



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

Lima, 10 de octubre de 2022

**OFICIO N° 43506-2022-SBS**

Señor

**Mario Ventura Verme**

Gerente General

**PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Ref.: Solicitud de modificación del producto “Microseguro de Desgravamen”**

Me dirijo a usted en relación a la solicitud de modificación N° POL001740 de fecha 29.09.2022, ingresada a través del Sistema de Revisión de Contratos (SIRCON), mediante la cual requiere la modificación del producto “Microseguro de Desgravamen”, identificado con Código SBS N° VI2097410028, en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro.

Sobre el particular, habiendo cumplido su representada con los requisitos previstos en el artículo 14 del Reglamento de Pólizas de Microseguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 2829-2016 y sus modificatorias, se ha procedido a la modificación del modelo de póliza del precitado producto, específicamente los documentos que se señalan a continuación:

- Condiciones Generales
- Condiciones Particulares
- Solicitud-Certificado

Sin perjuicio de ello, cabe señalar que las condiciones del modelo de póliza de dicho producto se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de esta Superintendencia, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 14 del citado Reglamento.

Atentamente,

**LOURDES PAOLA GALLARDO SALAZAR**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ASESORIA Y SUPERVISION LEGAL

LPG/jaa  
POL001740



## SOLICITUD – CERTIFICADO DE MICROSEGURO DE DESGRAVAMEN

PÓLIZA DE SEGURO N° xxxxxxxx  
SOLICITUD - CERTIFICADO N° XXXXXXXX

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

### EMPRESA DE SEGUROS

<b>Denominación o Razón Social:</b> PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS*	<b>RUC:</b> 20517207331	<b>Correo:</b> clientes@protectasecurity.pe
<b>Domicilio:</b> Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima	<b>Página Web:</b> www.protecta.com.pe	<b>Teléfono:</b> Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278
*En adelante "Protecta Security".		

### CONTRATANTE

<b>Razón Social:</b> -	<b>RUC:</b> -
<b>Domicilio:</b> -	<b>Teléfono:</b> -

### DATOS DEL ASEGURADO

<b>Apellidos y Nombres:</b> -			<b>DNI:</b> -
<b>Fecha de Nacimiento</b> -	<b>Edad:</b> -	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Domicilio:</b> -			<b>Teléfonos:</b> -
<b>Distrito:</b> -	<b>Provincia:</b> -	<b>Departamento:</b> -	
<b>Correo electrónico:</b> -			
<b>Desgravamen Importe del Préstamo:</b> -	<b>Plazo:</b> -	<b>Moneda:</b> <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles	

### COBERTURA DEL SEGURO

**Vigencia del Seguro:**  
**Fecha de inicio:** XX/XX/XXXX  
**Fecha de término:** XX/XX/XXXX

**Muerte Natural:** Esto supone que PROTECTA SECURITY indemnizará a los Beneficiarios de tu microseguro por la Suma Asegurada, después de acreditar el fallecimiento del asegurado como consecuencia de su muerte natural.

**Muerte Accidental:** Esto supone que PROTECTA SECURITY indemnizará a los Beneficiarios de tu microseguro por la Suma Asegurada, después de acreditar el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente.

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

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

#### SUMA ASEGURADA

Es el saldo inicial del préstamo o saldo insoluto al Asegurado.

#### PRIMA

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

PERIODICIDAD DE PAGO DE PRIMA:  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
FORMA DE PAGO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
PLAZO PARA EL PAGO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

Se considera que se produce un incumplimiento en el pago, una vez transcurrido el periodo de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento prevista para el pago de prima, sin que se haya efectuado el pago; momento en el cual el Asegurado perderá la cobertura contratada.

#### EXCLUSIONES

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

- Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales a aquellas enfermedades diagnosticadas con anterioridad al inicio del seguro.**
- Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.**
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.**
- Participación activa en cualquier acto violatorio de**

**la ley, sea como autor, coautor o cómplice, siendo el incumplimiento de esa ley la causa del siniestro.**

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

#### PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, cuando corresponda, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del microseguro.

Posteriormente al aviso del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, cuando corresponda deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos a la Compañía o Comercializador, según corresponda, en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

En caso de Muerte Natural:

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Natural del Asegurado, el Beneficiario o Beneficiarios Adicionales o sus respectivos representantes, deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, los documentos que se detallan a continuación:

- Copia simple del Acta y/o Certificado de defunción del Asegurado.
- En caso de contar con Beneficiarios Adicionales (modalidad de Suma Asegurada Fija): Copia simple del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios Adicionales.
- Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, mediante la presentación de la Copia simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.

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

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Accidental del Asegurado, el Beneficiario o Beneficiarios Adicionales o sus respectivos representantes deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, los documentos que se detallan a continuación:

- Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- Copia simple del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- Copia simple del Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- Copia simple del Resultado del examen toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal si lo hubiere.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Contratante o Asegurado deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, los documentos

que se detallan a continuación:

- a. Copia Certificada del Documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico del Asegurado, emitido por el médico tratante o establecimiento de salud, en caso corresponda.
- c. Atestado Policial emitido por la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- d. Resultado de dosaje étílico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- e. Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- f. Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades de ESSALUD, por el Instituto Nacional de Rehabilitación o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comité médico de las AFP) y/o COMEC (Comité médico de la SBS) o el dictamen emitido por las Fuerzas Armadas (en caso corresponda a este régimen).

En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, el Contratante o Asegurado deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, los documentos que se detallan a continuación:

- a. Copia Certificada del Documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico del Asegurado, emitido por el médico tratante o establecimiento de salud, en caso corresponda.
- c. Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades de ESSALUD, por el Instituto Nacional de Rehabilitación o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comité médico de las AFP) y/o COMEC (Comité médico de la SBS) o el dictamen emitido por las Fuerzas Armadas (en caso corresponda a este régimen).

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, la Compañía deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro.

#### BENEFICIOS ( OPCIONAL/ EN CASO CORRESPONDA)

-

#### DEDUCIBLES, COPAGOS Y FRANQUICIAS

No son aplicables para la presente póliza.

#### BENEFICIARIOS

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

Nombres y apellidos:	Relación con Asegurado:	Porcentaje:

#### PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Te informamos que los datos personales que has facilitado o que facilites en el futuro, serán incorporados en tanto dure nuestra relación contractual en el banco de datos personales de PROTECTA SECURITY denominado "Banco de Datos de Cliente" con Código RNPDP N° 01567.

Los datos personales serán empleados para brindarte adecuada y oportunamente el seguro contratado; por lo tanto, dicho tratamiento es necesario para la existencia de la relación comercial.

En tal sentido, quedas informado del tratamiento automatizado de sus Datos Personales por parte de PROTECTA SECURITY para las finalidades mencionadas y reconoces y aceptas que dicho tratamiento es necesario para la gestión de la relación comercial y las demás finalidades legítimas que se indican.

Sin perjuicio de lo anterior, podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento. Para ejercer este derecho o cualquier otro que la ley establece con relación a sus datos personales (acceso, rectificación, cancelación y oposición), deberás remitir una comunicación a PROTECTA SECURITY a la siguiente dirección: Avenida Domingo Orué 165, Piso 8, Surquillo, Lima.

Si necesitas información adicional y detallada sobre cómo tratamos sus datos, podrás encontrarla en la Política de Privacidad en nuestro sitio web <https://www.protectasecurity.pe/politica-de-privacidad/>  
Autorizo a PROTECTA SECURITY para utilizar mis datos personales con fines publicitarios; esto es, el envío de información sobre productos y servicios que brinda PROTECTA SECURITY, envío de promociones, boletines, información de descuentos, etc.

Acepto  No acepto

## INFORMACIÓN ADICIONAL

- a) Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- b) Los pagos efectuados por los contratantes, o terceros encargados del pago, al comercializador, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- c) El asegurado tiene derecho a tener acceso o a solicitar copia de la póliza indicada en el encabezado de esta solicitud-certificado de microseguro. De ser requerida, Protecta Security entregará la póliza en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que se recibió la solicitud del asegurado.
- d) Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

## CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

Plataforma de Servicio al Cliente de Protecta Security

- a. Atención Telefónica: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278  
b. Email: [informes@protecta.com.pe](mailto:informes@protecta.com.pe)  
c. Página Web: [www.protecta.com.pe](http://www.protecta.com.pe)  
d. Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú

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

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

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del contratante.
--------------------------------------	-------	------------------------



Av. Domingo Orué 165, 8vo. piso  
Surquillo, Lima 34, Perú  
Central de Servicio al Cliente: Lima (01) 391-3000 | Provincia 0801-1-1278  
Canal de Whatsapp: 945 811 540  
[clientes@protectasecurity.pe](mailto:clientes@protectasecurity.pe)  
[www.protectasecurity.pe](http://www.protectasecurity.pe)

# CONDICIONES PARTICULARES MICROSEGURO DE DESGRAVAMEN Código Registro SBS N°: VI2097410028

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

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud/Certificado de Seguro, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Microseguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo, de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza de Microseguro de Desgravamen; PROTECTA S.A. Compañía de Seguros (en adelante "Protecta Security") conviene en amparar al Asegurado contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

## PÓLIZA: \_\_\_\_\_

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

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

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

## PROTECTA S.A. Compañía de Seguros

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

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

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

**Página Web:** www.protecta.com.pe

## COMERCIALIZADOR

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

## CORREDOR DE SEGUROS

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

## CONTRATANTE

Razón Social o Nombre : XXXXXXXXXXXXXXXX  
DNI : XXXXXXXXXXXX  
RUC : XXXXXXXXXXXX  
Dirección : XXXXXXXXX  
Teléfono : XXXXXXXX  
Correo Electrónico : XXXXXXXX

## ASEGURADOS

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

## COBERTURAS

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

- Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

### SUMA ASEGURADA

Es la suma declarada mensualmente por XXXXX, la cual corresponde al Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito. No se considera intereses compensatorios, ni moras que se hayan generado por cualquier retraso del asegurado.

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

### PRIMA

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

Descripción General	Monto / Porcentaje
Cargos por la Intermediación de Corredores de Seguros y número de registro del corredor	X,XXX.XX
Cargos por la comercialización de seguros a través de la Bancaseguros u otro Comercializador	X,XXX.XX
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	X,XXX.XX

### MONEDA

Soles o Dólares Americanos, cuando corresponda.

### EDADES LÍMITES

Para Muerte Natural y Muerte Accidental

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

Para Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

### BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

Si un Beneficiario Adicional falleciera durante el proceso de indemnización de la Póliza, el capital que le corresponda

será pagado a los herederos legales del Beneficiario fallecido o, de no existir herederos, los Beneficiarios sobrevivientes tendrán derecho a acrecer en la proporción correspondiente.

<b>Nombres y apellidos:</b>	<b>Relación con Asegurado:</b>	<b>Porcentaje:</b>
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX

#### **BENEFICIOS (OPCIONAL / EN CASO CORRESPONDA)**

XXXXX

#### **DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES.**

No son aplicables para la presente póliza.

#### **PERIODOS DE ESPERA Y CARENCIA.**

No son aplicables para la presente póliza.

#### **RENOVACIÓN AUTOMÁTICA**

Cuando ocurra la fecha de renovación de la Póliza, se renovará automáticamente según se establezca en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones. Pero también es posible que se establezcan modificaciones en el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza para lo cual es obligatorio que se realice una previa comunicación escrita y detallando las modificaciones en caracteres destacados, remitida por Protecta Security a través de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por Protecta Security; caso contrario, en el supuesto que no se manifieste rechazo y, por tanto, se entiendan aceptadas las nuevas condiciones propuestas, Protecta Security emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

En caso la propuesta de modificación enviada por Protecta Security sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

#### **CANALES DE COMUNICACIÓN**

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

- Atención Telefónica: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: informes@protecta.com.pe
- Página Web: www.protecta.com.pe
- Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú

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

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del asegurado
--------------------------------------	-------	---------------------

# Microseguro de Desgravamen

## Condiciones Generales

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

**ARTÍCULO PRIMERO: DEFINICIONES** Los términos especificados a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos del presente contrato de Microseguros:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:** Para efecto de la cobertura otorgada por la presente póliza, sólo serán considerados como tal los siguientes casos: estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, fractura accidental e incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; pérdida accidental total de la visión de ambos ojos;

pérdida completa por accidente de ambas manos, pérdida completa por accidente de ambos pies; y, pérdida completa por accidente de una mano y un pie. No se otorgará cobertura en caso ocurra una invalidez que no corresponda a los supuestos indicados.

**Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:** la Compañía indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada, si a causa de un accidente o Enfermedad el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado. El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez se manifieste en un plazo máximo de dos (02) años de ocurrido el siniestro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Muerte Natural: Esto supone que PROTECTA SECURITY indemnizará a los Beneficiarios de tu microseguro por la Suma Asegurada, después de acreditar el fallecimiento del asegurado como consecuencia de su muerte natural.
- b. Muerte Accidental: Esto supone que PROTECTA SECURITY indemnizará a los Beneficiarios de tu microseguro por la Suma Asegurada, después de acreditar el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente.
- c. Invalidez Total y Permanente por Accidente: En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, por causa directa de un accidente, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada. Para efecto de la cobertura otorgada por la presente póliza, sólo serán considerados como tal los siguientes casos: estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, fractura accidental e incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; pérdida accidental total de la visión de ambos ojos; pérdida completa por accidente de ambas manos; pérdida completa por accidente de ambos pies; y, pérdida completa por accidente de una mano y un pie. No se otorgará cobertura en caso ocurra una invalidez que no corresponda a los supuestos indicados.
- d. Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, por causa directa de una enfermedad, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada indicada. A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentre en situación de Invalidez Total y Permanente si a

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

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

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

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

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

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

Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad el Beneficiario será el mismo Asegurado. Mientras la Póliza se encuentre en vigencia, el Asegurado tendrá derecho a cambiar de Beneficiarios Adicionales cuando lo estime conveniente. En ningún caso y bajo ninguna circunstancia procederá la modificación de Beneficiarios Adicionales que se notifique a PROTECTA SECURITY después de la fecha de fallecimiento. PROTECTA SECURITY no es responsable por cambios en los beneficiarios que no le fueron notificados, una vez pagada la indemnización, de ser el caso.

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

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

**ARTÍCULO SEXTO: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES.** No son aplicables para la presente póliza.

**ARTÍCULO SÉPTIMO: PRIMA** La prima es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas materia del presente contrato, que deberá ser pagada por el Contratante, en las oficinas autorizadas por la Compañía.

La prima y su forma de pago pueden ser mensuales, trimestrales, semestrales o anuales y podrán ser modificados por

acuerdo entre las partes.

El incumplimiento del pago de la Prima determina la resolución automática de la Solicitud- Certificado, en cuyo caso la solicitud-certificado de microseguro quedará resuelta a partir de la fecha en que se produjo el incumplimiento en el pago. Se considera que se produce un incumplimiento en el pago, una vez transcurrido el periodo de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento prevista para el pago de prima, sin que se haya efectuado el pago; momento en el cual el Asegurado perderá la cobertura contratada.

**ARTÍCULO OCTAVO: MONEDA** Soles o Dólares Americanos, cuando corresponda.

**ARTÍCULO NOVENO: TERMINACIÓN** La Cobertura de Microseguro terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Cuando suceda el fallecimiento del Asegurado o la invalidez total y permanente que origine que PROTECTA SECURITY realice el pago del 100% de la indemnización o beneficio de cualquiera de las coberturas.
- b. Cuando el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o la Solicitud-Certificado del Microseguro.

**ARTÍCULO DÉCIMO: RESOLUCIÓN** La Póliza o Solicitud-Certificado de Microseguro, según corresponda, podrá quedar resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por incumplimiento de pago de la prima, conforme a lo señalado en el artículo 7.
- b. Por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Microseguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la Compañía la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo la Compañía procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas.
- c. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante y/o Asegurado, según corresponda, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del Contrato, aplicando de forma automática. Tratándose de microseguros masivos, el Contratante y/o Asegurado tienen derecho a solicitar la devolución de la prima en función al plazo no transcurrido, en caso corresponda.

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

PROTECTA SECURITY te informará sobre tu derecho de solicitar la devolución de la prima en función al plazo no transcurrido. La devolución se realizará en el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha en que se comunique la resolución del seguro, para las causales del literal b; o desde la fecha de solicitud de devolución de la prima para la causal del literal c.

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

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

**ARTÍCULO DECIMO PRIMERO: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES** Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Microseguro durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente aceptada por escrito por el Contratante por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión por escrito dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

**ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO: RENOVACIÓN AUTOMÁTICA** Cuando ocurra la fecha de renovación de la Póliza, se renovará automáticamente según se establezca en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones. Pero también es posible que se establezcan modificaciones en el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza para lo cual es obligatorio que se realice una previa comunicación escrita y detallando las

modificaciones en caracteres destacados, remitida por Protecta Security a través de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por Protecta Security; caso contrario, en el supuesto que no se manifieste rechazo y, por tanto, se entiendan aceptadas las nuevas condiciones propuestas, Protecta Security emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

En caso la propuesta de modificación enviada por Protecta Security sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

**ARTÍCULO DECIMO TERCERO: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA** En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, cuando corresponda, deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del microseguro.

Posteriormente al aviso del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, cuando corresponda, deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos a la Compañía o Comercializador, según corresponda, en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

En caso de Muerte Natural:

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Natural del Asegurado, el Beneficiario o Beneficiarios Adicionales o sus respectivos representantes, deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía a las direcciones indicadas en la cláusula 15 de estas Condiciones Generales, los documentos que se detallan a continuación:

- a. Copia simple del Acta y/o Certificado de defunción del Asegurado.
- b. En caso de contar con Beneficiarios Adicionales (modalidad de Suma Asegurada Fija): Copia simple del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios Adicionales.
- c. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, mediante la presentación de la Copia simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.

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

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Accidental del Asegurado, el Beneficiario o Beneficiarios Adicionales o sus respectivos representantes deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía a las direcciones indicadas en la cláusula 15 de estas Condiciones Generales, los documentos que se detallan a continuación:

- a. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Copia simple del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- c. Copia simple del Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- d. Copia simple del Resultado del examen toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal si lo hubiere.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Contratante o Asegurado deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía a las direcciones indicadas en la cláusula 15 de estas Condiciones Generales, los documentos que se detallan a continuación:

- a. Copia Certificada del Documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico del Asegurado, emitido por el médico tratante o establecimiento de salud, en caso corresponda.
- c. Atestado Policial emitido por la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- d. Resultado de dosaje etílico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- e. Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- f. Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades de ESSALUD, por el Instituto Nacional de Rehabilitación o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comité médico de las AFP) y/o COMEC (Comité médico de la SBS) o el dictamen emitido por las Fuerzas Armadas (en caso corresponda a este régimen).

En caso de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, el Contratante o Asegurado deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía a las direcciones indicadas en la cláusula 15 de estas Condiciones Generales, los documentos que se detallan a continuación:

- a. Copia Certificada del Documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico del Asegurado, emitido por el médico tratante o establecimiento de salud, en caso corresponda.
- c. Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades de ESSALUD, por el Instituto Nacional de Rehabilitación o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comité médico de las AFP) y/o COMEC (Comité médico de la SBS) o el dictamen emitido por las Fuerzas Armadas (en caso corresponda a este régimen).

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, la Compañía deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro.

Asimismo, conforme al Art. 11 del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestro, en caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. En virtud de lo mencionado, podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado y/o de las personas cuya vida y/o integridad física es objeto de alguna de las coberturas del presente Contrato de Microseguro, si lo estima conveniente para la evaluación del siniestro, así como informes, declaraciones, certificados médicos.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud-Certificado de Microseguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. Asimismo, el Asegurado reconoce que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez aprobado o consentido el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido la aprobación o el consentimiento. El Contratante, Asegurado, Beneficiario o Beneficiarios Adicionales, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Microseguro otorgados por la presente Póliza.

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

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

Cualquier variación en los medios de comunicación pactados, deberá ser comunicada a la otra parte por escrito con cargo de recepción, surtiendo efectos transcurridos quince (15) días calendario de recibida la comunicación en la que la variación realizada.

**ARTÍCULO DECIMO QUINTO: ATENCIÓN DE RECLAMOS Y DEFENSORIA DEL ASEGURADO** Los reclamos que quiera presentar el Contratante, o el Asegurado o el Beneficiario deberán ser realizados a la Plataforma de Atención al Cliente de Protecta Security. El plazo máximo para que Protecta Security atienda los reclamos presentados es de treinta (30) días calendarios. Dicho plazo puede extenderse, excepcionalmente, siempre que la naturaleza del mismo lo justifique.

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

- Atención al Cliente: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: [clientes@protectasecurity.pe](mailto:clientes@protectasecurity.pe)
- Página Web: [www.protectasecurity.pe](http://www.protectasecurity.pe)
- Horario de Atención: De Lunes a Viernes, de 9 am a 6 pm.

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

#### **ARTÍCULO DECIMO SEXTO: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE**

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

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

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

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

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

**ARTÍCULO DECIMO OCTAVO: CONSIDERACIONES ADICIONALES** Adicionalmente la Compañía pone de conocimiento del Contratante, lo siguiente:

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

# MICROSEGURO DE DESGRAVAMEN CONDICIÓN ESPECIAL: PÓLIZA ELECTRÓNICA

## INTRODUCCION

Mediante el presente documento, el Contratante y/o Asegurado otorga su consentimiento para que la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas al correo electrónico que hayan consignado en la Solicitud y/o Certificado y/o Solicitud-Certificado de la Póliza de Seguro.

## CONSIDERACIONES PARA EL ENVÍO DE LA PÓLIZA ELECTRÓNICA

1. La Póliza de Seguro está conformada por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Condiciones Especiales, de ser el caso, así como a las comunicaciones que de ellas se deriven y sus futuras renovaciones. Para los Seguros Grupales, el término de Póliza de Seguro estará indicado en el Certificado de Seguro.

2. El envío de la Póliza de Seguro a través del correo electrónico, podrá ser bajo cualquiera de las modalidades siguientes:

i. Incluyendo un link donde podrá visualizar la Póliza de Seguro en formato PDF.

ii. Incluyendo un documento adjunto en PDF.

iii. Incluyendo un link que direccionará al Contratante y/o Asegurado a la parte privada de la web de la Compañía, donde deberá crear un usuario y contraseña para el ingreso. En dicha web, podrá visualizar los documentos enviados, inclusive la Póliza de Seguro.

3. El archivo en formato PDF estará encriptado, al cual podrá acceder digitando el número de su documento de identidad.

4. Es obligatorio que el Contratante y/o Asegurado cuente con un navegador de internet (Explorer o Chrome) y cualquier software que le permita abrir archivos en formato PDF.

5. La Póliza de Seguro se emite mediante Certificado Digital, de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 052-2008-PCM, lo cual garantiza su integridad y autenticidad.

6. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica, la que registrará y confirmará el envío y recepción del mensaje vía correo electrónico.

**VENTAJAS** Su envío es inmediato, seguro, eficiente y permite acreditar el envío y recepción de la póliza de Seguro.

El Contratante y/o Asegurado podrá tener las Condiciones de la póliza de Seguro en cualquier lugar y momento, accediendo a su correo electrónico desde cualquier dispositivo digital que lo permita.

La pérdida o uso indebido de la clave de correo electrónico constituye un riesgo que puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, el Contratante y/o Asegurado no deberá compartir la clave de su correo electrónico y deberá utilizar niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad. Asimismo, deberá cumplir las pautas de seguridad del proveedor de correo electrónico del Asegurado.

**INSTRUCCIONES DE USO** En caso el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario no pueda abrir el mensaje o leer los archivos adjuntos en él o modifique y/o anule la dirección de correo electrónico de la Compañía, deberá informarlo a los canales de servicio al cliente de la Compañía, llamando al teléfono 01-391-3000 (Lima) o al 0801-1-1278 (Provincia) o enviando un mensaje al correo electrónico [clientes@protectasecurity.pe](mailto:clientes@protectasecurity.pe)

El Contratante y/o Asegurado se compromete a abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos al mensaje, revisar constantemente su bandeja de correo electrónico, inclusive la bandeja de correos no deseados, verificar la política de filtro o bloqueo del proveedor de su correo electrónico, a efectos que no hayan problemas con los envíos electrónicos que la Compañía realice, así como también, mantener activa la cuenta de correo electrónico y no bloquear los mensajes que sean remitidos desde el dominio web de la Compañía.