

**SOLICITUD-CERTIFICADO
SEGURO DE VIDA**

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

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

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

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

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

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

EDAD

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

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

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

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

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

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

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

RENOVACIÓN
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

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

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

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

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO
XXXX

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

consecuencia directa e inmediata de un Accidente de Tránsito.

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

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

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

4. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO

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

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

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

5. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

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

Las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza son:

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

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

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

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

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

8. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE

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

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

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

9. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE

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

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

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

10. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL

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

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

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

11. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

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

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

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

EXCLUSIONES

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

1. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.6. Leucemia linfocítica crónica.

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

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

4.1. Gastos de curación reembolsados por otros seguros.

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

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

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

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, lugar y medio para comunicar el siniestro: X

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

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

1. Para la Cobertura de Vida – Muerte Natural

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

2. Para la Cobertura de Vida – Muerte Accidental

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

documentos:

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

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

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

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

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

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

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

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

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

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

Compañía al Contratante.

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

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

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

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

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

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

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

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

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

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

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

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

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

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

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

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

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

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

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

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

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

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

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

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

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

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

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

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

TERRITORIALIDAD

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

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

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

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS

**SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO DE VIDA**

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

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

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

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

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

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

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

COBERTURAS	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años
2. MUERTE NATURAL			
1.1 Muerte Natural Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
1.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
12. MUERTE ACCIDENTAL			
2.2 Muerte Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
13. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO			
3.2 Muerte Accidental por Accidente de Transito Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
14. MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO			
4.2 Muerte Accidental por Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
15. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE			
5.2 Invalidez Total y Permanente por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5.2 Renta por Invalidez Total y Permanente por Accidente (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
16. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
6.2 Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de robo Periodo de Carencia: XXX Plazo de Ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente: XXX	X	X	X
17. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES			
- Cáncer - Infarto al miocardio - Insuficiencia renal crónica - Cirugía Aorta Coronario - Accidente Cerebro Vascular - Trasplante de Órganos Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
18. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE			
8.2 Indemnización por Ceguera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
19. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE			
9.2 Indemnización por Sordera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
20. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL			
10.2 Hospitalización por Quemadura Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
21. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
11.2 Gastos de Curación por Accidente a Consecuencia de Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X

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

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

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

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

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

RENOVACIÓN
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

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

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

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

TERRITORIALIDAD
XXXX

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS

RESUMEN SEGURO DE VIDA

1. Datos de La Compañía:

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

2. Denominación del Producto:

Seguro de Vida

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

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

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

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

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

X

6. Medios habilitados por la Compañía para presentar reclamos:

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

Compañía de Seguros:

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

Contratante:

Dirección: X.

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

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

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

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

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

INFORMACION DE LA POLIZA

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

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

9. Exclusiones: (artículo 6° de las Condiciones Generales):

9.1. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural

- 9.1.1. Preexistencias a la fecha de celebración del Contrato de Seguros y/o enfermedades manifestadas durante el Periodo de Carencia.**
- 9.1.2. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.**
- 9.1.3. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, gases o vapores venenosos.**

- 9.1.4. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA, salvo que se demuestre mediante Epicrisis clínica, que la detección del mencionado virus se realizó luego del primer año en que se afilió el Asegurado.
- 9.1.5. Como consecuencia de tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.
- 9.1.6. Enfermedades o tratamiento médico relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.
- 9.2. Respecto a las Coberturas de Muerte Accidental, Muerte Accidental por Accidente de Tránsito, Muerte Accidental por Robo, Invalidez Total y Permanente por Accidente, Hospitalización Accidental por Quemaduras, Indemnización por Ceguera por Accidente, Indemnización por Sordera por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de Robo.
- 9.2.1. Lesiones preexistentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguros.
- 9.2.2. Participación activa del Asegurado como autor, coautor o cómplice de un acto delictivo, subversivo, terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelga, motín o tumulto popular; así como la intervención del Asegurado en peleas y riñas, salvo en aquellos casos que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.
- 9.2.3. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario. Consecuencia de guerra, participación en el servicio militar o policial.
- 9.2.4. Accidentes que se produzcan en la práctica profesional de cualquier deporte y la práctica no profesional de deportes de actividad de riesgo: carreras de automóvil sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motocicletas, motos acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo, caminata de montaña, práctica de ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, kayak, canotaje, prácticas de surf, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza, escalada, pesca submarina, downhill, trekking, deportes a caballo y artes marciales. También se encuentran excluidos los accidentes en los que se compruebe que el Asegurado infringió las normas de tránsito o leyes vigentes.
- 9.2.5. Viajes en algún medio de transporte aéreo particular no regular o en medios de transporte no aptos para el transporte de personas.
- 9.2.6. Se entiende por servicio de transporte aéreo no regular el que se realiza sin sujeción a frecuencias, itinerarios ni horarios prefijados, incluso si el servicio se efectúa por medio de una serie de vuelos. Asimismo se entiende por medios de transporte no aptos para el transporte de personas los Vehículos de carga.
- 9.2.7. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o de consumo de drogas y/o estado de sonambulismo. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 0.50 gr/lit o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen toxicológico u otros de naturaleza similar correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.
- 9.2.8. Adicionalmente aplica la exclusión señalada en el numeral 9.1.3 del presente artículo.

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

- 9.3.1. Síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, las alteraciones isquémicas del sistema vestibular; los accidentes isquémicos transitorios.
- 9.3.2. Asimismo, se excluye el infarto de tejido cerebral, hemorragia intra-craneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal que duren menos de 24 horas y no generen déficit cerebral permanente.
- 9.3.3. Procedimientos intra-arteriales como la angioplastia de balón o colocación de stent y similares o la eliminación de una obstrucción mediante rayos laser y la cirugía no invasiva.
- 9.3.4. Los tumores no malignos o los que representen cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical, la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos, así como los tumores de próstata.
- 9.3.5. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por exámen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark, así como los carcinomas de células escamosas de la piel.
- 9.3.6. Leucemia linfocítica crónica.
- 9.3.7. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 9.1.1, 9.1.3, 9.1.4, 9.1.5 y 9.1.6 del presente artículo.

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

- 9.4.1. Gastos de curación reembolsados por otros seguros.
- 9.4.2. Tratamiento y/o medicamentos no prescritos por un médico colegiado.
- 9.4.3. Tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica.
- 9.4.4. Adicionalmente aplican las exclusiones señaladas en el numeral 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.5 y 9.2.6.

10. Condiciones de acceso y límites de permanencia:

EDAD		
Edad Mínima de Ingreso: X. (*)	Edad Máxima de Ingreso: X	Edad Máxima de Permanencia: X (**)

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

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

11. Derecho de Resolución:

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

12. Modificación de Contrato:

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

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

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

INFORMACION ADICIONAL:

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

Fecha: X

Firma:

**CERTIFICADO
SEGURO DE VIDA**

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

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

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

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

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

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

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

COBERTURAS	Titular	Cónyuge o Conviviente	Hijos Menores de XX años
3. MUERTE NATURAL			
1.1 Muerte Natural Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
1.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
22. MUERTE ACCIDENTAL			
2.3 Muerte Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
2.2 Renta por Muerte Natural (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
23. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO			
3.3 Muerte Accidental por Accidente de Transito Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
24. MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO			
4.3 Muerte Accidental por Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
25. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE			
5.3 Invalidez Total y Permanente por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
5.2 Renta por Invalidez Total y Permanente por Accidente (Se podrá indemnizar en un solo pago o dividido en XX mensualidades iguales*) Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
26. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
6.3 Invalidez Total y Permanente por Accidente a consecuencia de robo Periodo de Carencia: XXX Plazo de Ocurrencia de la Invalidez Total y Permanente: XXX	X	X	X
27. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES			
- Cáncer - Infarto al miocardio - Insuficiencia renal crónica - Cirugía Aorta Coronario - Accidente Cerebro Vascular - Trasplante de Órganos Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
28. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE			
8.3 Indemnización por Ceguera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
29. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE			
9.3 Indemnización por Sordera por Accidente Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
30. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL			
10.3 Hospitalización por Quemadura Accidental Periodo de Carencia: XXX	X	X	X
31. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO			
11.3 Gastos de Curación por Accidente a Consecuencia de Robo Periodo de Carencia: XXX	X	X	X

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

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

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

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

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

RENOVACIÓN
El contrato de seguro será renovado de manera XXXX

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

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

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

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO
XXXX

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES
<p>12. MUERTE NATURAL</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios una indemnización y una renta hasta por la Suma Asegurada establecida en la Solicitud-Certificado y/o Certificado, después de acreditarse el fallecimiento por Muerte Natural del Asegurado. El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>13. MUERTE ACCIDENTAL</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza una indemnización y una renta hasta la Suma Asegurada señalada en Solicitud-Certificado y/o Certificado, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente. Se entenderá como Fallecimiento Inmediato de un Accidente, aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la ocurrencia del Accidente. El Período de Carencia y demás condiciones aplicables a la presente cobertura, se especificarán en la Solicitud-Certificado y/o Certificado. La cobertura, de corresponder, podrá sujetarse a Planes establecidos en la Solicitud-Certificado y/o Certificado.</p> <p>14. MUERTE ACCIDENTAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO</p> <p>La Compañía pagará a los Beneficiarios de la Póliza, adicionalmente a la indemnización que corresponda por la cobertura de Muerte Accidental, la Suma Asegurada señalada en la Solicitud-Certificado y/o Certificado si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un Accidente de Tránsito. Es condición esencial para la aplicación de esta cobertura, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las</p>

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

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

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

15. MUERTE ACCIDENTAL A CONSECUENCIA DE ROBO

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

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

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

16. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

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

Las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza son:

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

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

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

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

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

19. INDEMNIZACIÓN POR CEGUERA POR ACCIDENTE

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

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

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

20. INDEMNIZACIÓN POR SORDERA POR ACCIDENTE

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

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

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

21. HOSPITALIZACIÓN POR QUEMADURA ACCIDENTAL

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

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

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

22. GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE ROBO

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

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

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

EXCLUSIONES

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

5. Respecto a la Cobertura de Muerte Natural:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.13. Leucemia linfocítica crónica.

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

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

4.5. Gastos de curación reembolsados por otros seguros.

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

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

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

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Plazo, lugar y medio para comunicar el siniestro: X

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

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

1. Para la Cobertura de Vida – Muerte Natural

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

2. Para la Cobertura de Vida – Muerte Accidental

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

documentos:

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

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

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

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

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

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

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

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

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

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

Compañía al Contratante.

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

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

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

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

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

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

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

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

MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

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

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

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

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

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

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

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

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

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

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

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

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

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

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

INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

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

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

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

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

TERRITORIALIDAD

XXXX

IMPORTANTE

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

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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

ASEGURADO TITULAR

PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS