



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

Lima, 18 MAYO 2017

*Resolución S.B.S*

*N° 2006-2017*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTA:**

La solicitud presentada por PROTECTA S.A. Compañía de Seguros (en adelante, la Compañía) con fecha 03 de abril de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Vida Sepelio";

**CONSIDERANDO:**

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

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

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

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

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





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículo 78 de la Ley de Seguros.
- k. Procedimiento para la renovación de la póliza, así como el procedimiento de modificación durante ésta, de corresponder.
- l. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
- m. Otras que determine la Superintendencia.

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

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

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro de Seguros y Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que





**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

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

Que, conforme a lo indicado por la Compañía en su solicitud de registro, así como a las características del mencionado producto, no corresponde la aprobación de las condiciones mínimas contempladas en los literales b) ni h) del artículo 10° del Reglamento de Transparencia; considerando que se trata de un producto de vida grupo particular que será comercializado a través del canal de corredores de seguros;

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

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

**RESUELVE:**

**Artículo Primero.-** Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Vida Sepelio", presentadas por PROTECTA S.A. Compañía de Seguros. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo Segundo.-** Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° VI2097210032.

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

Regístrese y comuníquese.





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO N° 1  
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**ARTÍCULO N° 8: RENOVACIÓN**

La Póliza podrá renovarse automáticamente, según se establezca en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

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

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

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

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

**ARTÍCULO N° 9: PRIMA Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA**

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

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

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

El incumplimiento de pago de la prima o de una de las cuotas pactadas, en caso de fraccionamiento de primas, originará la suspensión de las coberturas, una vez transcurridos treinta (30) días





# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya concedido un Periodo de Gracia para el pago. La Compañía comunicará al correo electrónico o domicilio físico o al número telefónico<sup>1</sup> del Asegurado antes del vencimiento de dicho plazo la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura.

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

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

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

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

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

## ARTICULO N° 12: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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





# SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo<sup>2</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

## ARTICULO N° 13: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

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



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



**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.

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

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

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

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

En el supuesto señalado en los numerales 13.1, 13.4 y 13.5, el Contratante comunicará al Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguro.

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

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

En caso de siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicarlo a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga



Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511) 6309000 Fax: (511) 6309239



## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

conocimiento de la ocurrencia del Siniestro o del Beneficio. El Siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

En caso la Compañía opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, este será establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, debiendo el Asegurado y/o Beneficiario cumplir para tal efecto las condiciones ahí establecidas.

Posteriormente al aviso de siniestro, el Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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

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

### ARTÍCULO N° 16: LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

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

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

#### 16.1. Para la cobertura de Muerte

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.

#### 16.2. Para la cobertura de indemnización Adicional por Muerte Accidental

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

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







## **SUPERINTENDENCIA**

**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

### **16.3. Para la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente**

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
- Copia simple del Dictamen y/o Certificado de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la COMEC (Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros Y AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

### **16.4. Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar**

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

- Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular.

### **16.5. Para la cobertura de Saldo de Deuda**

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

- Copia del Estado de Cuenta emitido por el Contratante que indique saldo insoluto de la deuda.

### **16.6. Para la cobertura de Indemnización Especial - Pago Único por Útiles Escolares**

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

- Copia simple del Atestado Policial (cuando fallecimiento es a consecuencia de un Accidente).
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico (cuando fallecimiento es a consecuencia de un Accidente), en caso corresponda.
- Copia simple del Certificado de estudios superiores (cuando corresponda).

### **16.7. Para la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero**

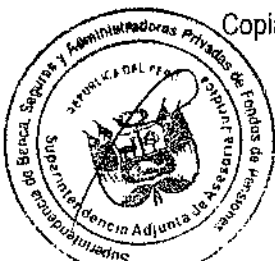
En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:

- Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.

### **16.8. Para la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen o Residencia**

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

Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.





## **SUPERINTENDENCIA**

**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

### **16.9. Para la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo por Fallecimiento Accidental del Asegurado Titular**

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

- Copia del Informe médico con Ecografía del hijo.
- Copia del Documento Nacional de Identidad o la Partida de nacimiento del hijo.

### **16.10. Para la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal**

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe médico original en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente).
- Fotocopia simple de la historia clínica del Asegurado.

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

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

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

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

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

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

(...)

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





## **SUPERINTENDENCIA**

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

(...)

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

(...)

### **ARTICULO N° 19: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el Siniestro. Para aquellas coberturas que cubren el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

### **ARTICULO N° 21: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

### **ARTICULO N° 22: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria. Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

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

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



## RESUMEN

### SEGURO DE VIDA SEPELIO

#### INFORMACION GENERAL

##### 1. Datos de La Compañía

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

##### 2. Denominación del Producto: Seguro de Vida Sepelio

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

- Lugar: X
- Forma: X
- Fecha: X

El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

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

- X

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

X

##### 6. Medios habilitados por la Compañía para presentar reclamos

- La central telefónica de la Compañía: X estará a disposición de los Asegurados de Lunes a

Viernes de X am a X pm. Sábado, Domingos y feriados de X am a X pm.

- E-mail: X
- Página web: X
- Oficina: X.

##### Contratante:

Dirección: X

Horario de Atención Presencial: X

La central telefónica: X

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

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

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

“Dentro de la vigencia del contrato de seguros el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Compañía los

hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado”.

#### INFORMACION DE LA POLIZA

##### 8. Coberturas Principales (artículo 4° de las Condiciones Generales).

1. Muerte.
2. Indemnización Adicional por Muerte Accidental.
3. Adelanto por invalidez total y permanente por accidente.
4. Desamparo Súbito Familiar.
5. Saldo de deuda.
6. Indemnización Especial - Pago Único por útiles escolares.
7. Repatriación de restos en el extranjero.
8. Traslado de restos a la ciudad de origen o residencia.
9. Indemnización por hijo póstumo por fallecimiento accidental del Asegurado Titular.
10. Adelanto de la cobertura de muerte en caso de primer diagnóstico de enfermedades graves en etapa terminal.

##### Cobertura Adicional (artículo 2 de Cláusula Adicional), en caso de contratación

11. Primer Diagnóstico de Cáncer.

##### 9. Principales Exclusiones

- Coberturas Principales (Artículo 6° de las Condiciones Generales)
1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
  2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al

Asegurado por terceros con su consentimiento.

3. Participación activa del Asegurado, como autor, coautor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
4. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 1.00 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula

utilizada por la Policía Nacional del Perú.

5. **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilio el Asegurado.**

- **Cobertura Adicional (Artículo 3° de la Cláusula Adicional) , en caso de contratación**
  1. **Asegurados con enfermedades de cáncer preexistente a la fecha de inicio de la cobertura, así haya sido declarado en la Solicitud de Seguro.**
  2. **Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia u otros considerados por histología como premalignos.**
  3. **Tumores no malignos.**
  4. **Chequeos médicos y/o despistaje de cáncer y/o tratamientos preventivos.**

#### **10. Condiciones de acceso y límites de permanencia**

- **Edad Mínima de Ingreso: No aplica.**
- **Edad Máxima de Ingreso: X.**
- **Edad Máxima de Permanencia: X.**

#### **11. Derecho de Resolución.**

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

#### **12. Modificación de contrato**

- **La modificación de la Póliza se sujetará a lo dispuesto en el artículo 22° de las Condiciones Generales.**

**El Contratante podrá aceptar o no las modificaciones contractuales propuestas por la Compañía durante la vigencia del contrato.**

#### **13. Aviso de Siniestro y Procedimiento para la solicitud de cobertura**

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

#### **INFORMACION ADICIONAL:**

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

Fecha: X

Firma:

**SOLICITUD DE SEGURO  
SEGURO DE VIDA SEPELIO**

Nro. Póliza: X	Código SBS: VI2097210032	Nro Solicitud: X
Fecha de Emisión: X	Fecha de Inicio de Vigencia: X	
Nuevo Vida Sepelio: ____	Cambio Plan Vida Sepelio: ____	Ampliación Vida Sepelio: ____
Plan Vida Sepelio	Plan A __ Plan B __	Plan X __
Nueva Cobertura Oncológica: ____	Cambio Cobertura Oncológica: ____	Ampliación Cobertura Oncológica: ____
Plan Cobertura Oncológica	Plan A __ Plan B __	Plan X __
Acepto pagar la prima adicional al Plan Contratado (por Asegurado)		

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

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

<b>DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES</b>								
	Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Sexo M/F	DNI	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Deseo contratar la cobertura adicional Primer diagnóstico de cáncer (*) Solo cónyuge o conviviente e hijos	
A1							SI	NO
A2							SI	NO
A3							SI	NO
A4							SI	NO
A5							SI	NO
A6							SI	NO
A7							SI	NO

<b>BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR</b>
--

Nombres	Apellidos	DNI	Relación con el Asegurado	Porcentaje

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

<b>EDAD</b>		
Edad mínima de ingreso:	Edad máxima de ingreso:	Edad máxima de permanencia:

<b>COBERTURAS PRINCIPALES</b>	<b>PLAN A</b>	<b>PLAN B</b>	<b>PLAN C</b>
<b>1. MUERTE</b>			
Servicio Funerario	X	X	X
Sepultura o Cremación	X	X	X
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Muerte			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Periodo de Carencia por Fallecimiento por cáncer: X</b>			
- <b>Periodo de Carencia por Fallecimiento por Leucemia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL</b>			
2.1. Muerte Accidental del Asegurado Titular	X	X	X
2.2. Muerte Accidental del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Muerte Accidental			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>3. ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (Adelanto de la Cobertura de indemnización Adicional por Muerte Accidental)</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>4. DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Desamparo Súbito Familiar			
- Plazo de ocurrencia de la Muerte Accidental: 90 días calendarios posteriores al Accidente			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>5. SALDO DE DEUDA</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Saldo de Deuda			
- Acreedor: X			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>6. INDEMNIZACIÓN ESPECIAL – PAGO ÚNICO POR ÚTILES ESCOLARES</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización Especial – Pago Único por Útiles Escolares			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>7. REPATRIACIÓN DE RESTOS EN EL EXTRANJERO</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero			



- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Periodo de Carencia por fallecimiento accidental: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>8. TRASLADOS DE RESTOS A LA CIUDAD DE ORIGEN O RESIDENCIA</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>9. INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>10. ADELANTO DE LA COBERTURA DE MUERTE EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES EN ETAPA TERMINAL</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			

<b>COBERTURA ADICIONAL (*)</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
<b>11. PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER</b>	
Suma Asegurada	X
Condiciones de la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer	
- <b>Periodo de Carencia: X</b>	
- <b>Deducible: X</b>	
- Edad Máxima de Ingreso: X	
- Edad Máxima de Permanencia: X (**)	

(\*) En caso se haya contratado la Cobertura Adicional.

(\*\*) Cumplida la edad Máxima de Permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin la Cobertura Adicional.

<b>VIGENCIA</b>	XXXX
Inicio de Vigencia	12:00 horas de XX
Fin de Vigencia	12:00 horas del ultimo día de XXXX o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero

<b>RENOVACIÓN</b>
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

<b>PRIMA COMERCIAL DE COBERTURAS PRINCIPALES (NO TIENE IGV)</b>	<b>PLAN A</b> ___	<b>PLAN B</b> ___	<b>PLAN C</b> ___
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X

<b>PRIMA COMERCIAL POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER (NO TIENE IGV)</b>	<b>MONTO</b>
Asegurado Titular, Conyuge o Conviviente, e hijos hasta los XX años	
Prima Comercial por Asegurado	

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

**FORMA DE PAGO DE PRIMA: X**

Descuento por Planilla: \_\_\_\_

Oficina del Contratante: \_\_\_\_

Periodo de Gracia: X

Vencido el periodo de Gracia antes indicado, el Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima y si la Compañía no reclama el pago de la prima, de conformidad con lo dispuesto en el art. 21 de la ley 29946.

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (MARCAR SI O NO)**

Estatura (metros):

Peso Actual (Kg):

A	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7

Sírvase indicar si usted o alguno de sus dependientes incluidos en esta solicitud padece o ha padecido:

S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O	I	O

a. Tuberculosis, Silicosis, Neumonía, Lesiones al Corazón o Infartos, Derrame Cerebral, Sida, Epilepsia, Parálisis, Enfermedad Mental.

b. Enfermedad del Bazo, insuficiencia Renal, Páncreas, Diabetes, Hipertensión Arterial, Meningitis, Enfermedades Físicas o va ser intervenido quirúrgicamente.

c. Enfermedad congénita o alguna otra enfermedad que haya puesto en riesgo su integridad física.

d. ¿Usted o alguno de sus dependientes asegurados, ha disminuido considerablemente su peso en los últimos dos años?

e. ¿Usted o alguno de sus dependientes asegurados, ha padecido o tiene conocimiento de padecer o ha requerido tratamiento por:

Cancer | Tumores | Nodulos | Bultos | Leucemia | Linfoma

f. ¿A usted o alguno de sus dependientes, le han solicitado o se ha sometido a alguna prueba para descartar cáncer?

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvase proporcionar la información detallada que a continuación se indica:

Enfermedad padecida (s) o tratamiento (s) recomendado (s):

Fecha:

Duración:

Nombre de Clínica u Hospital:

Médico Tratante:

Estado Actual Asegurado:

**IMPORTANTE**

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

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- El Asegurado Titular manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El Asegurado Titular declara que de manera previa a la contratación del seguro, ha tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.
- El Asegurado Titular autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en

la Solicitud-Certificado o Solicitud de Seguro, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía.

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

- El Asegurado Titular declara conocer la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía y autoriza de forma expresa a la Compañía, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales y datos sensibles de conformidad con lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la Compañía.

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

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

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

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

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS

**SOLICITUD-CERTIFICADO  
SEGURO DE VIDA SEPELIO**

Nro. Póliza: X	Código SBS: VI2097210032	Nro Solicitud Certificado: X
Fecha de Emisión: X	Fecha de Inicio de Vigencia: X	
Nuevo Vida Sepelio: ____	Cambio Plan Vida Sepelio: ____	Ampliación Vida Sepelio: ____
Plan Vida Sepelio	Plan A __ Plan B __	Plan X __
Nueva Cobertura Oncológica: ____	Cambio Cobertura Oncológica: ____	Ampliación Cobertura Oncológica: ____
Plan Cobertura Oncológica	Plan A __ Plan B __	Plan X __
Acepto pagar la prima adicional al Plan Contratado (por Asegurado)		

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

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

<b>DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES</b>								
	Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Sexo M/F	DNI	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Deseo contratar la cobertura adicional Primer diagnóstico de cáncer (*) Solo cónyuge o conviviente e hijos	
A1							SI	NO
A2							SI	NO
A3							SI	NO
A4							SI	NO
A5							SI	NO
A6							SI	NO
A7							SI	NO

<b>BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR</b>
--

Nombres	Apellidos	DNI	Relación con el Asegurado	Porcentaje

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

<b>EDAD</b>		
Edad mínima de ingreso:	Edad máxima de ingreso:	Edad máxima de permanencia:

<b>COBERTURAS PRINCIPALES</b>	<b>PLAN A</b>	<b>PLAN B</b>	<b>PLAN C</b>
<b>1. MUERTE</b>			
Servicio Funerario	X	X	X
Sepultura o Cremación	X	X	X
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Muerte			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- Periodo de Carencia por Fallecimiento por cáncer: X			
- Periodo de Carencia por Fallecimiento por Leucemia: X			
- Deducible: X			
<b>2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL</b>			
2.1. Muerte Accidental del Asegurado Titular	X	X	X
2.2. Muerte Accidental del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Muerte Accidental			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- Deducible: X			
<b>3. ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (Adelanto de la Cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental)</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>4. DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Desamparo Súbito Familiar			
- Plazo de ocurrencia de la Muerte Accidental: 90 días calendarios posteriores al Accidente			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>5. SALDO DE DEUDA</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Saldo de Deuda			
- Acreedor: X			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>6. INDEMNIZACIÓN ESPECIAL – PAGO ÚNICO POR ÚTILES ESCOLARES</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización Especial – Pago Único por Útiles Escolares			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>7. REPATRIACIÓN DE RESTOS EN EL EXTRANJERO</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero			

- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Periodo de Carencia por fallecimiento accidental: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>8. TRASLADOS DE RESTOS A LA CIUDAD DE ORIGEN O RESIDENCIA</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>9. INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			
<b>10. ADELANTO DE LA COBERTURA DE MUERTE EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES EN ETAPA TERMINAL</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal			
- <b>Periodo de Carencia: X</b>			
- <b>Deducible: X</b>			

<b>COBERTURA ADICIONAL (*)</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
<b>11. PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER</b>	
Suma Asegurada	X
Condiciones de la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer	
- <b>Periodo de Carencia: X</b>	
- <b>Deducible: X</b>	
- Edad Máxima de Ingreso: X	
- Edad Máxima de Permanencia: X (**)	

(\*) En caso se haya contratado la Cobertura Adicional.

(\*\*) Cumplida la edad Máxima de Permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin la Cobertura Adicional.

<b>VIGENCIA</b>	XXXX
Inicio de Vigencia	12:00 horas de XX
Fin de Vigencia	12:00 horas del ultimo día de XXXX o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero

<b>RENOVACIÓN</b>
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

<b>PRIMA COMERCIAL DE COBERTURAS PRINCIPALES (NO TIENE IGV)</b>	<b>PLAN A</b> ___	<b>PLAN B</b> ___	<b>PLAN C</b> ___
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X

<b>PRIMA COMERCIAL POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER (NO TIENE IGV)</b>	<b>MONTO</b>
Asegurado Titular, Conyuge o Conviviente, e hijos hasta los XX años	
Prima Comercial por Asegurado	

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

**FORMA DE PAGO DE PRIMA: X**

Descuento por Planilla: \_\_\_\_  
Oficina del Contratante: \_\_\_\_  
Periodo de Gracia: X

Vencido el periodo de Gracia antes indicado, el Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima y si la Compañía no reclama el pago de la prima, de conformidad con lo dispuesto en el art. 21 de la ley 29946.

**DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO**

XXXX

**DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES****1. MUERTE**

La Compañía pagará a los Beneficiarios, los Gastos de Sepelio hasta por la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural o Accidental del Asegurado Titular y/o Asegurados Dependientes establecidos en la Solicitud-Certificado.

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

**Los deducibles, periodo de carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

A la Suma Asegurada que corresponda por Muerte del Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente, se le descontará el pago que haya efectuado la Compañía en relación a la cobertura por Adelanto de la Cobertura de Muerte en caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en etapa terminal, de corresponder.

**2. INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

La Compañía pagará a los Beneficiarios de la póliza, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, si el Asegurado Titular o el Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

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

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

A la Suma Asegurada que corresponda por la Indemnización Adicional por Muerte Accidental del Asegurado Titular, se le descontará el pago que haya efectuado la Compañía en relación a la cobertura por Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente, de corresponder.

**3. ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

La Compañía pagará al Asegurado Titular de la Póliza como adelanto de la cobertura por Indemnización Adicional por Muerte Accidental la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado si el Asegurado Titular se encuentra en estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente.

Se considerará como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los siguientes casos:

- El estado absoluto e incurable de alineación mental o incapacidad corporal o fractura incurable de la columna vertebral, ocasionados a consecuencia de un Accidente que no permita al Asegurado Titular realizar un trabajo u ocupación

remunerada por el resto de su vida.

- La pérdida completa de la visión de ambos ojos.
- La pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
- La pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- La pérdida completa de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.
- La pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y un pie.

Por pérdida completa se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva de los órganos o miembros lesionados señalados.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

#### **4. DESAMPARO SUBITO FAMILIAR**

La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, si como consecuencia de un mismo Accidente fallece el Asegurado Titular y su Cónyuge y/o Conviviente y dentro del plazo establecido en la Solicitud-Certificado.

La Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado será pagada de manera proporcional a los Beneficiarios.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

#### **5. SALDO DE DEUDA**

En el caso de que el Asegurado Titular tenga un préstamo vigente con el Acreedor señalado en la Solicitud-Certificado y al momento de ocurrir el fallecimiento por Muerte Natural existiera un saldo insoluto del mismo, la Compañía pagará directamente al Acreedor el monto correspondiente de este saldo insoluto hasta la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado.

Para la aplicación de la presente cobertura el préstamo deberá haberse contratado con anterioridad al diagnóstico de la Enfermedad que cause el fallecimiento por Muerte Natural.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

#### **6. INDEMNIZACIÓN ESPECIAL – PAGO ÚNICO POR ÚTILES ESCOLARES**

La Compañía indemnizará por el fallecimiento del Asegurado Titular hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado a los hijos menores de 18 años de edad a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular por concepto de gastos por útiles escolares.

La cobertura de pago único por Útiles Escolares se ampliará a situaciones de Renta Universitaria cuando los Beneficiarios y/o herederos legales presenten las pruebas de que los hijos mayores de 18 años y hasta máximo 25 años, se mantienen cursando estudios superiores.

La Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado será pagada de manera proporcional entre el número de hijos existentes.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

#### **7. REPATRIACIÓN DE RESTOS EN EL EXTRANJERO**

La Compañía reembolsará los gastos que se incurriera por la repatriación de los restos del Asegurado hasta por la Suma



Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, en caso de fallecimiento del Asegurado en el extranjero. Solo exigible en el caso de transporte de restos en ataúd y en el área de carga del medio de transporte utilizado.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

**8. TRASLADO DE RESTOS A LA CIUDAD DE ORIGEN O RESIDENCIA**

La Compañía reembolsará los gastos que se incurriera por el traslado de los restos del Asegurado hasta por la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, en caso la familia decida trasladar los restos del Asegurado a la ciudad de origen o residencia para sus exequias. Solo exigible en el caso de transporte de restos en ataúd y en el área de carga del medio de transporte utilizado.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

**9. INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR**

La Compañía indemnizará a la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular, hasta por la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado, en caso de fallecimiento por Accidente del Asegurado Titular y siempre que la cónyuge o conviviente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular se encontrara en período de gestación de un hijo de éste y el nacimiento del hijo ocurriera en un plazo que no exceda los setenta y cinco (75) días calendarios, contados desde la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

**10. ADELANTO DE LA COBERTURA DE MUERTE EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES EN ETAPA TERMINAL**

La Compañía pagará al Asegurado como adelanto de la Cobertura de Muerte y hasta la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado, en caso de recibir éste por primera vez el diagnóstico de alguna de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación y que se encuentren en etapa terminal según diagnóstico médico.

Las Enfermedades Graves en etapa terminal cubiertas por este seguro son:

- Accidente Cerebro Vascular (ACV)
- Insuficiencia Renal Crónica
- Esclerosis Múltiple. **Deberá acreditarse la persistencia de la enfermedad por un período consecutivo de 6 meses inmediatamente anterior a la notificación del Sinistro.**
- Coma

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado.

**DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL**

**11. PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER**

La Compañía indemnizará al Asegurado por el primer diagnóstico Histopatológico de Cáncer, si este ocurriera durante la vigencia de la Póliza, hasta por la Suma Asegurada indicada en la Solicitud-Certificado.

**Solo serán cubiertos los Asegurados que al momento de su inscripción no tengan algún diagnóstico histopatológico de cáncer y que expresamente hayan solicitado la cobertura y hayan cumplido con el pago adicional de la prima establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.**

**Los Asegurados con diagnóstico de cáncer indemnizados por esta cobertura, serán excluidos automáticamente**

luego de la indemnización, no pudiendo asegurarse nuevamente bajo la cobertura oncológica.

La forma de pago de la indemnización, Deducible, Período de Carencia y Planes se establecerá en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

#### **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL**

Esta Póliza no cubre los siniestros relacionados con ó a consecuencia de:

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
3. Participación activa del Asegurado, como autor, coautor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
4. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
5. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.
6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 1.00 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
7. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilio el Asegurado.

#### **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL**

Esta Póliza no cubre los siniestros relacionados con ó a consecuencia de:

1. Asegurados con enfermedades de cáncer preexistente a la fecha de inicio de la cobertura, así haya sido declarado en la Solicitud de Seguro.
2. Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia u otros considerados por histología como premalignos.
3. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
4. El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia.
5. Tumores no malignos.
6. Asegurados con diagnóstico de cáncer indemnizados por esta cobertura, serán excluidos automáticamente luego de la indemnización, no pudiendo asegurarse nuevamente bajo la cobertura oncológica.
7. Todo diagnostico distinto a cáncer.
8. Chequeos médicos y/o despistaje de cáncer y/o tratamientos preventivos.
9. El diagnóstico de cáncer ocurrido durante el Periodo de Carencia.

#### **AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

Plazo, lugar y medio para comunicar el siniestro: X

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

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

1. **Para la cobertura de Muerte:**
  - Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
  - Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
  - Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
  - Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.
  
2. **Para la cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental:**

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

  - Copia simple del Atestado Policial.
  - Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda.
  
3. **Para la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente**
  - Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
  - Copia simple del Dictamen y/o Certificado de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la COMEC (Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros Y AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
  
4. **Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar**

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

  - Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular.
  
5. **Para la cobertura de Saldo de Deuda**

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

  - Copia del Estado de Cuenta emitido por el Contratante que indique saldo insoluto de la deuda.
  
6. **Para la cobertura de Indemnización Especial- Pago Único por Útiles Escolares**

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

  - Copia simple del Atestado Policial (cuando fallecimiento es a consecuencia de un Accidente).
  - Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico. (cuando el fallecimiento es a consecuencia de un Accidente) , en caso corresponda.
  - Copia simple del Certificado de estudios superiores (cuando corresponda).
  
7. **Para la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero**

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

  - Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.
  
8. **Para la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen o Residencia**

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

  - Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.
  
9. **Para la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo por Fallecimiento Accidental del Asegurado Titular**

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

  - Copia del Informe médico con Ecografía del hijo.
  - Copia del Documento Nacional de Identidad o la Partida de nacimiento del hijo.
  
10. **Para la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal:**

- **Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.**
- **Informe médico original en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente)**
- **Fotocopia simple de la historia clínica del Asegurado.**

**11. Para la cobertura adicional de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer (En caso de contratación):**

- **Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.**
- **Informe Anatómico Patológico Histológico Positivo original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.**
- **Fotocopia de la historia clínica del Asegurado.**

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

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

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

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

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

#### **RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

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

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

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

La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 4 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrita al Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en

las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda, la devolución de primas será efectuada de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En el supuesto señalado los numerales 1, 4 y 5, el Contratante comunicará al Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguro.

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

#### **TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS**

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

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

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

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

#### **TERMINACIÓN Y/O RESOLUCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL (En caso de contratación)**

Son causales de terminación de la Cobertura Adicional:

1. Terminación de la(s) cobertura(s) principal(es).
2. Ocurrencia del Siniestro que origine el pago de la cobertura prevista en la Cláusula Adicional.

Son causales de resolución de la Cláusula Adicional:

1. De la forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los empleados para la contratación de la cláusula adicional.

#### **MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

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

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

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

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

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

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

2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en la Solicitud-Certificado.
3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no

conociera al momento de la celebración del Contrato.

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

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

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

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

#### **SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

#### **ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE**

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

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

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

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

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

#### **INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS**

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

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

Telefax: 421-0614

Correo electrónico: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe) / <http://www.defaseg.com.pe>



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

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

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

**ASEGURADO TITULAR**

**PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS**



**CERTIFICADO  
SEGURO DE VIDA SEPELIO**

Nro. Póliza: X	Código SBS: VI2097210032	Nro Certificado: X
Fecha de Emisión: X	Fecha de Inicio de Vigencia: X	
Nuevo Vida Sepelio: ____	Cambio Plan Vida Sepelio: ____	Ampliación Vida Sepelio: ____
Plan Vida Sepelio	Plan A __ Plan B __	Plan X ____
Nueva Cobertura Oncológica: ____	Cambio Cobertura Oncológica: ____	Ampliación Cobertura Oncológica: ____
Plan Cobertura Oncológica	Plan A __ Plan B __	Plan X ____
Acepto pagar la prima adicional al Plan Contratado (por Asegurado)		

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

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

<b>DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES</b>								
	Nombres	Apellidos	Relación con el Asegurado	Sexo M/F	DNI	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Deseo contratar la cobertura adicional Primer diagnóstico de cáncer (*) Solo cónyuge o conviviente e hijos	
A1							SI	NO
A2							SI	NO
A3							SI	NO
A4							SI	NO
A5							SI	NO
A6							SI	NO
A7							SI	NO

<b>BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR</b>
--

Nombres	Apellidos	DNI	Relación con el Asegurado	Porcentaje

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

<b>EDAD</b>		
Edad mínima de ingreso:	Edad máxima de ingreso:	Edad máxima de permanencia:

<b>COBERTURAS PRINCIPALES</b>	<b>PLAN A</b>	<b>PLAN B</b>	<b>PLAN C</b>
<b>1. MUERTE</b>			
Servicio Funerario	X	X	X
Sepultura o Cremación	X	X	X
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Muerte			
- Periodo de Carencia: X			
- Periodo de Carencia por Fallecimiento por cáncer: X			
- Periodo de Carencia por Fallecimiento por Leucemia: X			
- Deducible: X			
<b>2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL</b>			
2.1. Muerte Accidental del Asegurado Titular	X	X	X
2.2. Muerte Accidental del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Muerte Accidental			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			
<b>3. ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (Adelanto de la Cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental)</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			
<b>4. DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Desamparo Súbito Familiar			
- Plazo de ocurrencia de la Muerte Accidental: 90 días calendarios posteriores al Accidente			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			
<b>5. SALDO DE DEUDA</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Saldo de Deuda			
- Acreedor: X			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			
<b>6. INDEMNIZACIÓN ESPECIAL – PAGO ÚNICO POR ÚTILES ESCOLARES</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización Especial – Pago Único por Útiles Escolares			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			
<b>7. REPATRIACIÓN DE RESTOS EN EL EXTRANJERO</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero			
- Periodo de Carencia: X			

- Periodo de Carencia por fallecimiento accidental: X			
- Deducible: X			
<b>8. TRASLADOS DE RESTOS A LA CIUDAD DE ORIGEN O RESIDENCIA</b>			
Suma Asegurada, hasta	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			
<b>9. INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			
<b>10. ADELANTO DE LA COBERTURA DE MUERTE EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES EN ETAPA TERMINAL</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal			
- Periodo de Carencia: X			
- Deducible: X			

<b>COBERTURA ADICIONAL (*)</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>
<b>11. PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER</b>	
Suma Asegurada	X
Condiciones de la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer	
- Periodo de Carencia: X	
- Deducible: X	
- Edad Máxima de Ingreso: X	
- Edad Máxima de Permanencia: X (**)	

(\*) En caso se haya contratado la Cobertura Adicional.

(\*\*) Cumplida la edad Máxima de Permanencia y sin necesidad de aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin la Cobertura Adicional.

<b>VIGENCIA</b>	XXXX
Inicio de Vigencia	12:00 horas de XX
Fin de Vigencia	12:00 horas del ultimo día de XXXX o de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, lo que ocurra primero

<b>RENOVACIÓN</b>
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

<b>PRIMA COMERCIAL DE COBERTURAS PRINCIPALES (NO TIENE IGV)</b>	<b>PLAN A</b> ___	<b>PLAN B</b> ___	<b>PLAN C</b> ___
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X
XXX	X	X	X

<b>PRIMA COMERCIAL POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER (NO TIENE IGV)</b>	<b>MONTO</b>
Asegurado Titular, Cónyuge o Conviviente, e hijos hasta los XX años	
Prima Comercial por Asegurado	

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

<b>FORMA DE PAGO DE PRIMA: X</b>
----------------------------------

Descuento por Planilla: \_\_\_\_  
Oficina del Contratante: \_\_\_\_  
Periodo de Gracia: X

Vencido el periodo de Gracia antes indicado, el Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima y si la Compañía no reclama el pago de la prima, de conformidad con lo dispuesto en el art. 21 de la ley 29946.

#### DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

XXXX

#### DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

##### 1. MUERTE

La Compañía pagara a los Beneficiarios, los Gastos de Sepelio hasta por la Suma Asegurada establecida en el Certificado, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural o Accidental del Asegurado Titular y/o Asegurados Dependientes establecidos en el Certificado.

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

**Los deducibles, periodo de carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

A la Suma Asegurada que corresponda por Muerte del Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente, se le descontará el pago que haya efectuado la Compañía en relación a la cobertura por Adelanto de la Cobertura de Muerte en caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en etapa terminal, de corresponder.

##### 2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía pagará a los Beneficiarios de la póliza, la Suma Asegurada señalada en el Certificado, si el Asegurado Titular o el Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

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

**Los Deducibles, Periodo de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

A la Suma Asegurada que corresponda por la Indemnización Adicional por Muerte Accidental del Asegurado Titular, se le descontará el pago que haya efectuado la Compañía en relación a la cobertura por Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente, de corresponder.

##### 3. ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado Titular de la Póliza como adelanto de la cobertura por Indemnización Adicional por Muerte Accidental la Suma Asegurada señalada en el Certificado si el Asegurado Titular se encuentra en estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente.

Se considerará como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los siguientes casos:

- El estado absoluto e incurable de alineación mental o incapacidad corporal o fractura incurable de la columna vertebral, ocasionados a consecuencia de un Accidente que no permita al Asegurado Titular realizar un trabajo u ocupación remunerada por el resto de su vida.
- La pérdida completa de la visión de ambos ojos.

- La pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
- La pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- La pérdida completa de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.
- La pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y un pie.

Por pérdida completa se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva de los órganos o miembros lesionados señalados.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

#### **4. DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR**

La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en el Certificado, si como consecuencia de un mismo Accidente fallece el Asegurado Titular y su Cónyuge y/o Conviviente y dentro del plazo establecido en el Certificado.

La Suma Asegurada establecida en el Certificado será pagada de manera proporcional a los Beneficiarios.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

#### **5. SALDO DE DEUDA**

En el caso de que el Asegurado Titular tenga un préstamo vigente con el Acreedor señalado en el Certificado y al momento de ocurrir el fallecimiento por Muerte Natural existiera un saldo insoluto del mismo, la Compañía pagará directamente al Acreedor el monto correspondiente de este saldo insoluto hasta la Suma Asegurada señalada en el Certificado.

Para la aplicación de la presente cobertura el préstamo deberá haberse contratado con anterioridad al diagnóstico de la Enfermedad que cause el fallecimiento por Muerte Natural.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

#### **6. INDEMNIZACIÓN ESPECIAL – PAGO ÚNICO POR ÚTILES ESCOLARES**

La Compañía indemnizará por el fallecimiento del Asegurado Titular hasta la Suma Asegurada establecida en el Certificado a los hijos menores de 18 años de edad a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular por concepto de gastos por útiles escolares.

La cobertura de pago único por Útiles Escolares se ampliará a situaciones de Renta Universitaria cuando los Beneficiarios y/o herederos legales presenten las pruebas de que los hijos mayores de 18 años y hasta máximo 25 años, se mantienen cursando estudios superiores.

La Suma Asegurada establecida en el Certificado será pagada de manera proporcional entre el número de hijos existentes.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

#### **7. REPATRIACIÓN DE RESTOS EN EL EXTRANJERO**

La Compañía reembolsará los gastos que se incurriera por la repatriación de los restos del Asegurado hasta por la Suma Asegurada establecida en el Certificado, en caso de fallecimiento del Asegurado en el extranjero. Solo exigible en el caso de transporte de restos en ataúd y en el área de carga del medio de transporte utilizado.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

**8. TRASLADO DE RESTOS A LA CIUDAD DE ORIGEN O RESIDENCIA**

La Compañía reembolsará los gastos que se incurriera por el traslado de los restos del Asegurado hasta por la Suma Asegurada establecida en el Certificado, en caso la familia decida trasladar los restos del Asegurado a la ciudad de origen o residencia para sus exequias. Solo exigible en el caso de transporte de restos en ataúd y en el área de carga del medio de transporte utilizado.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

**9. INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR**

La Compañía indemnizará a la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular, hasta por la Suma Asegurada señalada en el Certificado, en caso de fallecimiento por Accidente del Asegurado Titular y siempre que la cónyuge o conviviente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular se encontrara en período de gestación de un hijo de éste y el nacimiento del hijo ocurriera en un plazo que no exceda los setenta y cinco (75) días calendarios, contados desde la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular.

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

**10. ADELANTO DE LA COBERTURA DE MUERTE EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES EN ETAPA TERMINAL**

La Compañía pagará al Asegurado como adelanto de la Cobertura de Muerte y hasta la Suma Asegurada establecida en el Certificado, en caso de recibir éste por primera vez el diagnóstico de alguna de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación y que se encuentren en etapa terminal según diagnóstico médico.

Las Enfermedades Graves en etapa terminal cubiertas por este seguro son:

- Accidente Cerebro Vascular (ACV)
- Insuficiencia Renal Crónica
- Esclerosis Múltiple. **Deberá acreditarse la persistencia de la enfermedad por un período consecutivo de 6 meses inmediatamente anterior a la notificación del Siniestro.**
- Coma

**Los Deducibles, Período de Carencia y demás condiciones aplicable a la presente cobertura, se especificarán en el Certificado.**

La cobertura podrá sujetarse a Planes establecidos en el Certificado.

**DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL**

**11. PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER**

La Compañía indemnizará al Asegurado por el primer diagnóstico Histopatológico de Cáncer, si este ocurriera durante la vigencia de la Póliza, hasta por la Suma Asegurada indicada en el Certificado.

**Solo serán cubiertos los Asegurados que al momento de su inscripción no tengan algún diagnóstico histopatológico de cáncer y que expresamente hayan solicitado la cobertura y hayan cumplido con el pago adicional de la prima establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.**

**Los Asegurados con diagnóstico de cáncer indemnizados por esta cobertura, serán excluidos automáticamente luego de la indemnización, no pudiendo asegurarse nuevamente bajo la cobertura oncológica.**

**La forma de pago de la indemnización, Deducible, Período de Carencia y Planes se establecerá en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.**

**EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL**

Esta Póliza no cubre los siniestros relacionados con ó a consecuencia de:

1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.
2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
3. Participación activa del Asegurado, como autor, coautor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
4. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.
5. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.
6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 1.00 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
7. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilió el Asegurado.

#### EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL

Esta Póliza no cubre los siniestros relacionados con ó a consecuencia de:

1. Asegurados con enfermedades de cáncer preexistente a la fecha de inicio de la cobertura, así haya sido declarado en la Solicitud de Seguro.
2. Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia u otros considerados por histología como premalignos.
3. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
4. El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia.
5. Tumores no malignos.
6. Asegurados con diagnóstico de cáncer indemnizados por esta cobertura, serán excluidos automáticamente luego de la indemnización, no pudiendo asegurarse nuevamente bajo la cobertura oncológica.
7. Todo diagnóstico distinto a cáncer.
8. Chequeos médicos y/o despistaje de cáncer y/o tratamientos preventivos.
9. El diagnóstico de cáncer ocurrido durante el Periodo de Carencia.

#### AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, lugar y medio para comunicar el siniestro: X

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

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

1. Para la cobertura de Muerte:
  - Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
  - Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
  - Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
  - Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de Identidad o de la partida de nacimiento de los menores de edad.

**2. Para la cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental:**

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

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

**3. Para la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente**

- Copia del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.
- Copia simple del Dictamen y/o Certificado de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la COMEC (Comité Médico de la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.

**4. Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar**

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

- Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular.

**5. Para la cobertura de Saldo de Deuda**

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

- Copia del Estado de Cuenta emitido por el Contratante que indique saldo insoluto de la deuda.

**6. Para la cobertura de Indemnización Especial- Pago Único por Útiles Escolares**

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

- Copia simple del Atestado Policial (cuando fallecimiento es a consecuencia de un Accidente).
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico. (cuando el fallecimiento es a consecuencia de un Accidente), en caso corresponda.
- Copia simple del Certificado de estudios superiores (cuando corresponda).

**7. Para la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero**

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

- Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.

**8. Para la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen o Residencia**

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

- Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.

**9. Para la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo por Fallecimiento Accidental del Asegurado Titular**

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

- Copia del Informe médico con Ecografía del hijo.
- Copia del Documento Nacional de Identidad o la Partida de nacimiento del hijo.

**10. Para la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal:**

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe médico original en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente)
- Fotocopia simple de la historia clínica del Asegurado.

**11. Para la cobertura adicional de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer (en caso de contratación):**



- **Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.**
- **Informe Anátomo Patológico Histológico Positivo original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.**
- **Fotocopia de la historia clínica del Asegurado.**

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

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

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

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

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

#### **RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

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

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

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

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

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

Las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto del Certificado serán las previstas en los numerales 13.1 al

13.5 del artículo 13° de las Condiciones Generales.

#### **TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS**

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

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

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

Las causales de terminación que aplicarán al Asegurado Titular respecto del Certificado serán las previstas en los numerales 14.1 al 14.4 del artículo 14° de las Condiciones Generales.

#### **TERMINACIÓN Y/O RESOLUCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL (En caso de contratación)**

Son causales de terminación de la Cobertura Adicional:

1. Terminación de la(s) cobertura(s) principal(es).
2. Ocurrencia del Siniestro que origine el pago de la cobertura prevista en la Cláusula Adicional.

Son causales de resolución de la Cláusula Adicional:

1. De la forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los empleados para la contratación de la cláusula adicional.

#### **MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

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

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

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

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

1. Pagar la prima en las fechas establecidas en el Certificado.

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

2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en el Certificado.
3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del Contrato.

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

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

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

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

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

#### **SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

#### **ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE**

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

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

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

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo y número de el Certificado.

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

#### **INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS**

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

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

Telefax: 421-0614

Correo electrónico: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe) / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrán acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la protección de la propiedad Intelectual – INDECOPI ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)).

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

**TERRITORIALIDAD**

XXXX

**IMPORTANTE**

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

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- El Asegurado manifiesta en forma expresa su intención de contratar este seguro de forma voluntaria.
- El Asegurado declara que de manera previa a la contratación del seguro, han tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro, encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.
- El Asegurado autoriza a la Compañía, el envío de la Póliza de manera electrónica a través del correo electrónico señalado en el Certificado, en caso la Compañía decida su utilización. Para tal efecto el Asegurado declara haber sido informado por la Compañía de la forma de envío de la Póliza por el medio electrónico pactado y el procedimiento que se seguirá con las ventajas y los posibles riesgos asociados, conociendo de las medidas de seguridad que le corresponde aplicar. Asimismo declara que la forma en que la Compañía confirmará la recepción de la Póliza será mediante el registro de entrega en el servidor de correo del Asegurado y/o acuse de recibo de recepción de correo y que la autenticidad e integridad de la Póliza se dará con el envío en PDF donde constará la firma electrónica del representante legal de la Compañía.
- El Asegurado notificará a la Compañía por escrito su cambio de domicilio físico y/o correo electrónico y/o número telefónico, de lo contrario cualquier cambio domiciliario o de correo electrónico o de número telefónico realizado por el Contratante y/o Asegurado carecerán de valor y efecto, aceptando por válidas todas las notificaciones que la Compañía efectúe al último domicilio físico y/o correo electrónico comunicado por escrito a la Compañía.
- El Asegurado declara conocer la Política de Protección de Datos Personales de la Compañía y autoriza de forma expresa a la Compañía, el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales y datos sensibles de conformidad con lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Seguros, así como para fines comerciales tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la Compañía.
- **El Asegurado declara conocer que el presente producto presenta obligaciones a su cargo, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**
- **El Asegurado declara conocer que dentro de la vigencia del contrato de seguro, se encuentra obligado a informar a la Compañía los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**
- Mediante la suscripción de la presente Certificado, el Asegurado autoriza a las clínicas, hospitales, instituciones o centros médicos, laboratorios, así como a los médicos para que suministren a la Compañía, cualquier información, datos del archivo médico, exámenes, copia de la historia médica o clínica o cualquier documento o informe médico sobre la salud del Asegurado, dispensándolos del secreto médico profesional.

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

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CLAUSULA ADICIONAL

### PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER

Esta Cláusula Adicional se regirá por las consideraciones siguientes y en todo lo que no esté expresamente establecido por ésta, por lo estipulado en las Condiciones Generales. La Cláusula Adicional sólo será válida y regirá mientras la cobertura principal lo sea y esté vigente.

#### ARTÍCULO N° 1: DEFINICIONES

- 1.1. Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. Se entienden comprendidas en esta definición, la leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, como: la enfermedad de Hodgkin. **No están comprendidas cualquier clase de cáncer sin invasión in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.**
- 1.2. Informe Anatómo Patológico Histológico Positivo: Documento que contiene el resultado que define el diagnóstico histopatológico de Cáncer y es emitido por un médico Anatómo Patólogo.

#### ARTICULO N° 2: COBERTURA

La Compañía indemnizará al Asegurado por el primer diagnóstico Histopatológico de Cáncer, si este ocurriera durante la vigencia de la Póliza, hasta por la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

**Solo serán cubiertos los Asegurados que al momento de su inscripción no tengan algún diagnóstico histopatológico de cáncer y que expresamente hayan solicitado la cobertura y hayan cumplido con el pago adicional de la prima establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.**

**Los Asegurados con diagnóstico de cáncer indemnizados por esta cobertura, serán excluidos automáticamente luego de la indemnización, no pudiendo asegurarse nuevamente bajo la cobertura oncológica.**

**La forma de pago de la indemnización, Deducible, Período de Carencia y Planes se establecerá en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.**

#### ARTÍCULO N° 3: EXCLUSIONES

**La Compañía no cubre los Siniestros relacionados con ó a consecuencia de:**

- 3.1. **Asegurados con enfermedades de cáncer preexistente a la fecha de inicio de la cobertura, así haya sido declarado en la Solicitud de Seguro.**
- 3.2. **Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia u otros considerados por histología como premalignos.**
- 3.3. **Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.**
- 3.4. **El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia.**
- 3.5. **Tumores no malignos.**

- 3.6. Asegurados con diagnóstico de cáncer indemnizados por esta cobertura, serán excluidos automáticamente luego de la indemnización, no pudiendo asegurarse nuevamente bajo la cobertura oncológica.
- 3.7. Todo diagnóstico distinto a cáncer.
- 3.8. Chequeos médicos y/o despistaje de cáncer y/o tratamientos preventivos.
- 3.9. El diagnóstico de cáncer ocurrido durante el Período de Carencia.

#### **ARTÍCULO N° 4: DOCUMENTOS REQUERIDOS EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de Siniestro se deberá presentar los siguientes Documentos Sustentatorios:

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
- Informe Anátomo Patológico Histológico Positivo original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.
- Fotocopia de la historia clínica del Asegurado.

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

En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en la Solicitud-Certificado, suspendiéndose el plazo hasta que se presente la documentación adicional correspondiente.

#### **ARTÍCULO N° 5: CAUSALES DE TERMINACION Y RESOLUCION**

Son causales de terminación de la presente Cláusula Adicional:

- 5.1. Terminación de la(s) cobertura(s) principal(es).
- 5.2. Ocurrencia del Siniestro que origine el pago de la cobertura prevista en la Cláusula Adicional.

Son causales de resolución de la presente Cláusula Adicional:

- 5.3. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los empleados para la contratación de la presente cláusula adicional.

## **CONDICIONES GENERALES**

### **SEGURO DE VIDA SEPELIO**

<b>ARTÍCULO N° 1</b>	<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>
<b>ARTÍCULO N° 2</b>	<b>DEFINICIONES</b>
<b>ARTÍCULO N° 3</b>	<b>PERSONAS ASEGURABLES</b>
<b>ARTÍCULO N° 4</b>	<b>COBERTURAS</b>
<b>ARTICULO N° 5</b>	<b>BENEFICIARIOS</b>
<b>ARTICULO N° 6</b>	<b>EXCLUSIONES</b>
<b>ARTICULO N° 7</b>	<b>VIGENCIA</b>
<b>ARTICULO N° 8</b>	<b>RENOVACIÓN</b>
<b>ARTICULO N° 9</b>	<b>PRIMA Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA</b>
<b>ARTICULO N° 10</b>	<b>REHABILITACIÓN</b>
<b>ARTICULO N° 11</b>	<b>RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA NO DOLOSA</b>
<b>ARTICULO N° 12</b>	<b>NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS</b>
<b>ARTICULO N° 13</b>	<b>RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS</b>
<b>ARTÍCULO N° 14</b>	<b>TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS</b>
<b>ARTÍCULO N° 15</b>	<b>AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA</b>
<b>ARTÍCULO N° 16</b>	<b>LIQUIDACIÓN Y PAGO DE SINIESTROS</b>
<b>ARTICULO N° 17</b>	<b>OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO</b>
<b>ARTICULO N° 18</b>	<b>TRIBUTOS</b>
<b>ARTICULO N° 19</b>	<b>PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA</b>
<b>ARTICULO N° 20</b>	<b>COMUNICACIONES</b>
<b>ARTICULO N° 21</b>	<b>SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS</b>
<b>ARTICULO N° 22</b>	<b>MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA</b>
<b>ARTICULO N° 23</b>	<b>PREDOMINIO DE CONDICIONES Y CLÁUSULAS</b>
<b>ARTICULO N° 24</b>	<b>DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA</b>
<b>ARTICULO N° 25</b>	<b>MONEDA DEL CONTRATO</b>
<b>ARTICULO N° 26</b>	<b>ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE</b>
<b>ARTICULO N° 27</b>	<b>INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS</b>
<b>ARTICULO N° 28</b>	<b>TERRITORIALIDAD</b>
<b>ARTICULO N° 29</b>	<b>CORREDORES DE SEGUROS</b>
<b>ARTICULO N° 30</b>	<b>REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES</b>

<b>ARTICULO N° 31</b>	INDISPUTABILIDAD
<b>ARTICULO N° 32</b>	PÓLIZA ELECTRÓNICA
<b>ARTICULO N° 33</b>	DECLARACIÓN
<b>ARTICULO N° 34</b>	DERECHO DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO



## INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro o en la comunicación escrita presentada por el Contratante y/o Asegurado, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales del “Seguro de Vida Sepelio”, Condiciones Particulares, Especiales, Adicionales, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza (en adelante, la “Póliza”); Protecta S.A. Compañía de Seguros (en adelante la “Compañía”) conviene en amparar al Asegurado contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

## ARTÍCULO N° 1: OBJETO DEL CONTRATO

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

## ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

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

- **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que ocasione daños al Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.  
**No se consideran Accidentes los hechos derivados de infarto de miocardio, ataque epiléptico, apoplejías, síncope, accidente cerebro vascular, desvanecimientos, sonambulismo y trastornos mentales, así como aquellos originados o como repercusión o consecuencia de estos eventos, episodios o crisis. Tampoco se considerará como Accidentes los derivados de negligencia médica o mala praxis.**
- **Accidente Cerebro Vascular:** Cualquier accidente cerebro vascular con duración mayor a 24 horas que produzca comprobado daño neurológico incapacitante y permanente y de carácter irreversible.
- **Asegurado:** Es la persona natural designada como tal en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, titular del interés asegurable y que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. Comprende al Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente.
- **Asegurado Dependiente:** Son los dependientes del Asegurado Titular especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. Los Asegurados Dependientes serán considerados Asegurados hasta alcanzar el límite de edad establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado y mantendrán su condición de tales mientras el Asegurado Titular lo sea.
- **Asegurado Titular:** Es el Asegurado que mantiene una relación directa con el Contratante y especificado en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Beneficiario:** Es el Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la Póliza. Podrá ser el Contratante, Asegurado, terceros designados por el Asegurado y en su defecto los herederos legales

del Asegurado dependiendo de las coberturas contenidas en la Póliza y según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado. Para la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero y cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen o Residencia, el Beneficiario será la persona que acredite haber incurrido en los gastos de repatriación y/o traslado respectivamente.

- **Certificado:** Documento que se emite en el caso de seguros de grupo o colectivos, vinculado a una póliza de seguro determinada.
- **Cláusulas Adicionales:** Son Condiciones Especiales que tienen por objeto incorporar coberturas adicionales a las coberturas establecidas en las Condiciones Generales.
- **Coma:** Pérdida irreversible de la función cerebral por cualquier causa, **excepto por abuso de alcohol o drogas.**
- **Condiciones Especiales:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por la Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguros. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza.
- **Condiciones Particulares:** Documento que contiene las estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes contratantes, la designación del Asegurado y el Beneficiario, la descripción de la materia asegurada, la Suma Asegurada, el alcance de la cobertura, el importe de la prima, el lugar y forma de pago de la prima, la vigencia de la Póliza y demás condiciones de aseguramiento.
- **Contratante:** Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y que figura como tal en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Documentos Sustentatorios:** Son todos aquellos documentos establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado que deberán presentar el Asegurado y/o Beneficiario para sustentar y acreditar el Siniestro.
- **Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida y mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que ha sido suscrito y aprobado por la Compañía y el Contratante.
- **Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud cuyo origen sea posterior a la fecha de vigencia de esta Póliza y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo, y que conlleve un tratamiento médico o quirúrgico.
- **Esclerosis Múltiple:** Enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, originando anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración irreversible del tejido nervioso, afectando las funciones sensoriales y motoras.
- **Fallecimiento inmediato a consecuencia de un Accidente:** Aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.
- **Fecha de Siniestro:** Corresponde a la fecha de ocurrencia del Siniestro.
- **Fecha de Aviso:** Corresponde al día y hora en que se recibió, por parte de la Compañía o de quién ésta designe para tal efecto, el aviso de Siniestro.
- **Gastos Administrativos:** Incluye los costos de suscripción, emisión, cobranza, administración, control y cualquier otro necesario para el manejo operativo del seguro y que será especificado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

- **Insuficiencia Renal Crónica:** Fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de uno o ambos riñones, evidenciado por la necesidad de diálisis o trasplante renal.
- **Interés Asegurable:** Requisito que debe concurrir en el Asegurado quien desea las coberturas contenidas en la Póliza, reflejado en su deseo sincero de que el Siniestro no se produzca ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.
- **Muerte Natural:** Muerte producida como consecuencia de una Enfermedad o no causada por un Accidente.
- **Período de Carencia:** Es el periodo de tiempo durante el cual las coberturas no se encuentran activas aun cuando haya iniciado la vigencia de la póliza. El Período de Carencia aplicable a cada cobertura se establecerá en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Período de Gracia:** Período adicional otorgado por la Compañía para el pago de la prima. El Período de Gracia en caso lo hubiere será determinado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Póliza:** Documento que formaliza el consentimiento del presente Contrato de Seguro, en el que se reflejan las condiciones que de manera general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía y el Contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del Contrato de Seguro.
- **Preexistencias:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento de la celebración del Contrato de Seguros.
- **Prima:** Prima Comercial que incluye la prima pura de riesgo, 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 beneficio comercial de la Compañía.
- **Residente:** Es toda persona natural de nacionalidad peruana que tenga domicilio en el Perú y/o toda persona extranjera que tenga una Visa de Residente.
- **Reticencia:** Omitir, describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, conocidas por el Contratante o Asegurado, que hubiesen impedido el Contrato de Seguros o modificado sus condiciones.
- **Siniestro:** Manifestación del riesgo asegurado y amparado bajo las coberturas de la Póliza.
- **Solicitud-Certificado:** Documento que se emite en caso de un seguro de grupo y que incorpora la Solicitud de Seguro.
- **Solicitud de Seguro:** Constancia de voluntad de contratar el Seguro.
- **Solicitud de cobertura:** Solicitud efectuada por el Asegurado o Beneficiario ante la Compañía por la ocurrencia de un Siniestro respecto a la cobertura de seguro contratada y que se formaliza con la presentación del Formulario de Siniestro.
- **Suma Asegurada:** Monto máximo que la Compañía garantiza pagar al Asegurado en caso de ocurrir un Siniestro cubierto por la Póliza.

### ARTÍCULO N° 3: PERSONAS ASEGURABLES

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

Podrán ingresar como Asegurados bajo la presente Póliza, las personas naturales que a la fecha de presentación de la Solicitud de Seguro, cumplan con las edades establecidas en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, permaneciendo como Asegurados de la Póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia. Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de aviso previo al Contratante y/o Asegurado, éste último quedará automáticamente sin cobertura.

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

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

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

## **ARTÍCULO N° 4: COBERTURAS**

### **4.1. MUERTE**

La Compañía pagará a los Beneficiarios los Gastos de Sepelio hasta por la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural o Accidental del Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente establecidos en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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

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

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

A la Suma Asegurada que corresponda por Muerte del Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente, se le descontará el pago que haya efectuado la Compañía en relación a la cobertura por Adelanto de la Cobertura de Muerte en caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en etapa terminal, de corresponder.

### **4.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

La Compañía pagará a los Beneficiarios de la póliza, la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, si el Asegurado Titular o el Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

**Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como**

**Fallecimiento Inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente.**

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

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

A la Suma Asegurada que corresponda por la Indemnización Adicional por Muerte Accidental del Asegurado Titular, se le descontará el pago que haya efectuado la Compañía en relación a la cobertura por Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente, de corresponder.

#### **4.3. ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

La Compañía pagará al Asegurado Titular de la Póliza como adelanto de la cobertura por Indemnización Adicional por Muerte Accidental la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado si el Asegurado Titular se encuentra en estado de Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un Accidente.

Se considerará como Invalidez Total y Permanente por Accidente únicamente los siguientes casos:

- El estado absoluto e incurable de alineación mental o incapacidad corporal o fractura incurable de la columna vertebral, ocasionados a consecuencia de un Accidente que no permita al Asegurado Titular realizar un trabajo u ocupación remunerada por el resto de su vida.
- La pérdida completa de la visión de ambos ojos.
- La pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.
- La pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- La pérdida completa de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.
- La pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y un pie.

Por pérdida completa se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva de los órganos o miembros lesionados señalados.

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

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

#### **4.4. DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR**

La Compañía pagará a los Beneficiarios hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, si como consecuencia de un mismo Accidente fallece el Asegurado Titular y su Cónyuge y/o Conviviente y dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado será pagada de manera proporcional a los Beneficiarios.

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

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

#### **4.5. SALDO DE DEUDA**

En el caso de que el Asegurado Titular tenga un préstamo vigente con el Acreedor señalado en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado y al momento de ocurrir el fallecimiento por Muerte Natural existiera un saldo insoluto del mismo, la Compañía pagará directamente al Acreedor el monto correspondiente de este saldo insoluto hasta la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Para la aplicación de la presente cobertura el préstamo deberá haberse contratado con anterioridad al diagnóstico de la Enfermedad que cause el fallecimiento por Muerte Natural.

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

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

#### **4.6. INDEMNIZACIÓN ESPECIAL- PAGO ÚNICO POR ÚTILES ESCOLARES**

La Compañía indemnizará por el fallecimiento del Asegurado Titular hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado a los hijos menores de 18 años de edad a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular por concepto de gastos por útiles escolares.

La cobertura de pago único por Útiles Escolares se ampliará a situaciones de Renta Universitaria cuando se presenten las pruebas de que los hijos mayores de 18 años y hasta máximo 25 años, se mantienen cursando estudios superiores.

La Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado será pagada de manera proporcional entre el número de hijos existentes.

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

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

#### **4.7. REPATRIACIÓN DE RESTOS EN EL EXTRANJERO**

La Compañía reembolsará los gastos que se incurriera por la repatriación de los restos del Asegurado hasta por la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso de fallecimiento del Asegurado en el extranjero. Solo exigible en el caso de transporte de restos en ataúd y en el área de carga del medio de transporte utilizado.

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

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

#### **4.8. TRASLADO DE RESTOS A LA CIUDAD DE ORIGEN O RESIDENCIA**

La Compañía reembolsará los gastos que se incurriera por el traslado de los restos del Asegurado hasta por la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso la familia decida trasladar los restos del Asegurado a la ciudad de origen o residencia para sus exequias. Solo exigible en el caso de transporte de restos en ataúd y en el área de carga del medio de transporte utilizado.

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

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

#### **4.9. INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR**

La Compañía indemnizará a la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular, hasta por la Suma Asegurada señalada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso de fallecimiento por Accidente del Asegurado Titular y siempre que la cónyuge o conviviente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular se encontrara en período de gestación de un hijo de éste y el nacimiento del hijo ocurriera en un plazo que no exceda los setenta y cinco (75) días calendarios, contados desde la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular.

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

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

#### **4.10. ADELANTO DE LA COBERTURA DE MUERTE EN CASO DE PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES EN ETAPA TERMINAL**

La Compañía pagará al Asegurado como adelanto de la Cobertura de Muerte y hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud de Seguro y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, en

caso de recibir éste por primera vez el diagnóstico de alguna de las Enfermedades Graves que se detallan a continuación y que se encuentren en etapa terminal según diagnóstico médico.

Las Enfermedades Graves en etapa terminal cubiertas por este seguro son:

- Accidente Cerebro Vascular (ACV)
- Insuficiencia Renal Crónica
- Esclerosis Múltiple. **Deberá acreditarse la persistencia de la enfermedad por un período consecutivo de 6 meses inmediatamente anterior a la notificación del Siniestro.**
- Coma

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

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

#### **ARTÍCULO N° 5: BENEFICIARIOS**

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

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

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

#### **ARTÍCULO N° 6: EXCLUSIONES**

**Esta Póliza no cubre los siniestros relacionados con ó a consecuencia de:**

- 6.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.**
- 6.2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
- 6.3. Participación activa del Asegurado, como autor, coautor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.**
- 6.4. Guerra externa, invasión u operaciones bélicas (al margen que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución,**



insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.

6.5. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.

6.6. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 1.00 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

6.7. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilió el Asegurado.

#### **ARTICULO N° 7: VIGENCIA**

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

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

#### **ARTÍCULO N° 8: RENOVACIÓN**

La Póliza podrá renovarse automáticamente, según se establezca en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

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

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

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

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

#### **ARTICULO N° 9: PRIMA Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **ARTICULO N° 10: REHABILITACIÓN**

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

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

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

En los casos en los que se verifique la existencia de reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado y éstas no obedezcan a dolo o culpa inexcusable y siempre que sea constatada antes que se produzca el Siniestro, la Compañía ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días calendarios computado desde la referida constatación. El ofrecimiento de la Compañía debe contener un ajuste de primas o un ajuste en la Suma Asegurada prevista para cada cobertura.

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

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

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

#### **ARTICULO N° 12: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **ARTICULO N° 13: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

- 13.1. La falta de pago de la prima, en caso la Compañía opte por resolver la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
- 13.2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- 13.3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
- 13.4. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.

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

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

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

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

En el supuesto señalado en los numerales 13.1, 13.4 y 13.5, el Contratante comunicará al Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguro.

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

#### **ARTÍCULO N° 14: TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS**

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

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

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

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

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

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

En caso la Compañía opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, este será establecido en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, debiendo el Asegurado y/o Beneficiario cumplir para tal efecto las condiciones ahí establecidas.

Posteriormente al aviso de siniestro, el Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.

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

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

#### **ARTÍCULO N° 16: LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO**

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

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

##### **16.1. Para la cobertura de Muerte:**

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.

##### **16.2. Para la cobertura de indemnización Adicional por Muerte Accidental:**

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

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

##### **16.3. Para la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.

- Copia simple del Dictamen y/o Certificado de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la COMEC (Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros Y AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
- 16.4. Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar**  
En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Accidental, será necesaria la presentación de los siguientes documentos
- Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular.
- 16.5. Para la cobertura de Saldo de Deuda**  
En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:
- Copia del Estado de Cuenta emitido por el Contratante que indique saldo insoluto de la deuda.
- 16.6. Para la cobertura de Indemnización Especial - Pago Único por Útiles Escolares**  
En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:
- Copia simple del Atestado Policial (cuando fallecimiento es a consecuencia de un Accidente).
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico. (cuando fallecimiento es a consecuencia de un Accidente), en caso corresponda.
    - Copia simple del Certificado de estudios superiores (cuando corresponda).
- 16.7. Para la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero**  
En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:
- Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.
- 16.8. Para la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen o Residencia**  
En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:
- Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.
- 16.9. Para la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo por Fallecimiento Accidental del Asegurado Titular**  
En adición a los documentos solicitados para la cobertura de Muerte Accidental, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:
- Copia del Informe médico con Ecografía del hijo.
  - Copia del Documento Nacional de Identidad o la Partida de nacimiento del hijo.
- 16.10. Para la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal:**
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
  - Informe médico original en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente)
  - Fotocopia simple de la historia clínica del Asegurado.

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

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

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

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

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

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

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

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

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

- 17.2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 17.3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.
- 17.4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado. El seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del Contrato.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 17.2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que



la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

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

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

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

#### **ARTICULO N° 18: TRIBUTOS**

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

#### **ARTICULO N° 19: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el Siniestro. Para aquellas coberturas que cubren el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

#### **ARTICULO N° 20: COMUNICACIONES**

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

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

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

La Compañía, siempre que utilice los medios de comunicación directos referidos en el primer párrafo del presente artículo podrá adicionalmente utilizar otros medios de comunicación indirectos tales como avisos

públicos en los locales comerciales de la Compañía o del Contratante, avisos publicados en la página web de la Compañía o del Contratante, avisos en diarios.

#### **ARTICULO N° 21: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

#### **ARTICULO N° 22: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

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

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

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

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

#### **ARTÍCULO N° 24: DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA PÓLIZA**

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

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

#### **ARTICULO N° 25: MONEDA DEL CONTRATO**

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

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio promedio, publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

## **ARTICULO N° 26: ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teléfono: 421-0614

Correo electrónico: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe) / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrán acudir al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la protección de la propiedad Intelectual – INDECOPI ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)).

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

## **ARTICULO N° 28: TERRITORIALIDAD**

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

#### **ARTICULO N° 29: CORREDORES DE SEGUROS**

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

#### **ARTICULO N° 30: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES**

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

#### **ARTÍCULO N° 31: INDISPUTABILIDAD**

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

#### **ARTICULO N° 32: PÓLIZA ELECTRÓNICA**

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

#### **ARTICULO N° 33: DECLARACIÓN**

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

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

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

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

Póliza: XXXXXX	Código SBS: VI2097210032	Moneda: Soles
----------------	--------------------------	---------------

**DATOS DE LA COMPAÑÍA**

Denominación Social: Protecta S.A. Compañía de Seguros		
RUC: 20517207331	Teléfono: (01) 391-3030	Provincias 0-801-1-1278
Dirección: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.		
Correo Electrónico: informes@protecta.com.pe		

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Denominación o razón social: X

RUC: X	Teléfono: X	Correo Electrónico: X
--------	-------------	-----------------------

Dirección: X

**DATOS DEL CORREDOR DE SEGUROS**

Denominación o razón social: X

RUC: X	Teléfono: X	Correo Electrónico: X
--------	-------------	-----------------------

Dirección: X

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADOS DEPENDIENTES**

X

**EDAD**

Edad Mínima de Ingreso: X	Edad Máxima de Ingreso: X	Edad Máxima de Permanencia: X
---------------------------	---------------------------	-------------------------------

**COBERTURAS PRINCIPALES****Plan A****Plan B****Plan C****1. MUERTE**

Servicio Funerario (*)	X	X	X
Sepultura o Cremación	X	X	X
Suma Asegurada	X	X	X

Condiciones de la cobertura de Muerte:

- **Periodo de Carencia: X**
- **Periodo de carencia por fallecimiento de cancer: X**
- **Periodo de carencia por fallecimiento por Leucemia: X**
- **Deducible: X**

**2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

2.1. Muerte Accidental del Asegurado Titular	X	X	X
2.2. Muerte Accidental del Cónyuge y/o Conviviente del Asegurado Titular	X	X	X

Condiciones de la cobertura de Muerte Accidental:

- **Periodo de Carencia: X**
- **Deducible: X**

<b>3. ADELANTO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE (adelanto de la cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental)</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo de Carencia: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			
<b>4. DESAMPARO SÚBITO FAMILIAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Desamparo Súbito Familiar:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plazo de ocurrencia de la Muerte Accidental: 90 días calendario posteriores al Accidente.</li> <li>• <b>Periodo de carencia: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			
<b>5. SALDO DE DEUDA</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Saldo de Deuda:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreedor: X</li> <li>• <b>Periodo de carencia: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			
<b>6. INDEMNIZACIÓN ESPECIAL – PAGO ÚNICO POR ÚTILES ESCOLARES</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización Especial – Pago Único por Útiles Escolares:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo de carencia: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			
<b>7. REPATRIACIÓN DE RESTOS EN EL EXTRANJERO</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo de carencia: X</b></li> <li>• <b>Periodo de carencia por Muerte Accidental: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			
<b>8. TRASLADO DE RESTOS A LA CIUDAD DE ORIGEN O RESIDENCIA</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen o Residencia:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo de carencia: X</b></li> <li>• <b>Periodo de carencia por Muerte Accidental: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			
<b>9. INDEMNIZACIÓN POR HIJO PÓSTUMO POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo por Fallecimiento Accidental del Asegurado Titular:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo de carencia por Muerte Accidental: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			
<b>10. ADELANTO DE LA COBERTURA DE MUERTE EN CASO DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES EN ETAPA TERMINAL</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Periodo de carencia: X</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> </ul>			

De aplicar Cláusulas Adicionales:

COBERTURA ADICIONAL (APLICABLE SOLO PARA AQUELLOS ASEGURADOS QUE HAYAN CONTRATADO ESTA COBERTURA Y PAGUEN LA PRIMA COMERCIAL POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CANCER)	SUMA ASEGURADA		
	Plan A	Plan B	Plan C
<b>11. PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER (**)</b>			
Suma Asegurada	X	X	X
Condiciones de la Cobertura por Primer Diagnóstico de Cáncer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período de Carencia: X.</b></li> <li>• <b>Deducible: X</b></li> <li>• Edad Máxima de Ingreso: X</li> <li>• Edad Máxima de Permanencia (*): X</li> </ul>			

(\*) Cumplida la edad máxima de permanencia y sin necesidad de previo aviso, el Asegurado quedará automáticamente sin la Cobertura Adicional.

LA PRIMA COMERCIAL DE COBERTURAS PRINCIPALES (NO AFECTO A IGV)	Plan A	Plan B	Plan C
Prima Comercial	X	X	X

PRIMA COMERCIAL POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER (NO AFECTO A IGV) (Asegurado Titular, Cónyuge e hijos hasta X años)	Plan A	Plan B	Plan C
Prima Comercial (Por cada Asegurado)	X	X	X

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE	Plan A	Plan B	Plan C
Cargos de Agenciamiento por la Intermediación de corredores de Seguro	X	X	X
Cargos por la contratación de corredores de seguro	X	X	X
Cargos por la contratación de comercializadores	X	X	X

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

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR
X

BONIFICACIONES / PREMIOS / BENEFICIOS
X

DISTRIBUCIÓN DE LA PRIMA COMERCIAL	PORCENTAJE
Cobertura Principal	XX.XX %
Cobertura Adicional	XX.XX %

LUGAR FORMA Y FECHA DE PAGO DE LA PRIMA
Lugar: X
Forma: X
Fecha: X

Interés Moratorio: X
El Contrato de Seguro quedará extinguido dentro de los X (X) días calendario siguientes al vencimiento del plazo si la Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial.

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

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

<b>RENOVACIÓN</b>
X

<b>GASTOS ADMINISTRATIVOS</b>
X

<b>AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA</b>
--

Plazo, lugar y medio para comunicar el Siniestro: X
---

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

<b>El Asegurado y/o Beneficiario deberá, entregar toda la información y Documentos Sustentatorios siguientes:</b>
---

**1. Para la cobertura de Muerte:**

- Copia simple del Acta de Defunción del Asegurado.
- Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Copia del Documento Nacional de identidad de los Beneficiarios mayores de edad y/o del Documento Nacional de identidad o de la partida de nacimiento de los Beneficiarios menores de edad.

**2. Para la cobertura de Indemnización Adicional por Muerte Accidental:**

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

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

**3. Para la cobertura de Adelanto por Invalidez Total y Permanente por Accidente**

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
- Copia simple del Dictamen y/o Certificado de Invalidez Permanente Total de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la



**COMEC (Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros Y AFP) y/o en su defecto por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.**

**4. Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar**

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

- Copia simple del Certificado Médico de Defunción del Cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular.

**5. Para la cobertura de Saldo de Deuda**

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

- Copia del Estado de Cuenta emitido por el Contratante que indique saldo insoluto de la deuda.

**6. Para la cobertura de Indemnización Especial - Pago Único por Útiles Escolares**

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

- Copia simple del Atestado Policial (cuando el fallecimiento es a consecuencia de un Accidente).
- Copia simple del Protocolo de necropsia que incluya el resultado de examen toxicológico y dosaje etílico (cuando el fallecimiento es a consecuencia de un Accidente), en caso corresponda.
- Copia simple del Certificado de estudios universitarios (cuando corresponda).

**7. Para la cobertura de Repatriación de Restos en el Extranjero**

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

- Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.

**8. Para la cobertura de Traslado de Restos a la Ciudad de Origen o Residencia**

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

- Copia de la Factura o boleta de venta de los gastos efectuados.

**9. Para la cobertura de Indemnización por Hijo Póstumo por Fallecimiento Accidental del Asegurado Titular**

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

- Copia del Informe médico con Ecografía del hijo.
- Copia del Documento Nacional de Identidad o de la Partida de nacimiento del hijo.

**10. Para la cobertura de Adelanto de la Cobertura de Muerte en Caso de Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves en Etapa Terminal:**

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado Titular.
- Informe médico original en el que se detalle el diagnóstico (fecha de inicio de la Enfermedad, tratamiento realizado, evolución, pronóstico, Enfermedades relacionadas al diagnóstico actual, estado general del paciente).
- Fotocopia simple de la historia clínica del Asegurado.

**11. Para la Cobertura Adicional de Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer (En caso de contratación)**

- Copia del Documento Nacional de identidad del Asegurado.
- Informe Anatómo Patológico Histológico Positivo original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.
- Fotocopia de la historia clínica del Asegurado.

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

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

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

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

En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado

por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

**CORREDOR DE SEGUROS:**

Registro: X

**TERRITORIALIDAD**

X

FECHA DE EMISIÓN: X