



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 22 de marzo de 2023

RESOLUCIÓN SBS

N° 01017-2023

La Superintendente Adjunta de Asesoría Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Protecta S.A Compañía de Seguros (en adelante, la Compañía) con fecha 02 de diciembre de 2022, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), por la cual pide la modificación del producto "Seguro de Desgravamen", registrado con Código SBS N° VI2097400007, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1868 - 2021 de fecha 24 de junio de 2021.

CONSIDERANDO:

Que, mediante la solicitud recibida con fecha 02 de diciembre de 2022, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Desgravamen", registrado con Código SBS N° VI2097400007;

Que, a través de la Resolución SBS N° 1868 - 2021 de fecha 24 de junio de 2021, esta Superintendencia aprobó las últimas condiciones mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto de seguro personal y masivo, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación, la Compañía no puede emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte el artículo 17° del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de la condición mínima solicitada;

Que, considerando que nos encontramos frente a un seguro de desgravamen, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas referidas a la cobertura de enfermedades preexistentes aplicable a los seguros de salud, al derecho de





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

arrepentimiento, y a la revocación del consentimiento del asegurado cuando sea distinto al contratante, por ser condición para contratar operaciones crediticias, previstas en los incisos 2, 8 y 12 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (Reglamento de Conducta);

Que, la presente resolución modifica las condiciones mínimas previstas en los artículos 7, 9, 10, 13, y 19 de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Desgravamen”, sin perjuicio de los demás cambios incorporados en el modelo de póliza;

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Asesoría y Supervisión Legal, 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 Conducta y el Reglamento de Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas contempladas en los artículos 7, 9, 10, 13, y 19 de las Condiciones Generales del producto “Seguro de Desgravamen”, cuyas últimas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 1868 - 2021 de fecha 24 de junio de 2021, solicitada por la Compañía; como consta en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Registrar las modificaciones propuestas por la Compañía en virtud del procedimiento de modificación contemplado en el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro. En tal sentido, la Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado “Seguro de Desgravamen”, incorporado en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 18° del Reglamento de Conducta, la Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto “Seguro de Desgravamen” modificado, conjuntamente con la presente Resolución y las resoluciones de aprobación de condiciones mínimas previas; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese.

MILA GUILLEN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE ASESORIA JURIDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1 CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 7: PRIMA

(...)

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

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

Durante la suspensión de la cobertura del seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del contrato. De optar por la resolución de la póliza, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación cursada por escrito por la Compañía en la que le informe sobre dicha decisión. Respecto a la resolución del Certificado, ésta surtirá efectos luego del envío de una comunicación escrita al Contratante y al Asegurado, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.

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

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto.

Los pagos de prima efectuados al comercializador por el Contratante del seguro, o terceros encargados del pago, se consideran abonados a la Compañía en la fecha de realización del pago.

ARTICULO 9: RESOLUCIÓN

El Contrato o el Certificado de Seguro, podrán quedar resuelto perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, según las consideraciones y plazos detallados a continuación:

a) Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver el contrato y/o el certificado de Seguro, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita al Contratante en el caso de resolución de la póliza y al Contratante y Asegurado en el caso de resolución del certificado, cuando corresponda, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

b) Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado, lo cual deben realizar apenas producida la agravación.

Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, ésta deberá comunicar al Contratante y Asegurado, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del certificado, modificarlas o resolverlo. En el caso que la agravación no haya sido comunicada, el referido plazo se contará desde el momento en que la Compañía tuvo conocimiento de la agravación. Se precisa que el certificado no podrá ser modificado o resuelto como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del contrato. La resolución de contrato surtirá efectos desde el día siguiente de notificada la resolución.

c) El Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Protecta Security deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante y Asegurado, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a Protecta Security la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo Protecta Security procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas, quien estará en la obligación de devolverla al Asegurado, en caso que éste la haya pagado. Si esta devolución de prima al Asegurado no se realiza en el plazo máximo de 30 días contados desde la fecha en que se puso a disposición del Contratante la prima, el Asegurado deberá informar de este hecho por escrito a la Compañía. La presente causal de resolución se aplicará sin perjuicio de proceder a la evaluación del siniestro según los plazos previstos en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro.

d) El Contrato de Seguro y/o el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto en caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y esta sea constatada antes de que se produzca un siniestro. La Compañía presentará al Contratante y/o Asegurado una propuesta de revisión de la Póliza y/o el Certificado de Seguro dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada, por el Contratante en caso del Contrato y por el Asegurado en caso del Certificado, en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el Contrato de Seguro o el Certificado de Seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al Contratante en el caso de resolución de la Póliza y al Contratante y Asegurado en el caso de resolución del Certificado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

e) El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante de forma automática, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado automáticamente, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato. Al tratarse de un seguro no masivo, le corresponde a la Compañía realizar la devolución de la prima no devengada a prorrata, la cual se computa a partir de la fecha de la solicitud de resolución del contrato.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

ARTICULO 10: NULIDAD

El Contrato de Seguro o el Certificado de Seguro ha sido extendido por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en la Solicitud de Seguro y en los cuestionarios relativos a su salud.

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

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

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

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

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

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

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

10, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros. El Contratante estará en la obligación de devolver las primas recibidas al Asegurado, en caso éste último haya pagado la prima. La devolución de la prima se realizará en el plazo de treinta (30) días contados desde que recibas la comunicación sobre la nulidad de tu póliza.

ARTÍCULO 13: 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 seguro.

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 Certificado de Seguro, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) salvo que en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante del Contrato de Seguro se especifiquen requisitos diferentes para las coberturas adicionales:

En caso de Muerte Natural:

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Natural del Asegurado, el Beneficiario 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. Acta de defunción del Asegurado emitido por RENIEC.
- b. Certificado de defunción del Asegurado emitido por el médico tratante o establecimiento de salud.
- c. Información formal del 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 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. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- c. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Resultado de Dosaje Etilico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- d. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Resultado del examen toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal si lo hubiere.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o 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 simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Resultado de dosaje etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- e. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- f. Información formal del Saldo Insoluto del Crédito, 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.
- g. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

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 Seguro, si lo estima conveniente para la evaluación del siniestro, así como informes, declaraciones, certificados médicos.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. 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 o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente Póliza.

ARTICULO 16: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

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

ARTICULO 18: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

a. Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales durante la vigencia del Contrato de Seguros deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión, de manera previa y 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.

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

b. A la renovación del contrato

Cuando la Compañía decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso el Contratante no responda y siempre que se trate de un contrato de seguro con Cláusula de Renovación Automática, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones, debiendo la Compañía emitir la Póliza renovada con las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO 19: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde la ocurrencia del Siniestro, con excepción de los reclamos y acciones relativos a las coberturas por





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.



**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN
PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000XXX**

Código SBS VI2097400007 adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley N° 29946, el contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima. En consecuencia, la aceptación de la presente solicitud de seguro por parte de la Compañía determinará el perfeccionamiento del contrato de seguro.

La entrada en vigor del presente contrato de seguro no determina el inicio de la vigencia de la cobertura, la cual se regirá por el acuerdo de las partes expresado en las condiciones particulares de la Póliza de Seguros, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946.

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o razón social: PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (en adelante "Protecta Security")		RUC: 20517207331
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono: Lima 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	Correo Electrónico: clientes@protectasecurity.pe

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o razón social: XXXXXXXXXXXXXXXXXX	RUC: XXXXXXXXXXXXX
Domicilio: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Teléfono: XXXXXX

ASEGURADO

1	Nombres y Apellidos:	DNI, CE, Otro:
		Fecha de Nacimiento:
		Sexo:
	Domicilio:	Teléfono:
		Correo Electrónico:

ASEGURADO ADICIONAL - XXXX

X	Nombres y Apellidos:	DNI, CE, Otro:
		Fecha de Nacimiento:
		Sexo:
	Domicilio:	Teléfono:
		Correo Electrónico:

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal

Denominación o razón social: XXXXXXXXXXXXXXXXXX.	Relación con el asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado
--	--

COBERTURA DEL SEGURO

Riesgos cubiertos:

1	<p>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.</p>
2	<p>Muerte Accidental Se refiere al fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.</p>
3	<p>Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad 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 accidentes 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</p> <p>Se considera una Invalidez Total y Permanente, declarada por un profesional médico colegiado, a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida • Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente • Pérdida Total de los ojos • Pérdida Total de los dos brazos o de ambas manos • Pérdida Total de las dos piernas o de ambos pies • Pérdida Total de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna • Pérdida Total de una mano y de un pie o de un brazo y un pie <p>Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.</p> <p>La Invalidez por Enfermedad es aquel estado patológico que ocasiona invalidez y que sobreviene al Asegurado como consecuencia directa de sus actividades en su vida cotidiana, la misma que puede originarse a causa de cualquiera de las situaciones descritas previamente.</p> <p>La calificación de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, así como el tipo de indemnización que genera estará a cargo de la Compañía de acuerdo a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema Privado de Pensiones (SPP). En caso de desacuerdo con la decisión de la Compañía, las partes nombrarán un perito especializado, quien dirimirá la discrepancia. En caso de no concordar en el nombramiento del perito las partes se someterán a los mecanismos de solución de controversias convenidos</p>
4	<p>Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves (Cobertura Adicional, en caso se haya contratado) Serán aquellas quemaduras de tercer grado que afecten al Asegurado por lo menos en el porcentaje de la superficie corporal del Asegurado, conforme con la Regla de los Nueve o la Carta de Superficie Corporal de Lund Browder. La indemnización por esta cobertura representa un adelanto de la Suma Asegurada de la cobertura del seguro. Por lo tanto, una vez realizado este adelanto, dicho monto se descontará de la cobertura del seguro.</p>
5	<p>Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidentes Graves (Cobertura Adicional, en caso se haya contratado) Cuando por consecuencia o cualquier causa derivada de un accidente grave, el asegurado debe ser internado en un establecimiento hospitalario por un plazo mínimo de xxxx (xx) días. La indemnización por esta cobertura representa un adelanto de la Suma Asegurada de la cobertura del seguro. Por lo tanto, una vez realizado este adelanto, dicho monto se descontará de la cobertura del seguro.</p>
6	<p>Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad (Cobertura Adicional, en caso se haya contratado) Cuando a causa de un accidente o enfermedad el Asegurado sufra una Incapacidad Temporal que le impida ejercer total o parcialmente su trabajo comercio o actividad económica.</p>
7	<p>Cobertura del Cónyuge o Conviviente (Cobertura Opcional, en caso se haya contratado): Se aplicarán las coberturas detalladas anteriormente, bajo las mismas condiciones que para el titular en su condición de Asegurado.</p>
8	<p>Cobertura del Asegurado Adicional (Cobertura Opcional, en caso se haya contratado): Se aplicarán las coberturas detalladas anteriormente, bajo las mismas condiciones que para el titular en su condición de Asegurado.</p>
9	<p>Desamparo Súbito Familiar: (Cobertura Adicional, en caso se haya contratado) La Compañía indemnizará a los hijos menores de 18 años y/o los hijos mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente, del Asegurado y su Cónyuge o conviviente,</p>

la Suma Asegurada, si el Asegurado y su Cónyuge o conviviente sufren un mismo accidente, en un mismo evento, amparado por la Póliza, que dé lugar al fallecimiento de ambos.

DECLARACIÓN DEL RIESGO

I. Declaración del Asegurado Titular del Crédito

¿Padece actualmente una enfermedad diagnosticada por un médico colegiado?, como por ejemplo: diabetes mellitus, cáncer, trastornos o afecciones del aparato respiratorio, del corazón, del aparato circulatorio, del sistema nervioso o psíquico, del aparato digestivo, del aparato urinario o genital, del metabolismo, de la sangre y/o del sistema inmunológico o enfermedades infecciosas.

SI

NO

El Asegurado declara que las respuestas consignadas en el presente documento son completas y verdaderas, que es de su conocimiento que cualquier declaración inexacta u ocultación hecha con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios del seguro.

II. Declaración del Cónyuge o Asegurado Adicional del Crédito

¿Padece actualmente una enfermedad diagnosticada por un médico colegiado?, como por ejemplo: diabetes mellitus, cáncer, trastornos o afecciones del aparato respiratorio, del corazón, del aparato circulatorio, del sistema nervioso o psíquico, del aparato digestivo, del aparato urinario o genital, del metabolismo, de la sangre y/o del sistema inmunológico o enfermedades infecciosas.

SI

NO

El Asegurado declara que las respuestas consignadas en el presente documento son completas y verdaderas, que es de su conocimiento que cualquier declaración inexacta u ocultación hecha con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios del seguro.

Si la respuesta es afirmativa (SI), deberá llenar una Declaración Personal de Salud (DPS). Protecta Security se reserva el derecho de solicitar cuestionarios y/o exámenes médicos, en caso lo estime conveniente, para la correcta estimación del riesgo.

OTRAS DECLARACIONES

- Las partes reconocen que la presente Solicitud, en caso de ser aceptada, pasará a formar parte integrante del contrato de seguro.
- El Asegurado mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza a las entidades médicas, así como a los médicos tratantes y laboratorios para que suministren a Protecta Security cualquier información que requiera, dispensándolos del secreto profesional.
- El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.
- El Contratante ha recibido un ejemplar de las Condiciones Generales, Particulares y Adicionales de la Póliza que solicita, tomando conocimiento de su contenido, habiendo sido informado de forma detallada y clara sobre las características de la Póliza.

IMPORTANTE

Protecta Security comunicará al Contratante dentro de los 15 días de presentada la Solicitud si esta ha sido rechazada salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo. Protecta Security está en la obligación de entregar la Póliza de Seguro, si no media rechazo previo de la misma. En caso la Póliza de Seguro se entregue al Contratante y el Asegurado sea persona distinta, este último podrá solicitar copia de la Póliza a Protecta Security.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a Protecta Security. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por Protecta Security.

Los pagos efectuados a los comercializadores por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, se consideran abonados a la empresa en la fecha de realización del pago. Asimismo, la empresa debe prever que el comercializador lleve el control de dichos pagos

Toda declaración inexacta u ocultación de información efectuada con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios de este seguro, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8 de la Ley N° 29946.

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

EL ASEGURADO expresa su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que, en el marco de la relación contractual por seguros que tiene con Protecta Security, sus datos personales puedan ser tratados; esto es, puedan ser recopilados, registrados, almacenados, conservados, utilizados, transferidos nacional e internacionalmente o reciban cualquier otra forma de procesamiento por parte de Protecta Security, a fines de poder brindarle adecuada y oportunamente el servicio de seguro que ha sido contratado. Con el propósito de cumplir la finalidad mencionada precedentemente, Protecta Security podrá autorizar a empresas asociadas o miembros del grupo económico al que pertenece la misma y/o terceros con los cuales Protecta Security tenga una relación contractual derivada del contrato de seguro, realizar el tratamiento de los datos personales de titularidad de **EL ASEGURADO**.

Los datos proporcionados serán incorporados en el banco de datos personales de **PROTECTA SECURITY** denominado "Banco de Datos de Clientes" con Código RNPDP N° 1567 mientras que dure la relación contractual. Posteriormente a la misma, se conservarán para acciones promocionales si usted lo ha autorizado.

Asimismo, **EL ASEGURADO** manifiesta su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para que Protecta Security utilice sus datos personales con fines comerciales y publicitarios; esto es, que la misma le pueda remitir información sobre los productos y servicios que brinda y que considere de interés de **EL ASEGURADO**. Para ello, Protecta Security manifiesta que la base de datos donde se almacenan los datos personales de **EL ASEGURADO** cuenta con estrictas medidas de seguridad.

Asimismo, las partes acuerdan que **EL ASEGURADO** podrá dirigirse a la oficina de Protecta Security ubicada en la Av. Domingo Orué N° 165, Piso 8, en el caso que quisiera revocar el consentimiento brindado a través de la presente Cláusula, así como para ejercer los derechos de información, acceso, actualización, inclusión, rectificación, supresión y oposición previstos en la Ley N° 29733 y su Reglamento.

EL ASEGURADO otorga su consentimiento para que Protecta Security actúe de acuerdo a lo señalado en esta Cláusula:

SI () NO ()

INFORMACION ADICIONAL

La Póliza, el Certificado de Seguro y demás documentación que componen el contrato de seguro será entregada por medios electrónicos, siendo enviada al correo electrónico consignado en la presente solicitud de seguro.

Fecha de firma	Firma de contratante	Firma del Asegurado
		Firma del Cónyuge o Conviviente
		Firma del Asegurado Adicional

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO DE DESGRAVAMEN

Moneda: Soles

VERSIÓN: 24.06.2021

Código SBS VI2097400007 *adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias*

**PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN
CONDICIONES PARTICULARES**

CÓDIGO SBS: VI209740007

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

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo, de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales del **Seguro de Desgravamen**, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Certificados, Condiciones Especiales, Anexos y Endosos que se adhieran a la Póliza; **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:

POLIZA: 0000000XXX **VIGENCIA:** Desde las 0.00 horas del XX/XX/XXXX
Hasta las 0.00 horas del XX/XX/XXXX

PROTECTA S.A. Compañía de Seguros

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

ARTÍCULO PRIMERO: CONTRATANTE

Razón Social : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX *
RUC : XXXXXXXXXXXXX
Dirección : XX
Teléfono : XXXXXXXX

(*) En adelante, "xxxxxxxxxx"

ARTÍCULO SEGUNDO: ASEGURADOS

Personas naturales, titular del crédito vigente con la entidad financiera (el Contratante), que ha presentado la solicitud de seguro aceptada por la Compañía. Adicionalmente, se podrá asegurar opcionalmente al cónyuge o conviviente del Asegurado Titular, o a un Asegurado Adicional. Los datos de identificación del asegurado se encuentran detallados en el correspondiente Certificado

Se precisa que los asegurados serán aquellas personas incorporadas al grupo asegurado y que cuentan con un certificado que acredita su incorporación al grupo.

ARTÍCULO TERCERO: COBERTURAS BASICAS

Muerte Natural:

Muerte Accidental:

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

ARTÍCULO CUARTO: COBERTURAS ADICIONALES (en caso hayan sido contratadas)

- Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves
 - Hasta un límite máximo de S/ XX,XXX Soles o su equivalente en Dólares Americanos
- Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidentes Graves:
 - Días mínimos de hospitalización: XXXX
 - Hasta un límite máximo de S/ XX,XXX Soles o su equivalente en Dólares Americanos
- Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad
 - Máximo: XX cuotas fijas mensuales
 - XX Siniestros
- Cobertura del Cónyuge o conviviente
- Cobertura para Asegurado Adicional
- Desamparo Súbito familiar
 - Hasta un límite máximo de S/ XX,XXX Soles o su equivalente en Dólares Americanos

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

ARTÍCULO QUINTO: INICIO DE VIGENCIA Y COBERTURA

Inicio de Vigencia: El inicio de la vigencia del Certificado xxxxx, empieza con el desembolso del crédito, o con el otorgamiento de la línea o tarjeta de crédito, según corresponda)

Inicio de Cobertura: La cobertura del Certificado iniciará a las cero (00:00) horas del día que inicia la vigencia del Certificado y terminará a las cero (00 horas del último día de vigencia del Certificado).

ARTÍCULO SEXTO: SUMA ASEGURADA

La **Suma Asegurada** es el Monto Inicial del Crédito desembolsado al Asegurado o el Saldo Insoluto del Crédito al momento del Siniestro.

Para el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad, en caso haya sido contratada, la suma asegurada es equivalente a un máximo de hasta xxxx (xx) cuotas fijas mensuales del crédito desembolsado al Asegurado,

El cúmulo máximo de **Suma Asegurada** por persona es de US\$ xxx,xxx dólares americanos o su equivalente en moneda nacional, incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. Se considerarán todos los créditos desembolsados por un plazo mayor de XXX (XX) meses.

ARTÍCULO SETIMO: PRIMA

PRIMA COMERCIAL: Resultado de la aplicación de la tasa de...% sobre el monto del crédito o sobre el saldo insoluto del crédito

PRIMA COMERCIAL + IGV: Tasa de ...% + IGV

En caso de contratación de Coberturas Adicionales:

Para el caso de la cobertura opcional para el cónyuge o conviviente se considera una tasa de..... % [desagregar PRIMA COMERCIAL + IGV]

Para el caso de la cobertura opcional para el asegurado adicional se considera una tasa de..... % [desagregar PRIMA COMERCIAL + IGV]

Para el caso de la cobertura opcional para la persona clave se considera una tasa de..... % [desagregar PRIMA COMERCIAL + IGV]

Queda expresamente establecido que **Protecta Security** otorga a "xxxxxxxxxx" el beneficio del pago fraccionado de la Prima sin intereses en los términos indicados en el Convenio de Pago.

Los efectos del incumplimiento del pago de la prima se encuentran especificados en las Condiciones Generales y en el Convenio de Pago suscrito por **Protecta Security** y "xxxxxxxxxx"

Distribución de la Prima Comercial: (en el caso que no se haya previsto una prima única que contemple coberturas adicionales)

Cobertura Principal: XXX %
Coberturas Opcionales: XXX %

ARTÍCULO OCTAVO: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES

No se consideran.

ARTÍCULO NOVENO: BENEFICIARIO

El contratante (entidad financiera) es el Beneficiario por el Saldo Insoluto del Crédito.

BENEFICIARIO	
Razón Social:	
RUC:	
Dirección:	
Teléfono	
Correo electrónico:	

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: MONEDA

Soles.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: COMISIONES

Información del Corredor de Seguros:

Nombre : XXX
Código de Registro : XXX



Porcentaje de Comisión : **XX%**, calculado sobre la prima comercial

Información del Comercializador:

Nombre : XXX
RUC : XXX
Porcentaje de Comisión : **XX%**, calculado sobre la prima comercial

Información de Promotores de Seguros :

Nombre : XXX
RUC : XXX
Porcentaje de Comisión : **XX%**, calculado sobre la prima comercial

La Compañía no otorgará bonificaciones, premios u otros beneficios a los corredores de seguros y/o comercializadores.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: RENOVACIÓN

Cuando la Compañía decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso el Contratante no responda y siempre que se trate de un contrato de seguro con Cláusula de Renovación Automática, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones, debiendo la Compañía emitir la Póliza renovada con las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: CONSIDERACIONES ADICIONALES

Declaración Personal de Salud:

Se exige la presentación de la Declaración de Riesgo contenida en la correspondiente Solicitud de Seguro en todos los casos. De estimarlo necesario Protecta Security podrá adicionalmente solicitar la suscripción de la Declaración Personal de Salud. (DPS).

Para créditos mayores a S/ XX,XXX Soles o su equivalente en Dólares Americanos, se deberá efectuar una Declaración Personal de Salud (DPS) por los titulares de créditos y sus respectivos cónyuges o convivientes y/o Asegurado Adicional (en caso opte por contratar la cobertura adicional), así como aquellos Asegurados y sus respectivos cónyuges mayores a la edad indicada, como requisito previo para la aprobación de la correspondiente Solicitud de Seguro; la cual será evaluada por Protecta Security para determinar su aprobación o rechazo.

Se solicitará el llenado de la DPS para cada persona solicitante del seguro de desgravamen (titular, cónyuge, conviviente, asegurado adicional o Persona Clave).

En cualquier caso, sin perjuicio del importe del crédito otorgado o la edad del titular, Protecta Security podrá requerir información adicional al titular del crédito

a su cónyuge o conviviente, asegurado adicional o al personal clave (tales como informes médicos, cuestionarios, entre otros) o el sometimiento a exámenes médicos.

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

Persona Clave: Se podrá considerar como Persona Clave de la empresa, a la persona que tenga una relación de dependencia formal y estable con la empresa prestataria de "xxxxxxxx", y que adicionalmente se encuentre designada como representante legal de la empresa.

Bancaseguros: Las comunicaciones cursadas por el **Asegurado, Contratante o Beneficiario** al comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a **Protecta Security**. Asimismo, los pagos efectuados por el **Contratante o Asegurado** al comercializador se consideran abonados a **Protecta Security** en la fecha de realización del pago.

Período de Carencia o Espera: XX

Edades:

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

En todos los casos, Protecta Security tiene la facultad de solicitar exámenes médicos o cuestionarios adicionales al solicitante del crédito, en caso lo considere necesario previo a la aprobación de la declaración personal de Salud Adicional.

Para el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad, en caso haya sido contratada, los límites son:

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

Declaración de Información: "Xxxxxxxxx" deberá reportar en forma mensual a Protecta Security la información que se detalla en el Anexo.... y deberá incluir a todos los asegurados cubiertos por la presente póliza en el mes declarado

Es condición de la póliza la veracidad de las declaraciones mensuales efectuadas por la "xxxxxxxx". Protecta Security tendrá el derecho de inspeccionar, revisar y verificar en las oficinas de "xxxxxxxx".

Forma y Lugar de Pago del Contratante: Mensual –Dentro de los primeros 10 días calendario siguientes a la fecha de recepción del correspondiente comprobante de pago emitido por Protecta Security.

Salvo que el Convenio de Pago suscrito entre **Protecta Security** y "xxxxxxx" establezca un acuerdo distinto una vez aprobada la solicitud de seguro, "xxxxxxx" tendrá un plazo máximo de 30 días para efectuar el pago de la primera cuota de la prima fraccionada.

En virtud de lo dispuesto por el artículo 7 del Reglamento de Pago de Primas e Pólizas de Seguro, el incumplimiento del pago de la prima en las condiciones pactadas originará la suspensión automática de la cobertura del seguro transcurridos 30 días desde la fecha de vencimiento del plazo para el pago de la cuota respectiva, previa comunicación escrita por parte de Protecta Security al Contratante y Asegurado indicándole el plazo del que dispone para efectuar el pago antes de que se produzca la suspensión de la cobertura del seguro. Durante la suspensión de la cobertura, periodo por el cual Protecta Security no estará obligada a cubrir los siniestros ocurridos.

En cualquier caso el contrato de seguro se entenderá extinguido de conformidad con lo dispuesto por el artículo 11 del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros si dentro de los (90) días siguientes al vencimiento del plazo otorgado para el pago de la cuota de la prima, Protecta Security no reclama el pago de la misma. Se entiende por reclamo del pago de primas el inicio por parte de Protecta Security de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago.

Comercialización a través de un Comercializador:

La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada.

La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Revisión de Condiciones

Se revisarán y evaluarán las condiciones anualmente.

Asimismo, se evaluará periódicamente la siniestralidad de la Póliza, a fin de reajustar la tasa, de ser necesario. De conformidad con lo dispuesto del artículo 30 de la Ley del Contrato de Seguro, las propuestas de reajuste de la tasa o cualquier otra modificación de los términos contractuales deberán ser comunicadas de manera previa y por escrito al Contratante quien deberá manifestar su aceptación o rechazo a los nuevos términos contractuales propuestos, de manera previa y por escrito, en un plazo de 30 días contado desde la fecha de recepción de la comunicación escrita. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato.

Datos Personales:

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

Condicionados y

Cláusulas Adicionales	Condicionado General de Seguro de Desgravamen Xxxx xxxx xxxx
Beneficios	XXX

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: CANALES DE COMUNICACIÓN

El Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá contactarse a los siguientes canales para recibir orientación:

- Atención al Cliente: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: clientes@protectasecurity.pe
- Página Web: www.protecta security.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.

**Protecta
Compañía de Seguros**

**XX / XX / XXXX
Fecha de Emisión**

**Protecta
Compañía de Seguros**

Condiciones Generales

CARATULA CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE DESGRAVAMEN

INDICE CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE DESGRAVAMEN

ÍNDICE

Artículo 1: Definiciones

Artículo 2: Descripción del Seguro y Coberturas

Artículo 3: Asegurados

Artículo 4: Inicio de Vigencia y Plazo

Artículo 5: Exclusiones

Artículo 6: Beneficiarios

Artículo 7: Prima

Artículo 8: Terminación

Artículo 9: Resolución

Artículo 10: Nulidad

Artículo 11: Reticencia y/o Declaración Inexacta

Artículo 12: Rehabilitación de Póliza

Artículo 13: Aviso de Siniestro y Solicitud de Cobertura

Artículo 14: Comunicación entre las partes

Artículo 15: Atención de Reclamos y Defensoría del Asegurado

Artículo 16: Mecanismos de Solución de Controversias y Legislación Aplicable

Artículo 17: Moneda

Artículo 18: Modificación de las Condiciones Contractuales

Artículo 19: Prescripción

Artículo 20: Predominio de Condiciones y/o Cláusulas

Artículo 21: Indisputabilidad

Artículo 22: Consideraciones Adicionales

INTRODUCCION

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental e invalidez total y permanente por enfermedad o accidente creado mediante Ley N° 29355.

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el **Contratante**, a nombre del **Asegurado**, y/o por el Corredor de Seguros en su representación, 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 Desgravamen**, **Condiciones Particulares**, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas Adicionales, Certificados y en los Anexos que se adhieran a la **Póliza**; **PROTECTA S.A. Compañía de Seguros** (en adelante la "**Compañía**") conviene en amparar al Asegurado contra los riesgos expresamente contemplados en la **Póliza**, en los términos y condiciones siguientes:

ARTICULO 1: DEFINICIONES

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

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del **Asegurado**, ocasionándole su fallecimiento, 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.

Actividad riesgosa y/o deporte riesgoso: Todo quehacer o trabajo practicado en forma diaria o de manera habitual, que es ejercido en condiciones de peligrosidad porque conlleva un daño para la salud o para la integridad física de la persona, así como toda actividad deportiva de ocio o profesional que comporta una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

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 el Titular del crédito vigente con la entidad financiera indicada en las **Condiciones Particulares** de la **Póliza**, que ha presentado la solicitud de seguro aceptada por la **Compañía**.

Asegurado Adicional: Es la persona natural cuyos datos de identificación constan en la **Solicitud** de la **Póliza** y cuya vida se asegura mediante la contratación de una Cláusula Adicional.

Beneficiario: Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en las Condiciones Particulares del presente contrato de seguro en caso de ocurrencia de un siniestro. Los Beneficiarios podrán tener derechos indemnizatorios distintos, siendo la Entidad financiera que otorga el crédito al Asegurado, quien tiene derecho a recibir la indemnización establecida en las Condiciones Particulares.

Buena Salud: No adolecer de enfermedad o dolencia pre existente.

Compañía: PROTECTA S.A. Compañía de Seguros.

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

Declaración Personal de Salud (DPS): Declaración que deberá ser efectuada por los titulares de créditos que superen el importe indicado en las Condiciones Particulares y sus respectivos cónyuges o convivientes, en caso se opte por contratar la cobertura adicional para cónyuge o conviviente, así como aquellos Asegurados y sus respectivos cónyuges mayores a la edad indicada en las Condiciones Particulares, como requisito previo para la aprobación de la correspondiente Solicitud de Seguros.

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

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

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

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

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.

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

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

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.

Persona clave: Se refiere a la persona que actúa como garante o aval a favor del **Asegurado**.

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

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

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

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

Saldo Insoluto: Monto del crédito no cancelado a la fecha del Siniestro. No incluye intereses.

Seguro de Grupo: Contrato de seguro que cubre en un solo contrato a múltiples Asegurados que integran una colectividad homogénea.

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

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

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

ARTICULO 2: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS

Para efectos de este seguro, se otorga las siguientes coberturas:

Muerte Natural: la Compañía indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada después de acreditarse la Muerte Natural del Asegurado.

Muerte Accidental: la Compañía indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

Invalidez Total y Permanente por Accidente o 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.

Se considera una Invalidez Total y Permanente a lo siguiente:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida
- Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente
- Pérdida total de los ojos
- Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos
- Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies
- Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna
- Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie

Por pérdida total se entiende, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La Invalidez por Enfermedad es aquel estado patológico que ocasiona invalidez y que sobreviene al **Asegurado** como consecuencia directa de sus actividades en su vida cotidiana, la misma que puede originarse a causa de cualquiera de las situaciones descritas previamente.

La calificación de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, así como el tipo de indemnización que genera estará a cargo de la Compañía de acuerdo a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema Privado de Pensiones (SPP). En caso de desacuerdo con la decisión de la Compañía, las partes nombrarán un perito especializado, quien dirimirá la discrepancia. En caso de no concordar en el nombramiento del perito las partes se someterán a los mecanismos de solución de controversias convenidos.

La Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares será pagada por la Compañía al Beneficiario Principal y/o Beneficiarios Adicionales, según corresponda, después de acreditarse, durante el periodo de cobertura, la ocurrencia de alguno de los eventos detallados en las Condiciones Particulares y Especiales, de acuerdo a los términos pactados en las Condiciones Generales y Particulares, y hasta los límites de las Sumas Aseguradas contratadas.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

Podrá asegurarse bajo la presente **Póliza** cualquier persona que goce de Buena Salud, siempre que cumpla con los requisitos de edad establecidos en las Condiciones Particulares de la **Póliza**.

La edad declarada por el **Asegurado** debe comprobarse con documento oficial en los casos que así lo juzgue necesario la **Compañía**, después de producido el Siniestro.

Si se comprobase que el **Asegurado** al momento de presentar la solicitud de Seguro, realizó una declaración inexacta respecto de su edad, superando la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares de la **Póliza**, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 10 de las presentes Condiciones Generales.

ARTICULO 4: INICIO DE VIGENCIA Y PLAZO

Salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una disposición distinta, de conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes pactan que la cobertura del presente seguro se iniciará con el desembolso del crédito, otorgamiento de la línea o tarjeta de crédito a favor del **Asegurado** y tendrá vigencia hasta la cancelación o término del plazo del crédito o cancelación de la línea o tarjeta de crédito. El presente contrato de seguro será renovado automáticamente en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior salvo que alguna las partes manifieste su voluntad de no renovarlo con un plazo no menor de treinta (30) días previos a su vencimiento o se proceda con el procedimiento de modificación de póliza indicado en el artículo 18° del presente Condicionado General.

La cobertura iniciará a las doce (12) horas del día que inicia la vigencia y terminará a las doce (12) horas del último día de vigencia del contrato.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES

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

a. Enfermedades preexistentes, entendiéndose como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le hayan diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud.

b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.

c. 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.

d. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho de recibir la Suma Asegurada de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.

e. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.

f. Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeta a itinerario.

g. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.

h. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, buceo profesional o de recreo, inmersión o caza submarina, canotaje y práctica de surf.

i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.

j. Cualquier accidente que se produzca bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.5gr/lt. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto pasivo al momento del Sinistro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo.

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

ARTÍCULO 6: BENEFICIARIOS

Se considera como **Beneficiario** a la entidad financiera que otorga el crédito al **Asegurado**, la cual tiene derecho a recibir la indemnización establecida en las **Condiciones Particulares**.

Considerando la naturaleza del interés asegurable objeto del presente contrato de seguro, la designación del **Beneficiario** de la **Póliza** será de carácter irrevocable, por lo que el **Asegurado** no podrá efectuar ningún cambio de **Beneficiario**, salvo por autorización expresa del propio **Beneficiario** indicado en un Endoso posterior.

Asimismo, por la naturaleza del presente seguro, el **Beneficiario** podrá asumir el pago de la prima que deberá pagar el **Asegurado**.

ARTÍCULO 7: PRIMA

La prima es el valor determinado por la **Compañía** como el precio de las coberturas materia del presente contrato, y que en caso de corresponder, deberá ser pagada por el **Contratante** en las oficinas autorizadas por la **Compañía**, o, deberá ser pagada por cada Asegurado al Contratante, el cual transferirá las primas pagadas por la totalidad de Asegurados a la Compañía, la misma que incluye los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la

intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la Compañía.

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

De otorgarse el beneficio de fraccionamiento de prima el **Contratante** podrá pagar la prima correspondiente al período de vigencia del contrato de seguro en cuotas periódicas, según los términos acordados en el Convenio de Pago.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley, si bien el **Contratante** es el obligado al pago de la Prima, en caso de siniestro, tanto el **Asegurado** como los **Beneficiarios** serán solidariamente responsables por el pago de la prima pendiente.

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

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

Durante la suspensión de la cobertura del seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del contrato. De optar por la resolución de la póliza, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación cursada por escrito por la Compañía en la que le informe sobre dicha decisión. Respecto a la resolución del Certificado, ésta surtirá efectos luego del envío de una comunicación escrita al Contratante y al Asegurado, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.

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

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto.

Los pagos de prima efectuados al comercializador por el Contratante del seguro, o terceros encargados del pago, se consideran abonados a la Compañía en la fecha de realización del pago.

ARTÍCULO 8: TERMINACIÓN

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

a. A la ocurrencia del siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente Contrato.

- b. Al cumplir el **Asegurado** el límite de edad de permanencia establecido en las **Condiciones Particulares**.
- c. A la cancelación o término del plazo del crédito, tarjeta de crédito o Línea de Crédito.

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

- a. Al vencimiento del plazo de vigencia de la Póliza

ARTICULO 9: RESOLUCIÓN

El Contrato o el Certificado de Seguro, podrán quedar resuelto perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, según las consideraciones y plazos detallados a continuación:

a) Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver el contrato y/o el certificado de Seguro, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita al Contratante en el caso de resolución de la póliza y al Contratante y Asegurado en el caso de resolución del certificado, cuando corresponda, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.

b) Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado, lo cual deben realizar apenas producida la agravación. Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, ésta deberá comunicar al Contratante y Asegurado, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del certificado, modificarlas o resolverlo. En el caso que la agravación no haya sido comunicada, el referido plazo se contará desde el momento en que la Compañía tuvo conocimiento de la agravación. Se precisa que el certificado no podrá ser modificado o resuelto como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del contrato. La resolución de contrato surtirá efectos desde el día siguiente de notificada la resolución.

c) El Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por la presentación de la solicitud de cobertura fraudulenta por parte del Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso Protecta Security deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante y Asegurado, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a Protecta Security la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo Protecta Security procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas, quien estará en la obligación de devolverla al Asegurado, en caso que éste la haya pagado. Si esta devolución de prima al Asegurado no se realiza en el plazo máximo de 30 días contados desde la fecha en que se puso a disposición del Contratante la prima, el Asegurado deberá informar de este hecho por escrito a la Compañía. La presente causal de resolución se aplicará sin perjuicio de proceder a la evaluación del siniestro según los plazos previstos en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro.

d) El Contrato de Seguro y/o el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto en caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y esta sea constatada antes de que se produzca un siniestro. La Compañía presentará al Contratante y/o Asegurado una propuesta de revisión de la Póliza y/o el Certificado de Seguro dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada, por el Contratante en caso del Contrato y por el Asegurado en caso del Certificado, en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el Contrato de Seguro o el Certificado de Seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al

Contratante en el caso de resolución de la Póliza y al Contratante y Asegurado en el caso de resolución del Certificado, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

e) El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante de forma automática, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado automáticamente, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato. Al tratarse de un seguro no masivo, le corresponde a la Compañía realizar la devolución de la prima no devengada a prorrata, la cual se computa a partir de la fecha de la solicitud de resolución del contrato.

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

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

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

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

ARTICULO 10: NULIDAD

El Contrato de Seguro o el Certificado de Seguro ha sido extendido por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Asegurado en la Solicitud de Seguro y en los cuestionarios relativos a su salud.

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

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

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

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

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

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

La **Compañía** devolverá el íntegro de las **Primas pagadas**, sin intereses al **Contratante**, salvo en aquellos casos en que la nulidad del **Contrato** se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 10, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la **Compañía**, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros. El **Contratante** estará en la obligación de devolver las primas recibidas al **Asegurado**, en caso éste último haya pagado la prima. La devolución de la prima se realizará en el plazo de treinta (30) días contados desde que recibas la comunicación sobre la nulidad de tu **póliza**

Artículo 11: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:

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

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

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

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

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

Si el **Contratante y/ o Asegurado** realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el contrato o determinado la modificación de sus condiciones si la **Compañía** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, resultará aplicable lo dispuesto en el artículo 10 precedente. Queda expresamente establecido que se considerarán dolosas aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el **Contratante y/o Asegurado** que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento accesorio o complementario que forma parte de la **Póliza**.

ARTÍCULO 12: REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

En caso se haya establecido el pago de la prima en la modalidad de prima fraccionada, de producirse la suspensión de la cobertura del contrato como consecuencia del incumplimiento en el pago de la misma, el **Contratante** podrá solicitar su rehabilitación previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas.

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

ARTÍCULO 13: 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 seguro.

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 Certificado de Seguro, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) salvo que en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante del Contrato de Seguro se especifiquen requisitos diferentes para las coberturas adicionales:

En caso de Muerte Natural:

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Natural del Asegurado, el Beneficiario 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. Acta de defunción del Asegurado emitido por RENIEC.
- b. Certificado de defunción del Asegurado emitido por el médico tratante o establecimiento de salud.
- c. Información formal del 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 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. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- c. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- d. Original o copia con certificación de reproducción notarial 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 o 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 simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Resultado de dosaje étílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- e. Original o copia con certificación de reproducción notarial del Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- f. Información formal del Saldo Insoluto del Crédito, 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.
- g. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

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 Seguro, si lo estima conveniente para la evaluación del siniestro, así como informes, declaraciones, certificados médicos.

El Asegurado, mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza expresamente a la Compañía, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica, en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera. 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 o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la Compañía relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente Póliza.

ARTICULO 14: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Todas las comunicaciones entre la **Compañía** y el **Contratante** y/o **Asegurado** y/o **Beneficiario** deberán ser hechas por escrito por cualquiera de los medios de comunicación pactados. Las comunicaciones serán dirigidas a los domicilios señalados en las Condiciones Particulares.

Las comunicaciones cursadas por el **Asegurado** y/o **Contratante** y/o **Beneficiario** al comercializador por asuntos relacionados con la Póliza, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a la **Compañía**.

Cualquier variación en el domicilio, deberá ser comunicada a la otra parte por escrito con cargo de recepción, surtiendo efectos transcurridos quince (15) días calendario de recibida la comunicación en la que se señala el nuevo domicilio.

En caso el **Contratante** solicite la Resolución del Contrato según lo indicado en el Artículo 9°, es responsabilidad del **Contratante** informar a los **Asegurados** la resolución del contrato, indicando la fecha desde cuándo se hará efectiva, esta comunicación debe producirse con 30 días anticipación a la Resolución del Contrato.

ARTICULO 15: ATENCIÓN DE RECLAMOS Y DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Los reclamos que quiera presentar el **Contratante**, o el **Asegurado** o el **Beneficiario** deberán ser realizados en la **Plataforma de Atención al Cliente** de **Protecta Security**. El plazo para que **Protecta Security** atienda los reclamos presentados debe ser no mayor a quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente hábil de su presentación. 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
 - Página Web: 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, así como en la **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS)** en caso únicamente de denuncias y/o en el **Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI)**.

ARTICULO 16: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

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

ARTICULO 17: MONEDA Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta **Póliza**, se cumplirán en la misma moneda en la que se encuentren expresadas las coberturas en las Condiciones Particulares.

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la **Póliza** quedará automáticamente convertida a la moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. La **Compañía** tiene un plazo de treinta (30) días para comunicar al **Contratante** y **Asegurados** de la **Póliza**, las modificaciones efectuadas.

ARTICULO 18: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

a. Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales durante la vigencia del Contrato de Seguros deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión, de manera previa y 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.

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

b. A la renovación del contrato

Cuando la Compañía decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso el Contratante no responda y siempre que se trate de un contrato de seguro con Cláusula de Renovación Automática, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones, debiendo la Compañía emitir la Póliza renovada con las modificaciones en caracteres destacados.

ARTÍCULO 19: PRESCRIPCIÓN

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

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

ARTÍCULO 20: PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLAUSULAS

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

ARTÍCULO 21: INDISPUTABILIDAD

Esta **Póliza** será indisputable cuando hayan transcurrido dos (02) años completos desde la celebración del contrato, salvo cuando la reticencia o falsa declaración son hechas con dolo, en perjuicio de la **Compañía**, sea que éste se produzca al momento de la contratación del seguro, durante la vigencia de la **Póliza** o en la solicitud de cobertura del siniestro.

ARTÍCULO 22: CONSIDERACIONES ADICIONALES

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

1) Es obligación de la **Compañía** entregar la **Póliza** al **Contratante** del Seguro, así como los Certificados de Seguro conforme al número de **Asegurados**, dentro del plazo de quince (15) días después de recibida la Solicitud de Seguro, si no media rechazo previo de la solicitud.

2) En caso la **Póliza** se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por la **Compañía** y el contenido de aquella difiera de dicha propuesta, la diferencia se considerará tácitamente aceptada por el **Contratante** si éste no efectúa el reclamo correspondiente dentro de los treinta (30) días de haber recibido la **Póliza**. La aceptación tácita sólo se presumirá cuando la **Compañía** hubiere comunicado al **Contratante** en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la **Póliza**, la existencia de diferencias, otorgándole además un plazo de treinta (30) días para rechazarlas. De omitir la **Compañía** la referida comunicación, las diferencias se entenderán como no escritas, salvo que éstas resulten más beneficiosas para el **Asegurado**.

3) Es obligación del **Contratante** y/o del **Asegurado** notificar por escrito a la **Compañía** los hechos o circunstancias de Agravación del Riesgo ni bien estos conozcan su ocurrencia. En aquellos casos en que el **Contratante** y/o **Asegurado** no comuniquen la Agravación del Riesgo, la **Compañía** queda liberada de su prestación, si es que el Siniestro se produce mientras subsiste la Agravación del Riesgo, salvo que:

- a. El **Contratante** y/o **Asegurado** incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable
- b. Si la Agravación del Riesgo no influye en la ocurrencia del Siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la **Compañía**.
- c. Si la **Compañía** no opta por la resolución del Contrato de Seguro o no propone su modificación dentro del plazo de quince (15) días.
- d. Si la **Compañía** conociese la situación de Agravación del Riesgo al momento en que debió efectuarse la comunicación.

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

La **Compañía** no puede modificar el seguro de vida, ni dejarlo sin efecto, ni incrementar la prima, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que éste no conociera a momento de la celebración del contrato.

4. La **Compañía** es responsable frente al **Contratante y/o Asegurado** de la cobertura contratada, así como de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

Y, en el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

5) Las comunicaciones cursadas por el **Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios** al **Comercializador** por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a la **Compañía**. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por la empresa.

Asimismo, los pagos efectuados por el **Contratante y/o Asegurado** o terceros encargados del pago al **Comercializador** se consideran abonados a Protecta Security en la fecha de realización del pago.

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

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.

CERTIFICADO DE SEGURO N°

**SEGURO DE DESGRAVAMEN
PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000XXX**

Código SBS VI2097420007 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o razón social: PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (en adelante "Protecta Security")		RUC: 20517207331
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono: Lima 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	Correo Electrónico: clientes@protectasecurity.pe

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	RUC: XXXXXXXXXXXXX
Domicilio: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Teléfono: XXXXXXXXX

En adelante "XXXXXXXXXX"

ASEGURADO

1	Nombres y Apellidos:	Relación con el Contratante: Prestatario de XXXXXXXXX
	Domicilio:	

BENEFICIARIO

Denominación o Razón Social: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado
---	--

COBERTURA DEL SEGURO

Vigencia de la cobertura del seguro:	Inicio: Desde la fecha de desembolso del crédito por parte de la Financiera a favor del Asegurado.
	Termino: Hasta la fecha pactada como fin del contrato de crédito o hasta el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado o hasta la cancelación o término del plazo del crédito o cancelación de la línea o tarjeta de crédito o hasta que el Asegurado cumpla la edad límite establecida o hasta el vencimiento del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.

Descripción del interés asegurado:
El pago de la indemnización a los Beneficiarios hasta el límite de la Suma Asegurada indicada y en función de las coberturas y exclusiones señaladas en la Póliza y el presente certificado.

Monto de la prima:	Forma de pago de la prima: Dentro de la cuota del crédito desembolsado, en la oportunidad establecida en el respectivo Cronograma de Pagos que será entregado por XXXXXXXXXXXXX.
---------------------------	--

<p>Prima Comercial: XX</p> <p>Prima Comercial + IGV: XXX</p> <p>En caso de contratación de Coberturas Opcionales:</p> <p>Cobertura Opcional Para el cónyuge o conviviente se considera una tasa de..... % Para el asegurado adicional se considera una tasa de..... %</p> <p>Persona clave se considera una tasa de%</p> <p>Independientemente del importe del crédito, para el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad, se considera una tasa de.....%</p>	
<p>Lugar y forma de pago de la prima, en caso sea de cargo del Asegurado, y responsable del pago, cuando se trate de un tercero:</p> <p>- _____</p>	
<p>La Prima Comercial incluye (en caso de corresponder):</p>	<p>Monto / Porcentaje</p>
<p>Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor.</p>	<p>XXXXXX</p>
<p>Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros</p>	<p>XXXXXX</p>
<p>Cargos por la comercialización de seguros a través la Bancaseguros u otro comercializador</p>	<p>XXXXXX</p>
<p>Riesgos cubiertos:</p>	<p>Exclusiones:</p>
<p>1 Muerte Natural: La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse la Muerte Natural del Asegurado.</p>	<p>a. Enfermedades preexistentes, entendidas como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le haya diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud contenida en la solicitud de seguro.</p> <p>b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.</p> <p>c. 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.</p> <p>d. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho de recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.</p> <p>e. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.</p> <p>f. Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeta a itinerario.</p>
<p>2 Muerte Accidental: La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.</p>	
<p>3 Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios si a causa de un accidente o Enfermedad el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado.</p>	

- g. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.**
- h. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, buceo profesional o de recreo, inmersión o caza submarina, canotaje y práctica de surf.**
- i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.**
- j. Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.5 gr/lt. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto al momento del siniestro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefaciente o en estado de sonambulismo.**

Para el caso de Hospitalización por Accidentes Graves se considerará adicionalmente como exclusiones las siguientes:

- a. Hospitalizaciones que provengan de condiciones preexistentes o accidentes cuyas fechas de ocurrencia fueren anteriores a la fecha de inicio del seguro.**
- b. Anomalías congénitas y patológicas derivadas o resultantes de las mismas.**
- c. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- d. Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.**
- e. Consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza física, mental o nerviosa.**

Para el caso de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad se considerará adicionalmente como exclusiones las siguientes:

- a. Fallecimiento del Asegurado.**
- b. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes a la contratación del seguro.**
- c. Accidentes anteriores al inicio del seguro.**
- d. Tratamientos médicos electivos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas como consecuencia de un accidente.**
- e. Lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia del uso de estimulantes, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- f. Enfermedades o dolencias a consecuencia de problemas de la columna vertebral.**
- g. Enfermedades psíquicas o mentales.**
- h. Incapacidad temporal por embarazo, sus consecuencias y causas relacionadas.**
- i. La incapacidad temporal debida a la misma enfermedad o accidente por el cual el Asegurado ha recibido una indemnización por esta misma Póliza.**
- j. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuera la causa de que provengan.**
- k. Consecuencias de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia del seguro.**
- l. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- m. Tratamiento médico realizado por personas no autorizadas para ejercer la medicina o por médicos que no se encuentren habilitados en el**

Colegio Médico del Perú, así como en Instituciones Médicas o Clínicas que no cuenten con la licencia de funcionamiento y la autorización de las entidades competentes. También están excluidos los tratamientos de medicina no convencional o no aprobados por la OMS.

4	<p>Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves: (Cobertura Adicional, en caso se haya contratado) En caso el Asegurado sufriera un accidente que dé lugar a quemaduras de tercer grado que afecten por lo menos el XX% de la superficie corporal del Asegurado, se adelanta la suma asegurada de la cobertura principal hasta por un máximo establecido</p>
5	<p>Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidentes Graves: (Cobertura Adicional en caso se haya contratado) En caso el Asegurado sufriera un accidente grave por el que debe ser internado en un establecimiento hospitalario, por cualquier causa derivada de dicho accidente, con un plazo mínimo de hospitalización de xxx (xx) días, se le adelanta la Suma Asegurada de la cobertura principal hasta un máximo establecido.</p>
6	<p>Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad: (Cobertura Adicional en caso se haya contratado) La Compañía indemnizará la Suma Asegurada por esta cobertura si a causa de un accidente o enfermedad el Asegurado sufre una Incapacidad Temporal, que le impida ejercer total o parcialmente su trabajo, comercio o actividad económica.</p>
7	<p>Cobertura del Cónyuge o conviviente (Cobertura Adicional en caso se haya contratado)</p>
8	<p>Cobertura del Asegurado Adicional (Cobertura Adicional en caso se haya contratado)</p>
8	<p>Desamparo Súbito Familiar: (Cobertura Adicional en caso se haya contratado) La Compañía indemnizará a los hijos menores de 18 años y/o los hijos mayores de 18 años incapacitados de manera total y permanente, del Asegurado y su Cónyuge o conviviente, la Suma Asegurada, si el Asegurado y su Cónyuge o conviviente sufren un mismo accidente, en un mismo evento, amparado por la Póliza, que dé lugar al fallecimiento de ambos.</p>

Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificada:	Deducibles, franquicias o similares:
<ul style="list-style-type: none"> • La suma asegurada será equivalente al saldo insoluto del crédito. • Para el caso de las coberturas adicionales de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad (en caso hayan sido contratadas), la suma asegurada será equivalente como máximo a xx cuotas fijas mensuales del crédito o línea de crédito otorgada por XXXXXXXX. • En caso de créditos otorgados por XXXXXXXX al Asegurado, la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad sólo se extenderá a la ocurrencia de XX siniestros comprendidos bajo esta cobertura y sucedidos durante la vigencia del crédito respectivo. • El cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/.xx,xxx Soles o su equivalente en Dólares Americanos., se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. • En el caso de la cobertura adicional de Adelanto por Quemaduras Graves, el monto adelantado corresponderá al Monto Inicial o Saldo Insoluto del crédito otorgado al Asegurado y el límite máximo indemnizable será de S/ xx,xxx Soles o su equivalente en Dólares Americanos. • En el caso de la cobertura adicional de Adelanto por Hospitalización por Accidentes Graves, el monto adelantado corresponderá al Monto Inicial o Saldo Insoluto del crédito otorgado al Asegurado y el límite máximo indemnizable será de S/.xx,xxx Soles o su equivalente en Dólares Americanos. 	<p>No se consideran.</p>
Consideraciones adicionales:	
1	<p>Resolución unilateral: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las Condiciones Generales, el Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante de forma automática, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado automáticamente, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro. Al tratarse de un seguro no masivo, le corresponde a la Compañía realizar la devolución de la prima no devengada a prorrata, la cual se computa a partir de la fecha de la solicitud de resolución del contrato . La Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha de la solicitud de la Resolución de la Póliza. El Contratante será el obligado a devolver la prima al Asegurado, en el caso que corresponda.</p>
2	<p>Modificación de las Condiciones Contractuales: De conformidad con el artículo 18 de las Condiciones Generales, durante la vigencia del contrato, Protecta Security no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fuera comunicada.</p>

La falta de aceptación de la modificación planteada no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de las Condiciones Generales, el procedimiento para el aviso de Siniestro y la Solicitud de Cobertura es el que se indica a continuación:

El **Asegurado** o el **Beneficiario** deben dar aviso del siniestro a Protecta Security, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Posteriormente al aviso del siniestro el **Asegurado** o el **Beneficiario** presentará la solicitud de cobertura a la Compañía o Comercializador, según corresponda, adjuntando a la misma la documentación e información señalada a continuación, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

1. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Muerte Natural, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:
 - 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.
2. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Muerte Accidental, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación adicional a la documentación solicitada por Muerte Natural:
 - 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.
3. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad , deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:
 - a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
 - b. Copia simple del Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
 - c. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
 - d. 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.
 - e. Copia simple del Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
 - f. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito, 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.
 - g. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

En cualquier caso, Protecta Security podrá solicitar la Historia Clínica del **Asegurado** si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El **Asegurado** mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza expresamente a Protecta Security, 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.

4. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura adicional de Adelanto de Suma Asegurada por Quemaduras Graves, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Copia simple del Informe médico indicando el diagnóstico y la localización y extensión de la quemadura.
- 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.
- d. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

5. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura adicional de Adelanto de Suma Asegurada por Hospitalización por Accidentes Graves, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Copia simple del Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico.
- 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.
- d. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

6. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura adicional de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Copia simple del Certificado Médico emitido por Essalud, Ministerio de Salud, Hospital o Clínica debidamente autorizada por el Ministerio de Salud, en el que se detalle el número de días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando:
 - Causas de la Incapacidad
 - Diagnóstico Definitivo
 - Tratamiento Realizado
 - Pronóstico
 - Días de Descanso
 - Número de Historia Clínica
 - Médico Tratante
 - Fecha de Atención por emergencia o consulta médica.
- c. Información formal de las cuotas mensuales del crédito vigente a la fecha de inicio de la Incapacidad Temporal, según cronograma de pago del crédito, mediante la presentación de la Copia Simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.
- d. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.

- e. Copia simple del Resultado de dosaje étílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- f. Copia simple del Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.

INFORMACION ADICIONAL

1	Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro: Conforme al artículo 3 del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros, los siniestros serán comunicados a Protecta Security dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio.
2	En caso Protecta Security requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Contratante o Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.
3	Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro: La documentación deberá presentarse en la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o en el comercializador (dirección del Contratante).
4	Canales de orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura: El contratante, Asegurado o Beneficiario podrá contactarse a los siguientes canales para recibir orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • Atención al Cliente: Lima 391-3000 Provincias 0-801-1-1278 • Email: clientes@protectasecurity.pe • Página Web: www.protectasecurity.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.
5	Responsabilidades de la Compañía Tener en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> a) La Compañía es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada. b) La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias. c) Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a Protecta Security. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por Protecta Security. d) Los pagos de prima efectuados al comercializador por el Contratante del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a Protecta Security en la fecha de realización del pago.
6	Comunicación de la agravación del riesgo asegurado: Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a Protecta Security de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo Asegurado .
7	El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado .
8	El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.
9	El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.

Fecha de emisión

Firma de representante de la empresa

RESUMEN DE PÓLIZA**SEGURO DE DESGRAVAMEN
PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000XXX****EMPRESA DE SEGUROS****Denominación o razón social:**

PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (en adelante "Protecta Security")

RUC: 20517207331**Domicilio:**

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

Teléfono:Lima 391-3000
Provincias 0-801-1-1278**Correo Electrónico:**

clientes@protectasecurity.pe

CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITE DE PERMANENCIA

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

Para el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad (en caso se haya contratado), se consideran las siguientes edades:

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

Sera condición para el acceso al seguro presentar los exámenes médicos o cuestionarios solicitados por Protecta Security.

VIGENCIA DEL SEGURO**Inicio:**

Desde la fecha de desembolso del crédito por parte de la Financiera a favor del Asegurado

Termino:

Hasta la fecha pactada como fin del contrato de crédito, o hasta el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, o hasta la cancelación o término del plazo del crédito o cancelación de la línea o tarjeta de crédito, o hasta que el Asegurado cumpla la edad límite establecida, o hasta el vencimiento del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.

PRIMA**• Monto de la prima:**

Prima Comercial: XX

Prima Comercial + IGV: XXX

En caso de contratación de Coberturas Opcionales:**Cobertura Opcional**

Para el cónyuge o conviviente se considera una tasa de..... %

Para el asegurado adicional se considera una tasa de..... %

Persona clave se considera una tasa de%

Independientemente del importe del crédito, para el caso de la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad, se considera una tasa de.....%

Lugar de pago de la prima: Las cuotas de la prima deberán ser canceladas por el Asegurado en las oficinas del Contratante _____; y éste último deberá cancelar la prima en las oficinas autorizadas por la Compañía_____.		Forma de pago de la prima: Dentro de la cuota del crédito, en la oportunidad establecida en el respectivo Cronograma de Pagos que será entregado por "xxxxxxxxx"
Riesgos cubiertos: Los riesgos cubiertos se encuentran detallados en el artículo tercero de las Condiciones Particulares:		Exclusiones: Las exclusiones se encuentran detalladas en el artículo 5 del Condicionado General, XXXX
1	Muerte Natural	Principales exclusiones: <ol style="list-style-type: none"> a. Enfermedades preexistentes, entendidas como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le haya diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud contenida en la solicitud de seguro. b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro. c. 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. d. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho de recibir la suma asegurada de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer. e. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva. f. Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeta a itinerario. g. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento. h. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, buceo profesional o de recreo, inmersión o caza submarina, canotaje y práctica de surf. i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo. j. Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.5 gr/lit. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto al momento del siniestro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefaciente o en estado de sonambulismo.
2	Muerte Accidental	
3	Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	
X	XXXX	
X	XXXX	

X	XXXXXX	
X	XXXX	
X	XXXXXXXX	

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1	<p>Resolución unilateral: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las Condiciones Generales, el Contrato de Seguros podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión causa de parte del Contratante, así como Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión causa de parte del Asegurado, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato. Al tratarse de un seguro no masivo, le corresponde a Protecta Security realizar la devolución de la prima no devengada a prorrata, desde el momento en que se efectuó la resolución del contrato.</p> <p>Protecta Security de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha de la solicitud de la Resolución de la Póliza. El Contratante será el obligado a devolver la prima al Asegurado, en el caso que corresponda.</p>
2	<p>Modificación de las Condiciones Contractuales: De conformidad con el artículo 18 de las Condiciones Generales, durante la vigencia del contrato, Protecta Security no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fuera comunicada.</p> <p>La falta de aceptación de la modificación planteada no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.</p>
3	<p>Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de las Condiciones Generales, el procedimiento para el aviso de siniestro y la solicitud de cobertura es el que se indica a continuación:</p> <p>En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.</p> <p>Posteriormente al aviso del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura en la Compañía o Comercializador, según corresponda, y presentar los siguientes documentos, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) salvo que en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante del Contrato de Seguro se especifiquen requisitos diferentes para las coberturas adicionales :</p> <p>En caso de Muerte Natural:</p>

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 las 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 las 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 Etilico 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 o Enfermedad, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía a las direcciones indicadas en la cláusula 15 de las Condiciones Generales, los documentos que se detallan a continuación:

- a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Copia simple del Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. 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.
- e. Copia simple del Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- f. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito, 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.
- g. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

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 Protecta Security 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 Seguro, si lo estima conveniente para la evaluación del siniestro, así como informes, declaraciones, certificados médicos.

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

INFORMACION ADICIONAL

Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:
 1 Conforme al artículo 3 del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros, los siniestros serán comunicados a Protecta Security dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio.

Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro:
 2 La documentación deberá presentarse en la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o en el Comercializador (dirección del Contratante).

Canales de orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura:
 El contratante, Asegurado o Beneficiario podrá contactarse a los siguientes canales para recibir orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

- Atención al Cliente: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: [clientes@Protecta Securitysecurity.pe](mailto:clientes@ProtectaSecuritysecurity.pe)
- Página Web: [www.Protecta Securitysecurity.pe](http://www.ProtectaSecuritysecurity.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.

Comunicación de la agravación del riesgo asegurado:
 4 Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a Protecta Security de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo del asegurado.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario, cuyo incumplimiento podrá afectar el pago de las indemnizaciones o prestaciones a las cuales tiene derecho.
 5

--	--

<i>Fecha de emisión</i>	<i>Firma de representante de la empresa</i>
-------------------------	---