



Lima, 27 JUN. 2016

Resolución S.B.S

N° 3571 - 2016

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Protecta S.A. Compañía de Seguros (en adelante, Protecta) mediante cartas recibidas con fechas 16 de febrero y 20 de junio de 2016, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, y la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Accidentes Personales con Renta Temporal";

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

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

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

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General,





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, en virtud de lo informado por la Compañía mediante comunicación de 20 de junio de 2016, no será aplicable la reducción de la indemnización por aviso extemporáneo del siniestro a que se refieren los artículos 70 y 71 de la Ley de Seguros;

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

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

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro de Accidentes Personales con Renta Temporal", presentadas por Protecta; dicha aprobación se realiza teniéndose en cuenta que se trata de un seguro de accidentes personales. Dichas Condiciones Mínimas se encuentran señaladas en el Anexo N° 1, el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Pólizas y Notas Técnicas, otorgándole el Código de Registro N° AE2096100023.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, Protecta deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Accidentes Personales con Renta Temporal", conjuntamente con la presente resolución, en el plazo de sesenta (60) días calendario.

Regístrese y comuníquese.


MILA GULLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ANEXO N° 1 CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

ARTÍCULO 7: PRIMA ÚNICA

(...)

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

Para ello, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley la cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de la prima única, siempre y cuando la Compañía haya comunicado fehacientemente al Asegurado y al Contratante, las consecuencias del Incumplimiento del pago de la prima. La Compañía no será responsable por los Siniestros ocurridos durante el periodo en el que la cobertura se encuentre suspendida.

En adición durante la suspensión de la cobertura del Seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del Contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación escrita, cursada por la Compañía, en la que le informe sobre dicha decisión.

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

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

ARTÍCULO 9: PAGO DE LAS RENTAS – TITULAR ACTIVO

En caso de titular activo, es decir aquél que se encuentre con vida, el pago de las rentas mensuales se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

• Mecanismo de Pago:

- Abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera.
- Concurrencia del asegurado a las Oficinas de la Compañía.
- Concurrencia del asegurado a una agencia de una entidad financiera que tenga celebrado convenio para el pago de rentas con la Compañía de Seguros.
- Otras modalidades vigentes al momento de dicha obligación.

- **Plazos:** A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago¹.

Documentación de Acreditación:

¹ Se entiende como fecha de materialización de la obligación de pago aquella fecha pactada como fecha de devengue de la renta en el artículo séptimo de las Condiciones Particulares





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- Para cualquier modalidad diferente a: abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera; se solicitará el Documento de Identidad del Asegurado.

ARTÍCULO 10: PAGO DE LAS RENTAS – TITULAR INACTIVO

En caso de titular inactivo, es decir aquél que haya fallecido (siendo la Compañía de Seguros la que haya detectado esta condición vía aplicación de controles de supervivencia o vía comunicación y/o aviso por parte de los beneficiarios de la póliza), el pago de las rentas mensuales se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

- **Mecanismo de Pago:** Pago único de las rentas pendientes de devengue vía emisión de cheque.
- **Plazos:** A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago².
- **Documentación de Acreditación:**
 - Copia del Documento de Identidad de los Beneficiarios establecidos para la cobertura de Muerte Accidental; y, sólo si, el Asegurado no hubiese designado beneficiario para dicha cobertura, se solicitará el original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la Declaratoria de Herederos.

ARTICULO 12: RESOLUCIÓN

La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación por escrito, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado ni bien estos conozcan su ocurrencia.

Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, la Compañía deberá comunicar al Contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. En el caso que la agravación no haya sido comunicada, el referido plazo se contará desde el momento en que la Compañía tuvo conocimiento de la agravación.

- c. La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta por la presentación de reclamaciones fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de Muerte Accidental, a la fecha en que la resolución



² Se entiende como fecha de materialización de la obligación de pago aquella fecha pactada como fecha de devengue de la renta en el artículo sétimo de las Condiciones Particulares



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

surtió efectos, asimismo la Compañía procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas correspondientes a la cobertura de Muerte Accidental.

- d. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto en caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y esta es constatada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el Contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de Muerte Accidental, hasta la fecha de resolución.
- e. El Contrato de Seguros podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, la cual puede ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato. Le corresponde a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de Muerte Accidental, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada, correspondiente a la cobertura de Muerte Accidental, al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario computados a partir de la resolución de la póliza en cuestión.

En todos los supuestos de resolución, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello al Asegurado.

ARTICULO 13: NULIDAD DE LA PÓLIZA

La Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y Asegurado en la Solicitud de Seguro.

Será nulo todo Contrato según corresponda:

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

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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

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

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 13°, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros.

ARTÍCULO 16: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro. Posteriormente al aviso del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar una Solicitud adjuntando los siguientes documentos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

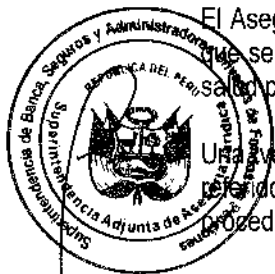
Para la cobertura de Muerte Accidental

- Acta y Certificado de defunción del Asegurado.
- Copia del Documento de Identidad, o Partida de Nacimiento de ser el caso, de los Beneficiarios.
- Atestado Policial completo, si lo hubiere.
- Protocolo de Necropsia del Asegurado, si lo hubiere.
- Resultado del dosaje etílico del Asegurado, si lo hubiere.
- Resultado del examen toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.

En cualquier caso, la Compañía podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado, si lo estima conveniente, dentro de los primeros veinte días del plazo de treinta (30) días otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, aprobado por Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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

Una vez que el Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la Compañía, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso la Compañía no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido o aprobado el Siniestro, la Compañía deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

(...)

ARTICULO 19: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

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

ARTICULO 21: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

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

ARTÍCULO 24: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si la adquisición de la póliza se efectuó a través de comercializadores y/o corredores y/o promotores de venta, el Asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación de ésta. Para esto el Asegurado podrá resolver la póliza de seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, en un plazo de quince (15) días siguientes a la fecha en la que el tomador del seguro recibió la póliza o nota de cobertura provisional, siempre y cuando no haya hecho uso de las coberturas contenidas en el mismo. En caso el Asegurado haga uso de su Derecho de Arrepentimiento luego de haber pagado la prima del seguro, la Compañía procederá a la devolución total del importe pagado. Para estos fines el Asegurado podrá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.



CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON RENTA TEMPORAL

VERSIÓN 2016.06.20

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON RENTA TEMPORAL

INDICE

Artículo 1:	Definiciones
Artículo 2:	Descripción del Seguro, Coberturas y Agravación del Riesgo
Artículo 3:	Asegurados
Artículo 4:	Inicio de Vigencia y Plazo
Artículo 5:	Exclusiones
Artículo 6:	Beneficiarios
Artículo 7:	Prima Única
Artículo 8:	Monto de las Rentas
Artículo 9:	Pago de las Rentas – Titular Activo
Artículo 10:	Pago de las Rentas – Titular Inactivo
Artículo 11:	Terminación
Artículo 12:	Resolución
Artículo 13:	Nulidad de la Póliza
Artículo 14:	Reticencia o Declaración
Artículo 15:	Rehabilitación de la Póliza
Artículo 16:	Aviso de Siniestro y Solicitud de Cobertura
Artículo 17:	Comunicación entre las partes
Artículo 18:	Atención de Reclamos y Defensoría del Asegurado
Artículo 19:	Mecanismos de Solución de Controversias y Legislación Aplicable
Artículo 20:	Moneda
Artículo 21:	Modificación de las Condiciones Contractuales
Artículo 22:	Prescripción
Artículo 23:	Predominio de Condiciones y/o Cláusulas
Artículo 24:	Derecho de Arrepentimiento
Artículo 25:	Consideraciones Adicionales

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON RENTA TEMPORAL

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

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el **Contratante**, a nombre del **Asegurado**, y/o por el Corredor de Seguros en su representación, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo, de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales del **Seguro de Accidentes Personales con Renta Temporal**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas, Certificados y en los Anexos que se adhieran a la **Póliza**; **PROTECTA S.A. Compañía de Seguros** (en adelante la "**Compañía**") conviene en amparar al **Asegurado** contra los riesgos expresamente contemplados en la **Póliza**, en los términos y condiciones siguientes:

ARTICULO 1: DEFINICIONES

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

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

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

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

Asegurado: Es la persona natural cuya vida y/o integridad física es objeto del Contrato de Seguro y a quien se otorgará el pago de una Renta Temporal, conforme a los términos y condiciones establecidos en la presente **Póliza**. Para efectos del presente Seguro, es la persona indicada en las Condiciones Particulares de la **Póliza**, que ha presentado la solicitud de Seguro aceptada por la **Compañía**.

Beneficiario de Seguro: Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro en caso de ocurrencia de un Siniestro por Muerte Accidental.

Cobertura: También llamado Beneficio, es el compromiso de pago aceptado por la **Compañía** en virtud de la prima única pagada por la presente **Póliza**.

Compañía: PROTECTA S.A. Compañía de Seguros.

Contratante: Persona natural o jurídica que ha firmado un Contrato de Seguro, comprometiéndose a pagar la prima única que la **Compañía** cobra por la prestación. Queda expresamente establecido que no siempre el **Contratante** y el **Asegurado** serán la misma persona, lo que sólo ocurrirá cuando el **Asegurado** haya tomado la **Póliza** para sí mismo.

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

Edad Límite de Permanencia: Edad máxima hasta la cual el Asegurado esta con cobertura en la Póliza.

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

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

Fecha de Devengue de la Renta Temporal: Es la fecha a partir de la cual se origina la obligación del pago mensual de la cuantía establecida por concepto de Renta Temporal.

Fecha de Inicio de las Coberturas: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza, a partir de la cual comienza a regir el seguro.

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

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

Moneda Indexada: Moneda en la cual, si el Asegurado y/o Contratante así lo decide, se efectuará el pago de la Renta Temporal. Dicha moneda es producto de la actualización de una cuantía base (expresada en Soles) según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que elabora el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), o el indicador que lo sustituya. Se utiliza, como término general de dicho índice, el término: Tasa de Ajuste Anual.

Moneda Ajustada: Moneda en la cual, si el Asegurado y/o Contratante así lo decide, se efectuará el pago de la Renta Temporal. Dicha moneda es producto de la actualización de una cuantía base (expresada en Soles o Dólares, según elección del Asegurado y/o Contratante) según un indicador de naturaleza fija definido en la Póliza denominada Tasa de Ajuste Anual. Se utiliza, como término general de dicho indicador, el término: Tasa de Ajuste Anual.

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

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

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

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

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

Renta: Cuantía mensual que será pagada en forma temporal de acuerdo a lo establecido en la presente **Póliza**.

Rentista: Será el Asegurado, al cual se le paga la renta contratada mediante la presente **Póliza**.

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

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

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

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

Tasa de Venta: Tasa de interés que iguala los flujos de la póliza con el valor de la prima única de ésta, al momento de entrada en vigencia de la póliza; es decir, corresponde a la tasa de interés promedio implícita que se le ofrece al **Asegurado** al momento de contratación de la póliza.

Tasa de Descuento: Tasa de descuento utilizada para traer a valor presente los beneficios futuros de la póliza; a fin de, percibir las rentas de una sola vez; el valor de ésta es idéntico al de valor de la Tasa de Venta.

Tasa de Ajuste Anual: Tasa utilizada para actualizar el monto de renta otorgado por concepto de Renta Temporal, cuya aplicación será de frecuencia trimestral y en los períodos que se inician en los meses de enero, abril, julio y octubre de cada año. Cabe precisar que la tasa de ajuste anual podrá ser fija, para los productos denominados en dólares de los Estados Unidos de América y en soles; y, para este último caso (soles) la tasa podrá – también – ser variable al estar determinada según el valor del Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que elabora el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), o el indicador que lo sustituya.

ARTICULO 2: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO, COBERTURAS Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

Renta Temporal: La **Compañía** pagará al **Asegurado** una Renta Mensual durante el período indicado en las Condiciones Particulares, a contar desde la fecha indicada, hasta la fecha indicada como tal y en la moneda señalada en dichas Condiciones Particulares.

La Suma Asegurada establecida para Muerte Accidental en las Condiciones Particulares será pagada por la **Compañía** a los **Beneficiarios** después de acreditarse, durante el periodo de cobertura, la ocurrencia de alguno de los eventos detallados en las Condiciones Particulares y Especiales, de acuerdo a los términos pactados en las Condiciones Generales y Particulares, y hasta el límite de la Sumas Aseguradas contratada.

En caso de fallecimiento del **Asegurado**, por causa natural o accidental, durante la vigencia de la **Póliza**, la **Compañía** pagará las rentas mensuales no percibidas a los herederos del **Asegurado**, conforme a las normas del derecho sucesorio vigente al momento del siniestro. Estas rentas mensuales se pagarán de una sola vez y al contado, calculándose el valor presente de éstas utilizando la tasa de descuento establecida por la **Compañía**, y cuyo sustento y metodología forme parte de la información alcanzada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) con ocasión de la inscripción del producto y lo dispuesto en la Resolución S.B.S N° 3199-2013. Una vez pagada la totalidad de las rentas mensuales no percibidas por el **Asegurado**, esta cobertura se entenderá liquidada y cesará toda obligación por parte de la **Compañía**.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

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

Las edades declaradas por el **Asegurado** deben comprobarse con el Documento de Identidad o Partida de Nacimiento del **Asegurado**; y, la presentación del documento de corroboración se realizará a solicitud de la Compañía.

Si se comprobase que el **Asegurado** superó la edad máxima de ingreso, establecida en las Condiciones Particulares de la **Póliza**, al momento de presentar la solicitud de Seguro, resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 literal d) de las presentes Condiciones Generales.

ARTICULO 4: INICIO DE VIGENCIA Y PLAZO

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la prima única dentro del plazo establecido, siempre que no se haya pactado un plazo adicional para dicho pago.

Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro de muerte accidental antes del plazo acordado para el pago de la prima única, la empresa de seguros deberá cubrir el pago del siniestro, oportunidad en la cual se devengará la prima del período correspondiente hasta la fecha de ocurrencia del siniestro y se descontará dicha cuantía de prima, del importe indemnizatorio correspondiente.

La cobertura iniciará a las cero (0) horas del día que inicia la vigencia y terminará a las cero (0) horas del último día de vigencia del contrato.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES

El presente Contrato de Seguros no otorgará la cobertura de **Muerte Accidental**, a los Siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

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

- b. Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil.
- c. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho de recibir la Suma Asegurada de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- d. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- e. Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeta a itinerario.
- f. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- g. Realización de las siguientes actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, buceo profesional o de recreo, inmersión o caza submarina, canotaje y práctica de surf.
- h. Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- i. Consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza física, mental o nerviosa.
- j. Cualquier accidente que se produzca bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.5 gr./lt. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto pasivo al momento del Siniestro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo.
- k. Participación activa en cualquier acto violatorio de la ley, sea como autor, coautor o cómplice.

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

ARTÍCULO 6: BENEFICIARIOS

Para el caso de la cobertura de Muerte Accidental, se considera como **Beneficiarios** a los designados por el **Asegurado** en la correspondiente Solicitud de Seguro en los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la **Póliza**, los cuales tendrán derecho a recibir las indemnizaciones allí establecidas. Si no existiera tal designación, se entenderá como tales a los herederos legales del **Asegurado**, y se otorgará la indemnización respectiva en los porcentajes establecidos de acuerdo a ley.

Para el caso de la cobertura de Renta Temporal, se considera como **Beneficiario** al **Asegurado** mismo y en caso de fallecer el **Asegurado**, por causa natural o accidental, durante la vigencia de la **Póliza**, los **Beneficiarios** por las rentas mensuales no percibidas serán los Herederos legales del **Asegurado**, conforme a las normas del derecho sucesorio vigente al momento del siniestro.

El **Asegurado** tendrá derecho a cambiar de **Beneficiarios** de la cobertura por Muerte Accidental cuando lo estime conveniente, mientras la **Póliza** se encuentre en vigencia. La modificación de **Beneficiarios** será válida aunque se notifique a la **Compañía** después de la fecha de fallecimiento, siempre y cuando conste en un endoso a la **Póliza** o en un documento adicional debidamente legalizado por un notario público.

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

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

ARTÍCULO 7: PRIMA ÚNICA

La prima es el valor determinado por la **Compañía** como el precio de las coberturas materia del presente Contrato, que deberá ser pagada por el **Contratante** en las oficinas autorizadas por la **Compañía** sin perjuicio de ello, la prima será transferida al **Asegurado**, la misma que incluye los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la **Compañía**.

El importe de la prima será único y deberá ser pagado de una sola vez según lo establecido en las **Condiciones Particulares** de la **Póliza**; y, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley, si bien el **Contratante** es el obligado al pago de la prima, en caso de Siniestro, tanto el **Asegurado** como los **Beneficiarios** serán solidariamente responsables por el pago de la prima pendiente.

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

Para ello, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley la cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de la prima única, siempre y cuando la Compañía haya comunicado fehacientemente al Asegurado y al Contratante, las consecuencias del incumplimiento del pago de la prima. La Compañía no será responsable por los Siniestros ocurridos durante el período en el que la cobertura se encuentre suspendida.

En adición durante la suspensión de la cobertura del Seguro, la Compañía podrá optar por la resolución del Contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación escrita, cursada por la Compañía, en la que le informe sobre dicha decisión.

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

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

ARTÍCULO 8: MONTO DE LAS RENTAS

El monto de la renta que se otorga deberá ser constante en el tiempo, excepto si considera un ajuste previamente establecido en las Condiciones Particulares, y su pago no podrá fraccionarse. Con cargo a la prima única estipulada sólo se otorgarán los beneficios señalados en la presente póliza, sin perjuicio de lo convenido en cláusulas adicionales a ésta.

ARTÍCULO 9: PAGO DE LAS RENTAS – TITULAR ACTIVO

En caso de titular activo, es decir aquél que se encuentre con vida, el pago de las rentas mensuales se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

- **Mecanismo de Pago:**

- Abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera.
 - Concurrencia del asegurado a las Oficinas de la Compañía.
 - Concurrencia del asegurado a una agencia de una entidad financiera que tenga celebrado convenio para el pago de rentas con la Compañía de Seguros.
 - Otras modalidades vigentes al momento de dicha obligación.
- Plazos: A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago¹.
 - Documentación de Acreditación:
 - Para cualquier modalidad diferente a: abono en cuenta bancaria personal de una entidad financiera; se solicitará el Documento de Identidad del Asegurado.

ARTÍCULO 10: PAGO DE LAS RENTAS – TITULAR INACTIVO

En caso de titular inactivo, es decir aquél que haya fallecido (siendo la Compañía de Seguros la que haya detectado esta condición vía aplicación de controles de supervivencia o vía comunicación y/o aviso por parte de los beneficiarios de la póliza), el pago de las rentas mensuales se efectuará conforme a los plazos y procedimientos establecidos y detallados líneas abajo.

- Mecanismo de Pago: Pago único de las rentas pendientes de devengue vía emisión de cheque.
- Plazos: A más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago².
- Documentación de Acreditación:
 - a. Copia del Documento de Identidad de los Beneficiarios establecidos para la cobertura de Muerte Accidental; y, sólo si, el Asegurado no hubiese designado beneficiario para dicha cobertura, se solicitará el original y/o certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la Declaratoria de Herederos.

ARTÍCULO 11: TERMINACIÓN

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

- a. A la ocurrencia del Siniestro que dé lugar al pago del 100% del beneficio de cualquiera de las coberturas previstas en el presente Contrato.
- b. Al cumplir el **Asegurado** el límite de edad de permanencia establecido en las **Condiciones Particulares**.
- c. Al vencimiento del plazo de vigencia de la **Póliza**

ARTICULO 12: RESOLUCIÓN

¹ Se entiende como fecha de materialización de la obligación de pago aquella fecha pactada como fecha de devengue de la renta en el artículo séptimo de las Condiciones Particulares

² Se entiende como fecha de materialización de la obligación de pago aquella fecha pactada como fecha de devengue de la renta en el artículo séptimo de las Condiciones Particulares

La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la póliza, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación por escrito, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado ni bien estos conozcan su ocurrencia.

Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, la Compañía deberá comunicar al Contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. En el caso que la agravación no haya sido comunicada, el referido plazo se contará desde el momento en que la Compañía tuvo conocimiento de la agravación.

- c. La Póliza de Seguro podrá quedar resuelta por la presentación de reclamaciones fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de Muerte Accidental, a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo la Compañía procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas correspondientes a la cobertura de Muerte Accidental.
- d. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto en caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y esta es constatada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver el Contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de Muerte Accidental, hasta la fecha de resolución.
- e. El Contrato de Seguros podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, la cual puede ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato. Le corresponde a la Compañía la Prima Devengada por la cobertura de Muerte Accidental, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

Para los literales b, c, d y e, la Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada, correspondiente a la cobertura de Muerte Accidental, al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario computados a partir de la resolución de la póliza en cuestión.

En todos los supuestos de resolución, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello al Asegurado.

ARTICULO 13: NULIDAD DE LA PÓLIZA

La Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y Asegurado en la Solicitud de Seguro.

Será nulo todo Contrato según corresponda:

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

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

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

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

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

La Compañía devolverá el íntegro de las Primas pagadas, sin intereses al Contratante, salvo en aquellos casos en que la nulidad del Contrato se hubiere producido en virtud del literal c) del presente artículo 13°, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros.

Artículo 14: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:

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

- a. Si la declaración inexacta o reticente es constatada antes de que se produzca un Siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima

y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el **Contratante** en un plazo máximo de diez (10) días.

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

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

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

Si el **Contratante** y/o **Asegurado** realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, que hubiese impedido el Contrato o determinado la modificación de sus condiciones si la **Compañía** hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, resultará aplicable lo dispuesto en el artículo 12° precedente. Queda expresamente establecido que se considerarán dolosas aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el **Contratante** y/o **Asegurado** que fueron materia de una pregunta y respuesta expresa en la solicitud de Seguro o en cualquier otro documento accesorio o complementario que forma parte de la **Póliza**.

ARTÍCULO 15: REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

De producirse la suspensión de la cobertura del Contrato como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, el **Contratante** podrá solicitar su rehabilitación previo pago de la totalidad de la prima única.

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

ARTÍCULO 16: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** deberá dar aviso de siniestro a la **Compañía** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro. Posteriormente al aviso del siniestro, el **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** deberá solicitar la cobertura y presentar una **Solicitud** adjuntando los siguientes documentos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Muerte Accidental

- a. **Acta y Certificado de defunción del Asegurado.**
- b. **Copia del Documento de Identidad, o Partida de Nacimiento de ser el caso, de los Beneficiarios.**
- c. **Atestado Policial completo, si lo hubiere.**
- d. **Protocolo de Necropsia del Asegurado, si lo hubiere.**

- e. **Resultado del dosaje etílico del Asegurado, si lo hubiere.**
- f. **Resultado del examen toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.**

En cualquier caso, la **Compañía** podrá solicitar la **Historia Clínica del Asegurado**, si lo estima conveniente, dentro de los primeros veinte días del plazo de treinta (30) días otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, de acuerdo lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, aprobado por Resolución SBS N° 3202-2013, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

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

Una vez que el **Asegurado** o **Beneficiario(s)** hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, la **Compañía**, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso la **Compañía** no se pronunciase dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido o aprobado el Siniestro, la **Compañía** deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario**, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la **Compañía** relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente **Póliza**.

ARTICULO 17: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Todas las comunicaciones entre la **Compañía** y el **Contratante** deberán ser hechas por escrito. Las comunicaciones del **Contratante** deberán ser dirigidas al domicilio de la **Compañía** y las de la **Compañía** serán dirigidas al domicilio señalado por el **Contratante y/o Asegurado** en las Condiciones Particulares.

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

En caso el **Contratante** solicite la Resolución del Contrato según lo indicado en el Artículo 11°, es responsabilidad del **Contratante** informar al **Asegurado** la resolución del contrato, indicando la fecha desde cuándo se hará efectiva, esta comunicación debe producirse con 30 días anticipación a la Resolución del Contrato.

ARTICULO 18: ATENCIÓN RECLAMOS Y DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Los reclamos que quiera presentar el **Contratante**, el **Asegurado** o **Beneficiario**, deberán ser realizados a la **Plataforma de Atención al Cliente** de **Protecta**. El plazo máximo para que **Protecta** atienda los reclamos y/o quejas presentados por el **Contratante**, el **Asegurado** o **Beneficiario** es de treinta (30) días calendarios.

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

- Atención Telefónica: Lima 418-1938 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: informes@protecta.com.pe
- Página Web: www.protecta.com.pe
- Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú
- Fax: (511) 418-1942

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

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

ARTICULO 19: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

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

ARTICULO 20: MONEDA

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

Las rentas, correspondientes a la Renta Temporal, podrán estar expresadas tanto en soles como en dólares de los Estados Unidos de América, considerándose en este último caso la unidad monetaria de los Estados Unidos de América.

Las rentas otorgadas en dólares de los Estados Unidos de América podrán reajustarse de acuerdo a una tasa fija anual establecida en las Condiciones Particulares. Las rentas otorgadas en soles se reajustarán de acuerdo al Índice de Precios al Consumidor que publica el Instituto Nacional de Estadística e Informática, o el indicador que lo sustituya; o, alternativamente, de acuerdo a una tasa fija predeterminada y con la periodicidad que se establezca en las Condiciones Particulares.

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a la moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada, Renta y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la

norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación. La Compañía tiene un plazo de treinta (30) días para comunicar al Contratante de la Póliza, las modificaciones efectuadas. Dentro de dicho plazo asimismo entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los Asegurados.

ARTICULO 21: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

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

ARTÍCULO 22: PRESCRIPCIÓN

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

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

ARTÍCULO 23: PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLAUSULAS

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

ARTÍCULO 24: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si la adquisición de la póliza se efectuó a través de comercializadores y/o corredores y/o promotores de venta, el Asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación de ésta. Para esto el Asegurado podrá resolver la póliza de seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, en un plazo de quince (15) días siguientes a la fecha en la que el tomador del seguro recibió la póliza o nota de cobertura provisional, siempre y cuando no haya hecho uso de las coberturas contenidas en el mismo. En caso el Asegurado haga uso de su Derecho de Arrepentimiento luego de haber pagado la prima del seguro, la Compañía procederá a la devolución total del importe pagado. Para estos fines el Asegurado podrá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

ARTICULO 25: CONSIDERACIONES ADICIONALES

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

- 1) Es obligación de la **Compañía** entregar la **Póliza** al Contratante del Seguro dentro del plazo de quince (15) días después de recibida la Solicitud de Seguro.

- 2) En caso la **Póliza** se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por la **Compañía** y el contenido de aquella difiera de dicha propuesta, la diferencia se considerará tácitamente aceptada por el **Contratante** si éste no efectúa el reclamo correspondiente dentro de los treinta (30) días de haber recibido la **Póliza**. La aceptación tácita sólo se presumirá cuando la **Compañía** hubiere comunicado al **Contratante** en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la **Póliza**, la existencia de diferencias, otorgándole además un plazo de treinta (30) días para rechazarlas. De omitir la **Compañía** la referida comunicación, las diferencias se entenderán como no escritas, salvo que éstas resulten más beneficiosas para el **Asegurado**.
- 3) Es obligación del **Contratante** y/o del **Asegurado** notificar por escrito a la **Compañía** los hechos o circunstancias de Agravación del Riesgo ni bien estos conozcan su ocurrencia. En aquellos casos en que el **Contratante** y/o **Asegurado** no comuniquen la Agravación del Riesgo, la **Compañía** queda liberada de su prestación, si es que el Siniestro se produce mientras subsiste la Agravación del Riesgo, salvo que:
- a. El **Contratante** y/o **Asegurado** incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable
 - b. Si la Agravación del Riesgo no influye en la ocurrencia del Siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la **Compañía**.
 - c. Si la **Compañía** no opta por la resolución del Contrato de Seguro o no propone su modificación dentro del plazo de quince (15) días.
 - d. Si la **Compañía** conociese la situación de Agravación del Riesgo al momento en que debió efectuarse la comunicación.

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

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON RENTA
TEMPORAL

Versión 2016.06.20

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON RENTA TEMPORAL CONDICIONES PARTICULARES

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

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

PÓLIZA : 000000XXXX
VIGENCIA DE LA COBERTURA* : Desde las 0.00 horas del XX/XX/XXXX
Hasta las 0.00 horas del XX/XX/XXXX **

* De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley 29946, las partes convienen – en el caso de realizarse un pago diferido – en postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la prima única dentro del plazo establecido, siempre que no se haya pactado un plazo adicional para dicho pago.

Igualmente las partes acuerdan que se dará inicio a la cobertura del seguro – para aquellas pólizas de pago diferido–, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de dicha prima; oportunidad en la cual, se devengará la prima debida, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

**** El fin de vigencia de la póliza podrá corresponder a la fecha de vencimiento de ésta o a la fecha en la cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia establecido.**

ARTÍCULO PRIMERO: CONTRATANTE

Apellidos y Nombres : XXXXXXXXXXXXX
DNI : XXXXXXXXXXX
Dirección : XXXXXXXX
Teléfono : XXXXXXX

ARTÍCULO SEGUNDO: ASEGURADO

Apellidos y Nombres : XXXXXXXXXXXXX
DNI : XXXXXXXXXXX
Fecha de Nacimiento : XXXXXXXX
Dirección : XXXXXXXX
Teléfono : XXXXXXX

ARTÍCULO TERCERO: COBERTURA PRINCIPAL

Cód. SBS: AE2096100023

- a. **Muerte Accidental:** Protecta indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.
- b. **Renta Temporal:** Protecta pagará al Asegurado una Renta Mensual durante el período XXX (XX) años, a contar desde la fecha inicio de vigencia indicada.

ARTÍCULO CUARTO: COBERTURAS OPCIONALES (se señalará sólo las que han sido incluidas en el seguro contratado)

- a. **Renta Vitalicia:** Protecta pagará al Asegurado una Renta Vitalicia Mensual, a contar desde la fecha indicada, una vez finalizado el periodo establecido para el pago de la Renta Temporal.

Véase el detalle de las Coberturas en el Condicionado General y Cláusulas opcionales.

ARTÍCULO QUINTO: DEFINICIÓN DE ACCIDENTES

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

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

ARTÍCULO SEXTO: MONEDA

Cobertura de Muerte Accidental:

Moneda : Soles o Dólares Americanos.

Para el caso de la Renta Temporal y la Renta Vitalicia, en caso esta cobertura haya sido contratada:

Tipo de Moneda : Ajustados o Nominal.

Factor de Ajuste : Indexado o XXX% anual, en caso corresponda.

Periodicidad de Ajuste : Trimestral

Tipo de Cambio : XXX, en caso se haya contratado en Dólares

ARTÍCULO SÉTIMO: SUMAS ASEGURADAS Y COBERTURAS

Coberturas	Sumas Aseguradas
1. Muerte Accidental (Cobertura Básica)	XXXXXX
2. Renta Temporal – a pagarse mensualmente (Cobertura Básica)	XXXXXX
3. Renta Vitalicia – a pagarse mensualmente (Cobertura Opcional)	XXXXXX

Para el caso de la Renta Temporal y la Renta Vitalicia, en caso esta cobertura haya sido contratada:

Tasa de Venta : XX.XX% anual
Tasa de Descuento : XX.XX% anual
Periodo de la Renta Temporal : XX (XX) años
Fecha de Devengue de la Renta Temporal : XX/XX/XXX Hasta : XX/XX/XXXX
Fecha de Devengue de la Renta Vitalicia : XX/XX/XXX, en caso esta cobertura haya sido contratada

ARTÍCULO OCTAVO: PAGO DE RENTAS

Los pagos de las rentas mensuales deberán efectuarse a más tardar a los treinta (30) días calendario desde la materialización de la obligación del pago.

El pago se realizará o mediante un abono en cuenta bancaria personal del Asegurado en una entidad financiera o mediante cheque, el cual será recogido en las oficinas de la Compañía, o vía otros mecanismos de pago establecidos en el Artículo 9 y 10 del Condicionado General de la presente póliza.

Para dicho efecto, el Contratante deberá facilitar la información y documentación necesaria, a fin que la Compañía pueda cumplir de modo puntual y ordenado con los compromisos de pago de las rentas mensuales; dicha información constará en la Solicitud del Seguro.

ARTÍCULO NOVENO: PRIMA ÚNICA

La Prima correspondiente al seguro contratado, que incluye la cobertura básica y la cobertura opcional: XXXXX, es la siguiente:

Coberturas Básicas:

Prima Comercial : XXXXXX
Prima Comercial + IGV : XXXXX

Cobertura Opcional:

Prima Comercial : XXXXXX
Prima Comercial + IGV : XXXXX

Total: Coberturas Básicas y Coberturas Opcionales

Prima Comercial : XXXXXX
Prima Comercial + IGV : XXXXX

Los efectos del incumplimiento del pago de la prima se encuentran especificados en las Condiciones Generales, documento suscrito por **Protecta** y el **Contratante**.

La Prima Comercial incluye:

Descripciónn General	Monto
Cargos de Agenciamiento por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor	XXX.XX
Cargos por la Contratación de promotores de seguros	XXX.XX

ARTÍCULO DECIMO: DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COASEGUROS O SIMILARES

No se consideran.

ARTÍCULO UNDÉCIMO: BENEFICIARIOS

Para la cobertura de **Muerte Accidental**, serán los designados en la Solicitud de Seguro. En caso de no existir tal designación, se entenderán por **Beneficiarios** a los Herederos Legales del **Asegurado**, de acuerdo a lo establecido en el artículo 816° del Código Civil.

Para el caso de las coberturas de **Renta Temporal** o **Renta Vitalicia**, en caso esta última haya sido contratada, el **Beneficiario** será el mismo **Asegurado**.

ARTÍCULO DUODECIMO: CONSIDERACIONES ADICIONALES

Edades:	Mínima de Ingreso	:	18 Años
	Máxima de Ingreso	:	70 Años (inclusive)
	Límite de Permanencia	:	80 Años (inclusive)

Período de Carencia: No se considera período de carencia.

**Forma de Pago del
Contratante:**

Depósito o transferencia en las siguientes cuentas de la Compañía:
XXXXX, para a realizarse antes del XX/XX/XXXX.

En virtud de lo dispuesto por el artículo 7 del Reglamento de Pago de Primas y **Pólizas** de Seguro, el incumplimiento del pago de la prima en las condiciones pactadas originará la suspensión automática de la cobertura del seguro transcurridos los treinta (30) días contados desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes del vencimiento de dicho plazo, **Protecta** o su representante, deberá enviar a la última dirección informada por el Contratante y del Asegurado, una comunicación indicándole la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima, así como el plazo que dispone para efectuar el mismo, antes de producirse la suspensión de la cobertura del seguro. Durante la suspensión de la cobertura, **Protecta** no estará obligada a cubrir los siniestros ocurridos y tendrá opción a resolver el contrato.

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

Revisión de

Condiciones:

De conformidad con lo dispuesto del artículo 30 de la Ley del Contrato de Seguro, que regula los cambios en las condiciones contractuales durante la vigencia del contrato, las propuestas de reajuste de la tasa o cualquier otro término contractual deberán ser comunicadas por escrito al **Contratante**. El **Contratante** deberá manifestar su aceptación de los nuevos términos contractuales propuestos en un plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de recepción de la citada comunicación. A falta de aceptación de los nuevos términos, se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado, hasta el fin de su vigencia.

Datos Personales:

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

**Condicionados y
Cláusulas Opcionales:**

Condiciones Generales Seguro de Accidentes Personales con Renta Temporal.
Cláusula Opcional de Renta Vitalicia.

El **Contratante** declara haber tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales del **Seguro de Accidentes Personales con Renta Temporal**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas Opcionales, Certificados y Anexos que se adhieren a la **Póliza**, cuyas estipulaciones quedan sometidas al presente contrato de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, la Resolución de la SBS N° 3199-2013 – Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros y la Resolución de la SBS N° 3198-2013 – Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros.

**Protecta
Compañía de Seguros**

Contratante

**XX / XX / XXXX
Fecha de Emisión**

**Protecta
Compañía de Seguros**

CLÁUSULA OPCIONAL
RENTA VITALICIA

Versión 2016.06.20

CLÁUSULA OPCIONAL

RENTA VITALICIA

Esta **Cláusula** forma parte integrante de la **Póliza** y se regirá por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en las **Condiciones Generales** del seguro principal.

ARTICULO 1: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS

En caso el asegurado llegué con vida al término de la vigencia de la cobertura principal y en caso éste haya contratado la presente cláusula, la **Compañía** pagará al **Asegurado** una Renta Vitalicia Mensual, a contar desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares, una vez finalizado el periodo establecido para el pago de la Renta Temporal, por el importe y en la moneda señalada en las Condiciones Particulares de este contrato.

La Póliza permanecerá vigente hasta el fallecimiento del Asegurado, debiendo presentar el mismo cada XXX (XX) meses un certificado de supervivencia, para verificar su condición de supérstite, caso contrario se suspenderá el pago de la Renta Vitalicia, hasta que se presente el mencionado documento.

ARTICULO 2: TERMINACIÓN

La cobertura de la presente **Cláusula** terminará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. A la ocurrencia del fallecimiento del **Asegurado**.

ARTÍCULO 3: SUSPENSIÓN DE PAGO DE RENTA

En caso de que el Asegurado no certifique su condición de supervivencia, en el plazo establecido, la Compañía suspenderá el pago de las rentas mensuales.

En caso el Asegurado certifique su condición de supérstite con posterioridad al plazo antes señalado, la Compañía procederá de la siguiente manera:

- a) Constatación de la condición de supérstite durante los primeros diez (10) días calendario del mes de acreditación: La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el monto total de las rentas mensuales suspendidas que no se hubiesen pagado al Asegurado, como máximo el último día hábil del mismo mes en que se constató la condición de supérstite.
- b) Constatación de la condición de supérstite a partir del undécimo (11) día calendario del mes de acreditación: La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el monto total de las rentas mensuales suspendidas que no se hubiesen pagado al Asegurado, como máximo en la fecha programada para el pago de planilla mensual del mes siguiente en que se constató la condición de supérstite.

ARTICULO 4: TERMINACIÓN DE LA CLAUSULA OPCIONAL

En caso la Compañía compruebe el fallecimiento del Asegurado y cuente con la correspondiente partida de defunción, se suspenderá el pago de la renta mensual y se dará por terminada la presente cláusula opcional, conforme a lo indicado en el Artículo 2°.