULAR							
Apellidos:				Nombres:			
DNI/CE				Teléfono(s):			
Fecha de Nacimiento:				Correo Electrónico:			
Dirección:							
Sexo: M ___ F ___		Profesión:		Actividad:			
Centro Educativo:				UGEL:			
Tipo de Servidor:	Docente y/o Nombrado:	Administrativo	Docente y/o Contratado:	Administrativo	Beneficiarios:		Código Modular:
Régimen Laboral:	Activo ___	Cesante ___	Contratado ___	Ley 20530 ___	Ley 19990 ___	Ley 25897 ___	Ley 29944 ___
Relación con el Contratante: X							

DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES						
	Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Sexo M/F	DNI	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)
A1						
A2						
A3						
A4						
A5						
A6						
A7						

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR				
Nombres	Apellidos	DNI	Relación con el Asegurado	Porcentaje

(*) El beneficiario de los Asegurados Dependientes será el Asegurado Titular

EDAD		
Edad mínima de ingreso: X	Edad máxima de ingreso: X	Edad máxima de permanencia: X

COBERTURAS	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años
1. MUERTE NATURAL			
1.1 Muerte Natural Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
1.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2. MUERTE ACCIDENTAL			
2.1 Muerte Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO			
3.1 Muerte Accidental por Accidente de Transito Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
4. MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO			
4.1 Muerte Accidental por Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE			
5.1 Invalidez Total y Permanente por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5.2 Renta por Invalidez Total y Permanente por Accidente (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
6.1 Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de robo Periodo de Carencia: XXX Plazo de Ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente: XXX	X	X	X
7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES			
- Cáncer - Infarto al miocardio - Insuficiencia renal crónica - Cirugía Aorta Coronario - Accidente Cerebro Vascular - Trasplante de Órganos Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE			
8.1 Indemnización por Ceguera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE			
9.1 Indemnización por Sordera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL			
10.1 Hospitalización por Quemadura Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
11.1 Gastos de Curación por Accidente a Consecuencia de Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X

* Producido el siniestro, el Asegurado/ Beneficiario deberá elegir entre el pago de la indemnización en un solo pago o en cuotas iguales.

VIGENCIA	XXXX (*)
Inicio de Vigencia	12:00 horas de XX (**)
Fin de Vigencia	12:00 horas del ultimo día de XXXX o de la fecha en que el

	Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero
--	---

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aun cuando la vigencia de la Póliza sea XXX.

(**) Los Certificados y/o Solicitud-Certificados iniciarán vigencia a las 12.00 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida,

RENOVACIÓN
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

PRIMA COMERCIAL (NO TIENE IGV)	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años (por todos los hijos inscritos)
Prima Comercial	X	X	X

Periodicidad de la Prima Comercial: X (Anual, Mensual u otra, según corresponda)

LUGAR, FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA:
Lugar: X Forma: X Fecha: X Periodo de Gracia: X Interés Moratorio: X
El Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima y si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO
XXXX

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES
<p>1. MUERTE NATURAL</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios una indemnización y una renta hasta por la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>2. MUERTE ACCIDENTAL</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza una indemnización y una renta hasta la Suma Asegurada señalada en Solicitud-Certificado y/o Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como Fallecimiento Inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza, adicionalmente a la indemnización que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y/o Certificado si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente de Tránsito. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las</p>

lesiones originadas por el Accidente de Tránsito. Se entenderá como Fallecimiento Inmediato de un Accidente de Tránsito, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente de Tránsito.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía indemnizará al Beneficiario hasta la Suma Asegurada prevista en la Solicitud-Certificado y/o Certificado y adicionalmente a la indemnización que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, si como consecuencia del Robo, el Asegurado sufriera lesiones que le causaran la muerte y siempre que la muerte se produzca dentro del plazo de noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia Robo, Asalto y/o Secuestro.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado una indemnización y una renta hasta por la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y/o Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente.

Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, adicionalmente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, si como consecuencia del Robo el Asegurado sufriera lesiones que le causaran una Invalidez Total y Permanente siempre que la Invalidez Total y Permanente se produzca dentro del plazo previsto en las Condiciones Particulares, Certificado y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, computado desde la fecha de ocurrencia del Robo.

Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

La Compañía pagará al Asegurado una Indemnización hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso de recibir éste por primera vez el diagnóstico de una de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación.

Las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza son:

- Accidente Cerebro Vascular: Enfermedad, que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales, causando secuelas neurológicas que duran más de 24 horas y generan daño irreversible y permanente de tejido cerebral. Incluye las hemorragias intracraneanas, embolias de una fuente extracraneal que duren más de 24 horas y que generen déficit neurológico permanente.
- Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como: la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición, pero no lo están cualquier clase de cáncer sin invasión in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.
- Infarto al Miocardio: Necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis.

Esta cobertura se encuentra limitada a los casos de infarto extenso o los diagnosticados según los códigos I.21, I.21.1., I.21.2., I.21.3 del código internacional de enfermedades CIE-10.

- Insuficiencia Renal Crónica: Enfermedad que se presenta, en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis o trasplante renal.
- Cirugía Aorta coronaria: Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.
- Trasplante de Órganos: Se refiere a toda recepción de trasplante, o inscripción sobre una lista oficial de espera de trasplante de órgano (corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas), generados como consecuencia de una enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requiere ser trasplantado. Asimismo, se considerará como tal a los trasplantes de médula hemopoyética para afecciones no malignas.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE

La Compañía pagará una indemnización al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste pierda totalmente la vista de ambos ojos como consecuencia de un Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE

La Compañía pagará una indemnización al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste pierda totalmente la audición en ambos oídos como consecuencia de un Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste sea hospitalizado por Quemadura Accidental, entendiéndose como tal a la quemadura en segundo (2°) o tercer (3°) grado de la superficie de su cuerpo.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos que el Asegurado haya incurrido como consecuencia de un Robo hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

1. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural:

- 1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
- 1.2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- 1.3. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, gases o vapores venenosos.
- 1.4. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilio el Asegurado.
- 1.5. Como consecuencia de tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.
- 1.6. Enfermedades o tratamiento médico relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.

2. Respecto a las Coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental por Accidente de Tránsito, Muerte Accidental por Robo, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Hospitalización Accidental por Quemaduras, Indemnización por Ceguera por Accidente, Indemnización por Sordera por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo:

- 2.1. Lesiones preexistentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
- 2.2. Participación activa del Asegurado como autor, coautor o cómplice de un acto delictivo, subversivo, terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelga, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas y riñas, salvo en aquellos casos que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
- 2.3. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario. Consecuencia de guerra, participación en el servicio militar o policial.
- 2.4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motocicletas, motos acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, downhill, trekking, deportes a caballo y artes marciales. También se encuentran excluidos los accidentes en los que se compruebe que el Asegurado infringió las normas de tránsito o leyes vigentes.
- 2.5. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas.

Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos.

Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.

2.6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen toxicológico u otros de naturaleza similar correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

2.7. Adicionalmente aplica la exclusión señalada en el numeral 1.3 del presente artículo.

3. Respecto a la cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves:

3.1. Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, las alteraciones isquémicas del sistema vestibular; los accidentes isquémicos transitorios.

3.2. Asimismo, se excluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal que duren menos de 24 horas y no generen déficit cerebral permanente.

3.3. Procedimientos intra-arteriales como la angioplastia de balón o colocación de stent y similares o la eliminación de una obstrucción mediante rayos laser y la cirugía no invasiva.

3.4. Los tumores no malignos o los que representen cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical, la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos, así como los tumores de próstata.

3.5. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por exámen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark, así como los carcinomas de células escamosas de la piel.

3.6. Leucemia linfocítica crónica.

3.7. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, y 1.6 del presente artículo.

4. Respecto a la cobertura de Gastos Curación por Accidente a consecuencia de Robo:

4.1. Gastos de curación reembolsados por otros seguros.

4.2. Tratamiento y/o medicamentos no prescritos por un médico colegiado.

4.3. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.

4.4. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 2.1, 2.2, 2.3, 2.5 y 2.6.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, lugar y medio para comunicar el siniestro: X

Lugar para presentar la Solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: X

El Asegurado y/o Beneficiario deberá, presentar toda la información y Documentos Sustentatorios siguientes:

1. Para la Cobertura de Vida – Muerte Natural

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, en caso de contar con él.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

2. Para la Cobertura de Vida – Muerte Accidental

En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Natural, será necesaria la presentación de los siguientes

documentos:

- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
 - Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.
3. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
 - Dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
 - Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
 - Copia simple del Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
4. Para la Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Informe médico en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente).
 - Copia de los exámenes y pruebas médicas sobre la Enfermedad.
 - Copia simple de la(s) Historia(s) Clínica(s) del Asegurado.
 - Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente, en caso corresponda:
 - Infarto al Miocardio: Para confirmar la necrosis, además deberá de entregar:
 - o Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
 - o Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
 - o Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros.
 - Accidente Cerebro Vascular (ACV)
 - o Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
 - Cáncer
 - o Original del Examen histopatológico o anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.
5. Para la Cobertura de Indemnización por Hospitalización por Quemadura Accidental
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
 - Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.
6. Para las Coberturas de Indemnización por Ceguera por Accidente y la de Indemnización por Sordera por Accidente
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
 - Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.
7. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Copia simple del Atestado Policial.
 - Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
 - Copia simple del Certificado Médico.
 - Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.
 - Certificado médico de Invalidez Total y Permanente emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión Médica de AFP)
8. Para la Cobertura de Gastos de curación por Accidente a consecuencia de Robo
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
 - Copia simple del Atestado Policial.
 - Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
 - Copia simple del Certificado Médico.

- Copia simple de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
 - Copia simple del documento que acredite el ingreso y alta (salida) del Asegurado.
 - Copia de las facturas de los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización.
 - Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.
9. Para la Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental a consecuencia de Robo:
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular, en caso de contar con él.
 - Copia simple del Acta de defunción.
 - Copia simple del Certificado de defunción.
 - Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
 - Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
 - Copia simple del Atestado Policial.
 - Copia simple del protocolo de necropsia que incluya dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
 - Copia simple de la Historia Clínica, solo si el ejecutivo de Siniestro o médico auditor lo solicita

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro.

En caso la Compañía requiera documentación adicional relacionada con la evaluación del siniestro para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentarios establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentarios, hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso se soliciten historias clínicas estas deberán ser en copia simple. Si fuera necesario la Compañía podrá solicitar carta poder del asegurado a fin de gestionar copias foliadas y fedateadas de las historias clínicas.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro.

En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados.

En caso los documentos están en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú.

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
4. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
5. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesto por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los numerales 2 y 3 operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. La resolución del certificado operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado Titular, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la

Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 1 la Compañía tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto 4 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 1, 4 y 5 el Contratante comunicará a los Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguros.

Las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado, serán las previstas en los numerales 1 al 5.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

1. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
2. Cuando el Asegurado haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.
3. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.
4. Por fallecimiento del Asegurado.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguros por cualquiera de las causales señaladas sin necesidad de un aviso previo, simultáneo o posterior al Contratante y/o Asegurado.

Las causales de terminación que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado serán las previstas en los numerales 1 al 4.

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 20° de las Condiciones Generales.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria.

Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

1. Pagar la prima en las fechas establecidas en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:

2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.
3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. 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 al momento de la celebración del Contrato.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del

Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a proponer una modificación al Contrato de Seguros en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos.

En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o del Contratante, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de la Compañía: X.
- E-mail: informes@protecta.com.pe
- Página web: www.protecta.com.pe / <http://protecta.pe/nosotros/atencion-al-cliente>
- Oficina: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú.
- La central telefónica de XXXX: XXXX.
- E-mail: XXXX / Página web: XXXX
- Oficina: XXXX.

Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información:

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo y número de la Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Cualquier diferencia existente entre la Compañía y el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiarios y siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9 – San Isidro, Lima - Perú
Telefax: 421-0614
Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la protección de la propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).

Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario podrá comunicarse también con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

TERRITORIALIDAD

XXXX

IMPORTANTE

- La Póliza de Seguro de Grupo No XXXXX suscrita entre la Compañía y el Contratante, se rige por las condiciones que se resume en el presente documento.
- El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo a la Compañía, la cual, deberá ser entregada en un plazo máximo de 15 (quince) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.
- El presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, han tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.
- El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en la Solicitud-Certificado o Solicitud de Seguro, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía.
- El Asegurado notificará a la Compañía por escrito su cambio de domicilio físico y/o correo electrónico y/o número telefónico, de lo contrario cualquier cambio domiciliario o de correo electrónico realizado por el Contratante y/o Asegurado carecerán de valor y efecto, aceptando por válidas todas las notificaciones que la Compañía efectúe al último domicilio físico y/o correo electrónico comunicado por escrito a la Compañía.
- El Asegurado declara conocer la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía y autoriza de forma expresa a la Compañía, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales y datos sensibles de conformidad con lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, ejecución de los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la Compañía. Asimismo autoriza en forma expresa a que la Compañía encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado o no con dichos terceros.
- **El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**
- **El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**
- Mediante la suscripción del presente Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

DECLARO HABER LEÍDO, ACEPTADO RECIBIDO Y FIRMADO EL CERTIFICADO ENTREGADO POR EL CONTRATANTE.

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE VIDA

ARTÍCULO N° 1	OBJETO DEL CONTRATO
ARTÍCULO N° 2	DEFINICIONES
ARTÍCULO N° 3	PERSONAS ASEGURABLES
ARTÍCULO N° 4	COBERTURAS
ARTICULO N° 5	BENEFICIARIOS
ARTICULO N° 6	EXCLUSIONES
ARTICULO N° 7	VIGENCIA
ARTICULO N° 8	RENOVACION
ARTICULO N° 9	PRIMA Y SUSPENSION DE LA COBERTURA
ARTICULO N° 10	REHABILITACION
ARTICULO N° 11	RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA NO DOLOSA
ARTICULO N° 12	NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS
ARTICULO N° 13	RESOLUCION DEL CONTRATO DE SEGUROS
ARTÍCULO N° 14	TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS
ARTÍCULO N° 15	AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA
ARTÍCULO N° 16	LIQUIDACION Y PAGO DE SINIESTROS
ARTICULO N° 17	OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO
ARTICULO N° 18	TRIBUTOS
ARTICULO N° 19	PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA
ARTICULO N° 20	COMUNICACIONES
ARTICULO N° 21	SOLUCION DE CONTROVERSIAS
ARTICULO N° 22	MODIFICACION DE LA POLIZA

ARTICULO N° 23	PREDOMINIO DE CONDICIONES Y CLAUSULAS
ARTICULO N° 24	DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA
ARTICULO N° 25	MONEDA DEL CONTRATO
ARTICULO N° 26	ATENCION DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE
ARTICULO N° 27	INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS
ARTICULO N° 28	TERRITORIALIDAD
ARTICULO N° 29	CORREDORES DE SEGUROS
ARTICULO N° 30	REGISTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES
ARTICULO N° 31	INDISPUTABILIDAD
ARTICULO N° 32	PÓLIZA ELECTRÓNICA
ARTICULO N° 33	DECLARACION
ARTICULO N° 34	DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud-Certificado y/o Solicitud de Seguro o en la comunicación escrita presentada por el Contratante y/o Asegurado, 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 de Vida”, Condiciones Particulares, Especiales, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza (en adelante, 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:

ARTÍCULO N° 1: OBJETO DEL CONTRATO

En virtud del presente contrato de seguro, el Contratante y/o Asegurado se obliga al pago de la prima convenida y la Compañía sujeta a los términos y condiciones de esta Póliza, a pagar la indemnización prevista para cada una de las Coberturas hasta la Suma Asegurada prevista en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, previa deducción de cualquier obligación a favor de la Compañía, de acuerdo a lo términos y condiciones contenidos en la Póliza.

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza, las palabras señaladas a continuación, tendrán el significado siguiente:

- **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que ocasione daños al 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 hechos derivados de infarto de miocardio, ataque epiléptico, apoplejías, sincopes, accidente cerebro vascular, desvanecimiento, sonambulismo y trastornos mentales; así como aquellos originados o como repercusión o consecuencia de estos eventos, episodios o crisis. Tampoco son considerados como Accidentes los derivados de negligencia médica o mala praxis.
- **Accidente Cerebro Vascular:** Enfermedad, que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales, causando secuelas neurológicas que duran más de 24 horas y generan daño irreversible y permanente de tejido cerebral. Incluye las hemorragias intracraneanas, embolias de una fuente extracraneal que duren más de 24 horas y que generen déficit neurológico permanente.
- **Asegurado:** Es la persona natural designada como tal en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, titular del interés asegurable y que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. Comprende al Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente.
- **Asegurado Dependiente:** Son los dependientes del Asegurado Titular especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. Los Asegurados Dependientes serán considerados Asegurados hasta alcanzar el límite de edad establecido en las Condiciones

Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado y mantendrán su condición de tales mientras el Asegurado Titular lo sea.

- **Asegurado Titular:** Es el Asegurado que mantiene una relación con el Contratante y especificado en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Beneficiario:** Es el Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la Póliza. Podrá ser el Contratante, Asegurado y/o los herederos legales del Asegurado dependiendo de las coberturas contenidas en la Póliza y según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Cáncer:** Enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como: la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición, pero no lo están cualquier clase de cáncer sin invasión in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.
- **Certificado:** Documento que se emite en el caso de seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada.
- **CIE-10:** Clasificación internacional de enfermedades, décima versión.
- **Cirugía Aorta Coronaria:** Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento, estenosis o bloqueo, por medio de una revascularización by pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.
- **Cláusulas Adicionales:** Son Condiciones Especiales que tienen por objeto incorporar coberturas adicionales a las coberturas establecidas en las Condiciones Generales.
- **Coma:** Pérdida irreversible de la función cerebral por cualquier causa, excepto por abuso de alcohol o drogas.
- **Condiciones Especiales:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por la Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguros. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza.
- **Condiciones Particulares:** Documento que contiene las estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes contratantes, la designación del Asegurado y el Beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la Suma Asegurada, el alcance de la cobertura, el importe de la prima, el lugar y forma de pago de la prima, la vigencia de la Póliza y demás condiciones de aseguramiento.
- **Contratante:** Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y que figura como tal en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Documentos Sustentatorios:** Son todos aquellos documentos establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado que deberán presentar el Asegurado y/o Beneficiario para sustentar y acreditar el Siniestro.
- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida y mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que ha sido suscrito y aprobado por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta Póliza y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo, y que conlleve un tratamiento médico o quirúrgico.

- **Fallecimiento inmediato a consecuencia de un Accidente:** Aquél que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.
- **Fecha de Siniestro:** Corresponde a la fecha de ocurrencia del Siniestro.
- **Fecha de Aviso:** Corresponde al día y hora en que se recibió, por parte de la Compañía o de quién ésta designe para tal efecto, el aviso de Siniestro.
- **Infarto al Miocardio:** Necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva por la oclusión permanente o transitoria del tronco principal o de una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan sangre al músculo cardíaco, que no permite la nutrición a la zona afectada y por tanto produce la necrosis.
- **Insuficiencia Renal Crónica:** Enfermedad que se presenta, en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones y/o de la función renal, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis o trasplante renal.
- **Interés Asegurable:** Requisito que debe concurrir en el Asegurado quien desea las coberturas contenidas en la Póliza, reflejado en su deseo sincero que el Siniestro no se produzca ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.
- **Muerte Accidental:** Es el fallecimiento producido como consecuencia de un Accidente.
- **Muerte Natural:** Muerte producida como consecuencia de una Enfermedad o no causada por un Accidente.
- **Periodo de Carencia:** Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que entre en vigor la cobertura y que se computa desde la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza. El Periodo de Carencia aplicable a cada cobertura se establecerá en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Periodo de Gracia:** Periodo adicional otorgado por la Compañía para el pago de la prima. El Periodo de Gracia en caso lo hubiere será determinado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Póliza:** Documento que formaliza el consentimiento del presente Contrato de Seguro, en el que se reflejan las condiciones que de manera general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía y el Contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del Contrato de Seguro.
- **Preexistencia:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento de la celebración del Contrato de Seguros.
- **Robo:** Apoderamiento ilegítimo de un Bien total o parcialmente ajeno, para aprovecharse de él, sustrayéndolo del lugar en que se encuentra, empleando violencia contra la persona o amenazándola con un peligro inminente para su vida o integridad física. Incluye el Robo por Asalto y/o Secuestro.
- **Siniestro:** Manifestación del riesgo asegurado y amparado bajo las coberturas de la Póliza.
- **Solicitud de Seguro:** Constancia de voluntad de contratar el Seguro.
- **Solicitud-Certificado:** Documento que se emite en caso de un seguro de grupo y que incorpora la Solicitud de Seguro.
- **Solicitud de cobertura:** Solicitud efectuada por el Asegurado o Beneficiario ante la Compañía por la ocurrencia de un Siniestro respecto a la cobertura de seguro contratada y que se formaliza con la presentación del Formulario de Siniestro.

- **Suma Asegurada:** Monto máximo que la Compañía garantiza pagar al Asegurado en caso de ocurrir un Siniestro cubierto por la Póliza.
- **Trasplante de Órganos:** Se refiere a toda recepción de trasplante, o inscripción sobre una lista oficial de espera de trasplante de órgano (corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas), generados como consecuencia de una enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requiere ser trasplantado. Asimismo, se considerará como tal a los trasplantes de médula hemopoyética para afecciones no malignas.
- **Vehículo de Carga:** Vehículo motorizado destinado al transporte de mercancías, puede contar con equipos adicionales para prestación de servicios especializados.

ARTÍCULO N° 3: PERSONAS ASEGURABLES

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza cualquier persona que tenga interés asegurable, sea residente en la República del Perú y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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 y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, permaneciendo como Asegurados de la Póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia. Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso previo al Contratante y/o Asegurado, éste último quedará automáticamente sin cobertura.

La edad mínima y máxima de ingreso y la edad máxima de permanencia serán establecidas en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse con documento fehaciente en los casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del Siniestro amparado por este Contrato de Seguro.

Si la edad real del Asegurado no fuese la correcta y superase la edad máxima de ingreso fijados por la Compañía para expedir la presente Póliza, se dará por nulo el seguro respectivo, quedando la Compañía liberada de cualquier obligación.

ARTÍCULO N° 4: COBERTURAS

4.1. MUERTE NATURAL

La Compañía pagará a los Beneficiarios una indemnización y una renta hasta por la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguros y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural del Asegurado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.2. MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza una indemnización y una renta hasta la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como Fallecimiento Inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO

La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza, adicionalmente a la indemnización que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente de Tránsito.

Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente de Tránsito. Se entenderá como Fallecimiento Inmediato de un Accidente de Tránsito, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente de Tránsito.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.4. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía indemnizará al Beneficiario hasta la Suma Asegurada prevista en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, y adicionalmente a la indemnización que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, si como consecuencia del Robo, el Asegurado sufriera lesiones que le causaran la muerte y siempre que la muerte se produzca dentro del plazo de noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia Robo, Asalto y/o Secuestro.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado una indemnización y una renta hasta por la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado si el Asegurado incurre en una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente.

Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, adicionalmente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, si como consecuencia del Robo el Asegurado sufriera lesiones que le causaran una Invalidez Total y Permanente siempre que la Invalidez Total y Permanente se produzca dentro del plazo previsto en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, computado desde la fecha de ocurrencia del Robo.

Se considera que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de un Accidente presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y formalizado por las entidades competentes.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones", regulado por la Resolución N° 232-98/EEF/SAFP y sus normas modificatorias y complementarias.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

La Compañía pagará al Asegurado una Indemnización hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso de recibir éste por primera vez el diagnóstico de una de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación.

Las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza son:

- Accidente Cerebro Vascular.
- Cáncer.
- Infarto al Miocardio.

Esta cobertura se encuentra limitada a los casos de infarto extenso o los diagnosticados según los códigos I.21, I.21.1., I.21.2., I.21.3 del código internacional de enfermedades CIE-10.

- Insuficiencia Renal Crónica.
- Cirugía Aorta coronaria.
- Trasplante de Órganos.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE

La Compañía pagará una indemnización al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste pierda totalmente la vista de ambos ojos como consecuencia de un Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE

La Compañía pagará una indemnización al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste pierda totalmente la audición en ambos oídos como consecuencia de un Accidente.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL

La Compañía reembolsará al Asegurado hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado en caso éste sea hospitalizado por Quemadura Accidental, entendiéndose como tal a la quemadura en segundo (2°) o tercer (3°) grado de la superficie de su cuerpo.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

4.11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos que el Asegurado haya incurrido como consecuencia de un Robo hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

ARTÍCULO N° 5: BENEFICIARIOS

Si se designa varios Beneficiarios, sin indicación de porcentajes o importes, se entiende que el beneficio es en partes iguales.

A falta de designación de Beneficiarios por parte del Asegurado, se entiende que los Beneficiarios serán los Herederos Legales.

Si un Beneficiario falleciera durante el proceso de liquidación del Siniestro, la indemnización que le correspondiese será pagada a los Herederos Legales de dicho Beneficiario fallecido.

ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre los Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

6.1. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural:

6.1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.

6.1.2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.

- 6.1.3. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, gases o vapores venenosos.
 - 6.1.4. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilío el Asegurado.
 - 6.1.5. Como consecuencia de tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.
 - 6.1.6. Enfermedades o tratamiento médico relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.
- 6.2. Respecto a las Coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental por Accidente de Tránsito, Muerte Accidental por Robo, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Hospitalización Accidental por Quemaduras, Indemnización por Ceguera por Accidente, Indemnización por Sordera por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo:
- 6.2.1. Lesiones preexistentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
 - 6.2.2. Participación activa del Asegurado como autor, coautor o cómplice de un acto delictivo, subversivo, terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelga, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas y riñas, salvo en aquellos casos que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
 - 6.2.3. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario. Consecuencia de guerra, participación en el servicio militar o policial.
 - 6.2.4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motocicletas, motos acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, downhill, trekking, deportes a caballo y artes marciales. También se encuentran excluidos los accidentes en los que se compruebe que el Asegurado infringió las normas de tránsito o leyes vigentes.
 - 6.2.5. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas.
Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.
 - 6.2.6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo. Se

considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen toxicológico u otros de naturaleza similar correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

6.2.7. Adicionalmente aplica la exclusión señalada en el numeral 6.1.3 del presente artículo.

- 6.3. Respecto a la cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves:**
- 6.3.1. Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, las alteraciones isquémicas del sistema vestibular; los accidentes isquémicos transitorios.
 - 6.3.2. Asimismo, se excluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal que duren menos de 24 horas y no generen déficit cerebral permanente.
 - 6.3.3. Procedimientos intra-arteriales como la angioplastia de balón o colocación de stent y similares o la eliminación de una obstrucción mediante rayos laser y la cirugía no invasiva.
 - 6.3.4. Los tumores no malignos o los que representen cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical, la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos, así como los tumores de próstata.
 - 6.3.5. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por exámen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark, así como los carcinomas de células escamosas de la piel.
 - 6.3.6. Leucemia linfocítica crónica.
 - 6.3.7. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 6.1.1, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5, y 6.1.6 del presente artículo.

- 6.4. Respecto a la cobertura de Gastos Curación por Accidente a consecuencia de Robo:**
- 6.4.1. Gastos de curación reembolsados por otros seguros.
 - 6.4.2. Tratamiento y/o medicamentos no prescritos por un médico colegiado.
 - 6.4.3. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.
 - 6.4.4. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.5 y 6.2.6.

ARTÍCULO N° 7: VIGENCIA

La cobertura del seguro que la Compañía asume por el presente Contrato de Seguro tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura del seguro comienza a las 12.00 horas del día en que se inicia la vigencia y termina a las 12.00 horas del último día de vigencia.

ARTÍCULO N° 8: RENOVACION

La Póliza será renovada automáticamente, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

En caso la Compañía decida renovar la Póliza en condiciones distintas a la Póliza anterior, deberá comunicarlo por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. Las nuevas condiciones serán comunicadas al Asegurado de acuerdo a lo previsto en el artículo 22° de las Condiciones Generales.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

En caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario. Del mismo modo, en caso el Contratante decida no renovar la Póliza deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario.

ARTÍCULO N° 9: PRIMA Y SUSPENSION DE LA COBERTURA

La prima, su modo de calcularla y forma de pago será la indicada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El Contratante y/o Asegurado deberá cancelar las primas en los plazos establecidos, en las oficinas autorizadas por la Compañía o establecimientos autorizados expresamente en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado para el cobro al contado.

El Contratante y/o Asegurado incurrirá en mora si no paga la prima en las fechas establecidas, la cual se produce a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de la prima. En caso de mora la Compañía podrá cobrar intereses moratorios, de acuerdo a la tasa que se pacte en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. El interés moratorio en caso corresponda se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

El incumplimiento de pago de la prima o de una de las cuotas pactadas, en caso de fraccionamiento de primas establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-

Certificado y/o Certificado, originará la suspensión de las coberturas, una vez transcurridos treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya concedido un Período de Gracia para el pago. La Compañía comunicará al correo electrónico o domicilio físico o al número de teléfono del Asegurado antes del vencimiento de dicho plazo la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura.

La Compañía no será responsable por los Siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía podrá optar por resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. La Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado quedará resuelta, en el plazo de treinta (30) días calendarios contado a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el Contrato por la Compañía, no procederá la Rehabilitación de la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo, salvo que se establezca un plazo mayor a favor del Contratante y/o Asegurado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, el Contrato de Seguros quedará extinguido. Extinguido el Contrato de Seguros, no procederá la Rehabilitación de la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Sin perjuicio de lo expuesto, la Compañía podrá compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado respectivo, contra la indemnización debida al Asegurado y/o Beneficiario, de corresponder el pago del Siniestro.

ARTÍCULO N° 10: REHABILITACION

La Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado podrá ser rehabilitada por la Compañía a futuro, a opción del Asegurado, en caso ésta se encuentre en suspenso por falta de pago de las primas, si se paga el total de las primas o cuotas vencidas y siempre que la Compañía no haya expresado su decisión de resolver el contrato conforme a lo establecido en el Artículo 9° del presente Condicionado o haya operado la extinción del Contrato de Seguros.

La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0.00) horas del día siguiente en que el Contratante y/o Asegurado paguen el total de las primas vencidas.

ARTÍCULO N° 11: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA NO DOLOSA

En los casos en los que se verifique la existencia de reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado y éstas no obedezcan a dolo o culpa inexcusable y siempre que sea constatada antes que se

produzca el Siniestro, la Compañía ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días calendarios computado desde la referida constatación. El ofrecimiento de la Compañía debe contener un ajuste de primas o un ajuste en la cobertura.

El Contratante tendrá un plazo de diez (10) días calendarios para aceptar o rechazar el ofrecimiento. El plazo se computará desde el día siguiente de la recepción del ofrecimiento. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado.

A falta de aceptación, la Compañía puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Contratante, de acuerdo a lo previsto en el numeral 13.5 del artículo 13° del presente Condicionado General. Corresponderá a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectúe la resolución.

En los casos en los que de manera posterior a la ocurrencia del Siniestro se verifique la existencia de reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, y éstas no obedezcan a dolo o culpa inexcusable, la Compañía reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo.

ARTICULO N° 12: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo, es decir, sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

- 12.1. Ausencia de interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.**
- 12.2. Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**
- 12.3. Por reticencia y/o declaración inexacta, si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado, de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.**

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.

- 12.4. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia excede los límites de ingreso establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.**

En caso de nulidad por las causales establecidas en el numeral 12.1, 12.2 y 12.4 la Compañía procederá a devolver las primas pagadas sin intereses, en el plazo de treinta (30) días calendario, pudiendo no obstante descontar los gastos Administrativos incurridos los cuales se encontrarán debidamente sustentados.

En caso de nulidad por la causal establecida en el numeral 12.3 la Compañía retendrá el monto de las primas pagadas acordadas para el primer año de duración a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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 o de una declaración expresa suscrita por el Contratante y/o Asegurado.

Desde el momento en que el Asegurado y/o Contratante incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y nulos los que pudieran haberse generado. El Asegurado y/o Contratante, perderán automáticamente todo derecho a reclamar indemnización relacionado con la Póliza.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios ya hubieran cobrado la indemnización por algún Siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedarán automáticamente obligados frente a la Compañía a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiera lugar.

ARTICULO N° 13: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

- 13.1. La falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 13.2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
- 13.3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
- 13.4. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso por escrito de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
- 13.5. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La Compañía resolverá el Contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los numerales 13.2 y 13.3. operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Asegurado Titular y/o Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado Titular y/o Contratante. La resolución del certificado operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado Titular, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 13.1. la Compañía tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto 13.4 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a treinta (30) días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 13.1, 13.4 y 13.5. el Contratante comunicará a los Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguros.

Las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado, serán las previstas en los numerales 13.1. al 13.5. del artículo 13° de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 14: TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

- 14.1. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.
- 14.2. Cuando el Asegurado Titular haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 14.3. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.
- 14.4. Por fallecimiento del Asegurado.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguros por cualquiera de las causales señaladas sin necesidad de un aviso previo, simultáneo o posterior al Contratante y/o Asegurado.

Las causales de terminación que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado serán las previstas en los numerales 14.1. al 14.4. del artículo 14 de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 15: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Producido el Siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicarlo a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro o del Beneficio. El Siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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

El aviso del Siniestro será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

El Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura por escrito a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La Compañía podrá investigar, revisar, solicitar o comprobar la autenticidad de la información recibida; en general podrá disponer de las medidas necesarias para la sustentación del Siniestro.

ARTÍCULO N° 16: LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía evaluará el Siniestro y procederá a su rechazo o aprobación en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios de recibidos los Documentos Sustentatorios completos, salvo que la Compañía solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes.

En caso de Siniestro se deberán presentar los Documentos Sustentatorios que se detallan a continuación:

16.1. Para la Cobertura de Vida – Muerte Natural

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, en caso de contar con él.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

16.2. Para la Cobertura de Vida – Muerte Accidental

En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Natural, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:

- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

16.3. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
- Dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.

- Copia simple del Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

16.4. Para la Cobertura de Indemnización por Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe médico en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente).
- Copia de los exámenes y pruebas médicas sobre la Enfermedad.
- Copia simple de la(s) Historia(s) Clínica(s) del Asegurado.
- Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente, en caso corresponda:
 - Infarto al Miocardio: Para confirmar la necrosis, además deberá de entregar:
 - Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
 - Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
 - Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros.
 - Accidente Cerebro Vascular (ACV)
 - Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
 - Cáncer
 - Original del Examen histopatológico o anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.

16.5. Para la Cobertura de Indemnización por Hospitalización por Quemadura Accidental

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
- Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.

16.6. Para las Coberturas de Indemnización por Ceguera por Accidente y la de Indemnización por Sordera por Accidente

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
- Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.

16.7. Para la Cobertura de Invalidez Total y Permanente a consecuencia de Robo

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
- Copia simple del Certificado Médico.
- Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.
- Certificado médico de Invalidez Total y Permanente emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión Médica de AFP)

16.8. Para la Cobertura de Gastos de curación por Accidente a consecuencia de Robo

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
- Copia simple del Certificado Médico.
- Copia simple de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
- Copia simple del documento que acredite el ingreso y alta (salida) del Asegurado.
- Copia de las facturas de los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización.
- Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

16.9. Para la Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental a consecuencia de Robo:

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular, en caso de contar con él.
- Copia simple del Acta de defunción.
- Copia simple del Certificado de defunción.
- Copia simple del Documento de Identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del protocolo de necropsia que incluya dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
- Copia simple de la Historia Clínica, solo si el ejecutivo de Siniestro o médico auditor lo solicita.

En caso la Compañía requiera documentación adicional relacionada con la evaluación del siniestro para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el primer párrafo del presente artículo, suspendiéndose el plazo hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso se soliciten historias clínicas estas deberán ser en copia simple. Si fuera necesario la Compañía podrá solicitar carta poder del asegurado a fin de gestionar copias foliadas y fedateadas de las historias clínicas.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibida la documentación completa.

En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

En caso de siniestro en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el Siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados.

En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

ARTICULO N° 17: OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

17.1. Pagar la prima en las fechas establecidas en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:

17.2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

17.3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.

17.4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. 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 al momento de la celebración del Contrato.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 17.2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 17.4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a proponer una modificación al Contrato de Seguros en un plazo de quince (15) días de

comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos.

En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

ARTICULO N° 18: TRIBUTOS

Los tributos de cualquier índole que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, aplicables a las primas de seguros como a las indemnizaciones, serán de cargo del Asegurado y/o Contratante, salvo que la Ley lo declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de la Compañía.

ARTICULO N° 19: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el Sinistro. Para aquellas coberturas que cubren el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTICULO N° 20: COMUNICACIONES

Las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien la Compañía, el Contratante y/o Asegurado y que deban formularse de manera escrita deberán ser efectuadas al domicilio físico y/o correo electrónico. En los demás casos la Compañía, el Contratante y/o Asegurado podrán utilizar otros medios de comunicación directos tales como comunicaciones telefónicas.

La Compañía, el Contratante y/o Asegurado, señalan como su domicilio físico y/o correo electrónico los que aparecen registrados en la Póliza y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El Contratante y/o Asegurado notificarán a la Compañía por escrito su cambio de domicilio físico y/o correo electrónico, de lo contrario cualquier cambio domiciliario o de correo electrónico realizado por el Contratante y/o Asegurado carecerán de valor y efecto, aceptando por válidas todas las notificaciones que la Compañía efectúe al último domicilio físico y/o correo electrónico comunicado por escrito a la Compañía.

La Compañía, siempre que utilice los medios de comunicación directos referidos en el primer párrafo del presente artículo podrá adicionalmente utilizar otros medios de comunicación indirectos tales como avisos públicos en los locales comerciales de la Compañía, avisos publicados en la página web de la Compañía, avisos en diarios.

ARTICULO N° 21: SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto

relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.

ARTICULO N° 22: MODIFICACION DE LA POLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 20° de las Condiciones Generales.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria.

Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

ARTICULO N° 23: PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS

En caso de producirse discrepancia entre las diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 24: DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaran con lo solicitado por el Contratante, la diferencia se considerará tácitamente aceptada por el Contratante si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza y siempre que la Compañía hubiera advertido al Contratante las diferencias en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza y le hubiera informado que dispone de treinta (30) días para rechazarlo.

Si la referida advertencia es omitida por La Compañía, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el Asegurado.

ARTICULO N° 25: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el Contrato de Seguro en la moneda prevista en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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 moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio promedio, publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

ARTICULO N° 26: ATENCION DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de la Compañía establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- E-mail: informes@protecta.com.pe
- Página web: www.protecta.com.pe / <http://protecta.pe/nosotros/atencion-al-cliente>
- Dirección: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú.

Adicionalmente a los medios señalados en el párrafo precedente, las consultas y/o reclamos podrán presentarse a través de otros medios establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información:

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo, número de Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

ARTÍCULO N° 27: INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Cualquier diferencia existente entre la Compañía y el Asegurado y/o Contratante y/o Beneficiarios y siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9 – San Isidro, Lima - Perú

Teléfono: 421-0614

Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios podrá acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la protección de la propiedad Intelectual – INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).

Para solicitar orientación, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario podrá comunicarse con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

ARTICULO N° 28: TERRITORIALIDAD

La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro del territorio nacional y o fuera, en caso así se determine en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado y en su caso, los que hayan sido materia de sentencia judicial ante los tribunales ordinarios de la República del Perú.

ARTICULO N° 29: CORREDORES DE SEGUROS

El Contratante declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración de representación mas no de disposición vinculados a sus intereses en la Póliza.

ARTICULO N° 30: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

El Contratante y/o Asegurado declaran conocer que el presente Contrato de Seguros forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguro de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental.

ARTÍCULO N° 31: INDISPUTABILIDAD

La Póliza será indisputable transcurridos dos años desde la celebración del Contrato de Seguros, excepto si la reticencia o falsa declaración es dolosa.

ARTICULO N° 32: POLIZA ELECTRONICA

La Compañía podrá enviar al Contratante y/o Asegurado la Póliza o el Certificado cuando corresponda, de manera electrónica a través de cualquier medio acordado por las Partes y siempre que haya habido un consentimiento del Contratante y/o Asegurado.

ARTICULO N° 33: DECLARACION

El Contratante y/o Asegurado declaran que de manera previa a la contratación de la presente Póliza, han tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro; encontrándose en la página Web de la Compañía las Condiciones Generales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.

ARTICULO N° 34: DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

El Asegurado puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. La Compañía desde la recepción del documento que contiene la solicitud de revocación, cesará la cobertura del riesgo, devolviendo la prima pagada al Contratante o Asegurado, según corresponda, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA**DATOS DE LA PÓLIZA**

Póliza: XXXXXX

Código SBS: XXXXXXXXX

Moneda: Soles

DATOS DE LA COMPAÑÍA

Denominación Social: Protecta S.A. Compañía de Seguros

RUC: 20517207331

Teléfono: (01) 391-3030

Provincias 0-801-1-1278

Dirección: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.

Correo Electrónico: informes@protecta.com.pe

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o razón social: X

RUC: X

Teléfono: X

Correo Electrónico: X

Dirección: X

DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS

Denominación o razón social: X

RUC: X

Teléfono: X

Correo Electrónico: X

Dirección: X

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADOS DEPENDIENTES

X

EDAD

Edad Mínima de Ingreso: X

Edad Máxima de Ingreso: X

Edad Máxima de Permanencia: X

COBERTURAS PRINCIPALES	Titular	Cónyuge	Hijos Menores de XX Años
1. MUERTE NATURAL			
1.1. Muerte Natural Periodo de Carencia: X	X	X	X
1.2. Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en 12 mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: X	X	X	X
2. MUERTE ACCIDENTAL			
2.1. Muerte Accidental Periodo de Carencia: X	X	X	X
2.2. Renta por Muerte Accidental (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en 12 mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: X	X	X	X
3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO			
3.1. Muerte Accidental por Accidente de Tránsito Periodo de Carencia: X	X	X	X
4. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO			

4.1. Muerte Accidental por Robo Periodo de Carencia: X	X	X	X
5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE			
5.1. Invalidez Total y Permanente por Accidente Periodo de Carencia: X	X	X	X
5.2. Renta por Invalidez Total y Permanente por Accidente (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en 12 mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: X	X	X	X
6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
6.1. Invalidez Total y Permanente por Accidente a Consecuencia de Robo Periodo de Carencia: X Plazo desde la ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente: X	X	X	X
7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES			
<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Infarto al Miocardio • Insuficiencia Renal Crónica • Cirugía Aorta Coronario • Accidente Cerebro Vascular • Trasplante de Órganos Periodo de Carencia: X	X	X	X
8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE			
Periodo de Carencia: X	X	X	X
9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE			
Periodo de Carencia: X	X	X	X
10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL			
Periodo de Carencia: X	X	X	X
11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
Periodo de Carencia: X	X	X	X

* Producido el siniestro, el Asegurado/Beneficiario deberá elegir entre el pago de la indemnización en un solo pago o en cuotas iguales.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR
X

LA PRIMA COMERCIAL DE COBERTURAS PRINCIPALES (NO AFECTO A IGV)	Titular	Cónyuge	Hijos Menores de XX Años
Prima Comercial	X	X	X

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE	Titular	Cónyuge	Hijos Menores de XX Años
Cargos de Agenciamiento por la Intermediación de corredores de Seguro	X	X	X
Cargos por la contratación de corredores de seguro	X	X	X
Cargos por la contratación de comercializadores	X	X	X

Periodicidad de la Prima Comercial: X (Anual, Mensual u otra, según corresponda)

BONIFICACIONES / PREMIOS / BENEFICIOS
X

DISTRIBUCIÓN DE LA PRIMA COMERCIAL	PORCENTAJE
1. MUERTE NATURAL	XX.XX %
2. MUERTE ACCIDENTAL	XX.XX %
3. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO	XX.XX %
4. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO	XX.XX %
5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	XX.XX %
6. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO	XX.XX %
7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES	XX.XX %
8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE	XX.XX %
9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE	XX.XX %
10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL	XX.XX %
11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO	XX.XX %

LUGAR FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA
Lugar: X
Forma: X
Fecha: X
Interés Moratorio: X
El Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendario siguientes al vencimiento del plazo si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

PERIODO DE GRACIA
X (XX) días Calendario.

VIGENCIA	X (*)
Inicio de Vigencia (**)	12 horas de XX
Fin de Vigencia	12 horas del último día de XX o de la fecha en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero.

(*) Los plazos estipulados en la Póliza serán de aplicación en todos los casos, aún cuando la vigencia de la Póliza sea XXX.

(**) Los Certificados y/o Solicitud-Certificados iniciarán vigencia a las 1200 horas de la aceptación de la misma y pago de la prima. Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un Siniestro entre el período de la aceptación de la Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y el pago de la primera prima, la Compañía cubrirá el pago del Siniestro, devengándose la prima debida.

RENOVACIÓN

X

GASTOS ADMINISTRATIVOS

X

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, lugar y medio para comunicar el Siniestro: X

Lugar para presentar la solicitud de Cobertura y Documentos Sustentatorios: X

El Asegurado y/o Beneficiario deberá entregar toda la información y Documentos Sustentatorios siguientes:

1. PARA LA COBERTURA DE VIDA MUERTE NATURAL

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, en caso de contar con él.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.

2. PARA LA COBERTURA DE VIDA MUERTE ACCIDENTAL

En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Natural, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:

- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.

3. PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
- Dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
- Copia simple del Atestado Policial, en caso corresponda.
- Copia simple del Dictamen de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

4. PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe médico en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente).
- Copia de los exámenes y pruebas médicas sobre la Enfermedad.
- Copia simple de la(s) Historia(s) Clínica(s) del Asegurado
- Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente, en caso corresponda:
 - Infarto al Miocardio: Para confirmar la necrosis, además deberá de entregar:
 - Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
 - Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
 - Electrocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica

u otros.

- **Accidente Cerebro Vascular (ACV)**
 - Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- **Cáncer**
 - Original del Examen histopatológico o anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.

5. PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
- Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.

6. PARA LAS COBERTURAS DE INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE Y LA DE INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR AGCIDENTE

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe Médico en el que se detalla el diagnóstico definitivo, fecha del accidente, tratamientos, evolución, estado actual del paciente.
- Copia simple de todos los exámenes y pruebas médicas del Asegurado relacionados con la atención médica.

7. PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
- Copia simple del Certificado Médico.
- Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.
- Certificado médico de Invalidez Total y Permanente emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión Médica de AFP).

8. PARA LA COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del dosaje etílico y examen toxicológico (de corresponder).
- Copia simple del Certificado Médico.
- Copia simple de la orden de hospitalización firmada por el médico tratante.
- Copia simple del documento que acredite el ingreso y alta (salida) del Asegurado.
- Copia de las facturas de los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización.
- Copia de los sustentos médicos: recetas, solicitudes de exámenes y resultado de los mismos.

9. PARA LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.

- Copia simple del Acta de defunción.
- Copia simple del Certificado de defunción.
- Copia simple del Documento de identidad de los Beneficiarios mayores de edad o del Documento Nacional de identidad o partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
- Copia simple del testimonio de la Sucesión intestada o de la sentencia judicial firme de la Sucesión intestada o del testimonio del Testamento, en caso de no tener designados Beneficiarios en la Póliza.
- Copia simple del Atestado Policial.
- Copia simple del protocolo de necropsia que incluya dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda.
- Copia simple de la Historia Clínica, solo si el ejecutivo de Siniestro o médico auditor lo solicita.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar en caso lo estime conveniente documentación adicional necesaria para continuar la evaluación del Siniestro.

En caso la Compañía requiera documentación adicional relacionada con la evaluación del siniestro para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el primer párrafo del presente artículo, suspendiéndose el plazo de treinta (30) días con que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro luego de recibidos los Documento Sustentatorios, hasta que se presente la documentación adicional correspondiente. En caso se soliciten historias clínicas estas deberán ser en copia simple. Si fuera necesario la Compañía podrá solicitar carta poder del asegurado a fin de gestionar copias foliadas y fedateadas de las historias clínicas.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días útiles de aprobado o consentido el Siniestro.

En caso de Siniestros en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el Consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones exteriores de Perú; o de ser el caso, debidamente apostillados.

En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

CORREDOR DE SEGUROS:

Registro: X

TERRITORIALIDAD

X

FECHA DE EMISIÓN: X