

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA MI FAMILIA

VERSIÓN 2016.03.11

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA MI FAMILIA

INDICE

Artículo 1:	Definiciones
Artículo 2:	Descripción del Seguro y Coberturas
Artículo 3:	Asegurados
Artículo 4:	Inicio de Vigencia y Plazo
Artículo 5:	Exclusiones
Artículo 6:	Beneficiarios
Artículo 7:	Prima
Artículo 8:	Plazo de Gracia
Artículo 9:	Terminación
Artículo 10:	Resolución
Artículo 11:	Nulidad de la Póliza
Artículo 12:	Rehabilitación de la Póliza
Artículo 13:	Solicitud de Cobertura
Artículo 14:	Comunicación entre las Partes
Artículo 15:	Atención de Quejas y Defensoría del Asegurado
Artículo 16:	Solución de Controversias y Legislación Aplicable
Artículo 17:	Moneda
Artículo 18:	Modificaciones de las Condiciones Contractuales
Artículo 19:	Prescripción
Artículo 20:	Predominio de Condiciones y/o Cláusulas
Artículo 21:	Indisputabilidad
Artículo 22:	Cesación del empleo
Artículo 23:	Consideraciones Adicionales
Artículo 24:	Derecho de Arrepentimiento

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE VIDA MI FAMILIA

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 la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo, de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales del **Seguro de Vida Mi Familia**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas Adicionales, Certificados y en los Anexos que se adhieran a la **Póliza**; **PROTECTA S.A. Compañía de Seguros** (en adelante la “**Compañía**”) conviene en amparar al **Asegurado** contra los riesgos expresamente contemplados en la **Póliza**, en los términos y condiciones siguientes:

ARTICULO 1: DEFINICIONES

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

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

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

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

Agravación del Riesgo: Situación que se produce cuando, como consecuencia de acontecimientos ajenos o no a la voluntad del **Asegurado**, el riesgo cubierto por la **Póliza** adquiere una peligrosidad

superior a la inicialmente prevista, la misma que debe ser comunicada a la **Compañía** por el **Contratante** y/o el **Asegurado**.

Asegurado: Es la persona natural cuya vida y/o integridad física es objeto del contrato de seguro. Para efectos del presente seguro, es la(s) persona(s) indicada(s) en las Condiciones Particulares de la **Póliza**, que ha(n) presentado la solicitud de Seguro aceptada por la **Compañía**.

Beneficiario: Titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro, en caso de producirse un Siniestro. Los **Beneficiarios** podrán tener derechos indemnizatorios distintos.

Buena Salud: No adolecer de enfermedad o dolencia preexistente.

Compañía: PROTECTA S.A. Compañía de Seguros.

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

Declaración Personal de Salud Adicional: Declaración que deberá ser efectuada por los **Asegurados** a solicitud de la **Compañía** luego de presentada la Solicitud de Seguro y con anterioridad a la aceptación o rechazo de la misma por parte de la **Compañía** o durante la evaluación del riesgo.

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

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

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

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

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

Interés Asegurable: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro. Es el deseo que debe tener el **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 de Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 2: DESCRIPCIÓN DEL SEGURO Y COBERTURAS

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

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

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

La Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares será pagada por la **Compañía** a los **Beneficiarios** después de acreditarse, durante el período de cobertura, la ocurrencia de alguno de los eventos detallados en las Condiciones Particulares y Especiales, de acuerdo a los términos pactados en las Condiciones Generales y Particulares, y hasta los límites de las Sumas Aseguradas contratadas.

ARTÍCULO 3: ASEGURADOS

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

Las edades declaradas por el **Asegurado** o **Contratante** deben comprobarse con documento fehaciente, en los casos que así lo juzgue necesario la **Compañía**, antes o después de producido el Siniestro.

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 10 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 primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima 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 antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, la empresa de seguros deberá cubrir el pago del siniestro, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente. En caso de un siniestro considerado pérdida total, se devengará el íntegro de la prima acordada, que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

Salvo que las Condiciones Particulares establezcan una vigencia distinta, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley, la cobertura tendrá una vigencia anual y terminará a las doce (12) horas del último día de vigencia del Contrato.

ARTICULO 5: EXCLUSIONES

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

- a. **Enfermedades Preexistentes.**
- b. **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.**

- c. Suicidio consciente y voluntario, auto mutilación o auto lesión, estando o no el Asegurado en su sano juicio, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.
- d. Participación activa en cualquier acto violatorio de la ley, sea como autor, coautor o cómplice.
- e. Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil.
- f. 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.
- g. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva, y las consecuencias del uso de armas químicas y/o bacteriológicas.
- h. 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.
- i. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- j. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos. Ejemplos: 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.
- k. Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 1.0 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.

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 **Muerte Natural y Muerte Accidental** se considera como **Beneficiarios** a los designados por el **Asegurado** en los porcentajes establecidos e indicados en el Certificado de Seguro, los cuales tendrán derecho a recibir como indemnización la Suma Asegurada ahí indicada, de acuerdo a los términos de la **Póliza**. Si no existiera tal designación de **Beneficiarios**, se entenderá como tales a los herederos legales y se otorgará la indemnización respectiva en los porcentajes establecidos de acuerdo a ley.

Mientras la **Póliza** se encuentre en vigencia, el **Asegurado** tendrá derecho a cambiar de **Beneficiarios** cuando lo estime conveniente. 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. La **Compañía** no es responsable por cambios en los beneficiarios que no le fueron notificados, una vez pagada la indemnización, de ser el caso.

Si existieran **Beneficiarios** 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

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 y/o Asegurado** en las oficinas autorizadas por la **Compañía** en efectivo o a través de cargos en cuenta o débito automático, según se establezca en las Condiciones Particulares. La prima incluye los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la **Compañía**.

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

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

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

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley, la cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de la prima, siempre y cuando la Compañía haya comunicado fehacientemente al Contratante y/o Asegurado las consecuencias del incumplimiento del pago de primas, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes al vencimiento de la obligación 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.

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 dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima.

De conformidad con lo dispuesto en 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 período efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 8: TERMINACIÓN

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

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

El Contrato de Seguro terminará:

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

ARTICULO 9: RESOLUCIÓN

La Póliza o el Certificado de Seguro, según corresponda, podrán quedar resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- a. Por falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la Póliza y/o el Certificado de Seguro, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación enviada al Contratante y/o Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- b. Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a la Compañía por el Contratante y/o el Asegurado, lo cual deben realizar apenas producida la agravación.

Una vez comunicada la agravación del riesgo a la Compañía, ésta deberá comunicar al Contratante, 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. Se precisa que el contrato no podrá ser modificado o resuelto como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado que éste no conociera al momento de la celebración del contrato.

- c. El Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por la presentación de solicitudes de cobertura fraudulentas por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos

falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso la Compañía deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante y del Asegurado, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a la Compañía la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo la Compañía procederá a devolver al Contratante las primas no devengadas, quien será el obligado a entregárselas al Asegurado, en el caso que haya pagado la prima.

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

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

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

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

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

ARTICULO 10: NULIDAD

El contrato y/o certificado de seguro han sido extendidos por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud de Seguro y en los cuestionarios relativos a su salud.

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

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

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

- d. Declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, al momento de celebración del Contrato, hubiere excedido los límites establecidos en las Condiciones Particulares. En este caso, se procederá con la devolución de las primas 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 y/o Certificado 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 10, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las mismas para el primer año de duración del contrato de seguros. En

caso de nulidad de un certificado de seguro, el Contratante entregará al Asegurado la prima devuelta por la Compañía.

Artículo 11: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA:

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

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

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

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

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

En este sentido, la Suma Asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá Suma Asegurada a pagar.

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

ARTICULO 12: 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 las cuotas vencidas.

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

ARTÍCULO 13: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario** 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 los siguientes documentos en la **Compañía**, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) salvo que en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de este Contrato de Seguro se especifiquen requisitos diferentes o adicionales:

En caso de Muerte Natural:

- a. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado.
- b. Copia del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios.

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

- a. Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
- c. Resultado de Dosaje Etilico del Asegurado, si lo hubiere.
- d. Resultado del exámen 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 otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El **Asegurado**, mediante la suscripción de la **Solicitud de Seguro** autoriza expresamente a 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 **Contratante, 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** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el **Contratante** o **Beneficiario(s)**, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En caso la **Compañía** no se pronuncie 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 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 14: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Todas las comunicaciones entre la **Compañía** y el **Contratante** deberán ser hechas por los medios de comunicación pactados, salvo que las normas legales establezcan la forma escrita en algún caso específico. Las comunicaciones del **Contratante** deberán ser dirigidas al domicilio de la **Compañía** y las de la **Compañía** serán dirigidas al último domicilio señalado por el **Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario**, en las Condiciones Particulares.

Las comunicaciones cursadas por el **Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario** al comercializador sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la **Compañía**.

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

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

ARTICULO 15: ATENCIÓN DE RECLAMOS Y DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Los reclamos que quieran presentar el **Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario**, deberán ser realizados al **Área de Servicio al Cliente & Calidad de Protecta**. El plazo máximo para que **Protecta** atienda los reclamos presentados 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 y/o Asegurado y/o Beneficiario** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este Seguro en la **Defensoría del Asegurado** al 446-9158, o en Calle Arias Aragüez 146 San Antonio - Miraflores, Lima - Perú o en www.defaseg.com.pe, así como en la **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS)** en caso únicamente de denuncias y/o en el **Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI)**.

ARTICULO 16: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

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

ARTICULO 17: MONEDA

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

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

ARTICULO 18: MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

18.1 Durante la vigencia del contrato

Cualquier modificación de los términos contractuales durante la vigencia del contrato de seguro deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar de manera previa y por escrito 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.

18.2 A la renovación del contrato

Cuando la Compañía decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entiende aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el contrato de seguro fue acordado hasta el fin de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la Póliza, lo que será comunicado al Contratante utilizando los mismos medios que usó para la contratación del seguro.

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

ARTÍCULO 19: PRESCRIPCIÓN

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

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

ARTÍCULO 20: PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLAUSULAS

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

ARTÍCULO 21: INDISPUTABILIDAD

Esta **Póliza** será indisputable cuando hayan transcurrido dos (02) años completos desde la celebración del contrato, salvo en caso de reticencia o falsa declaración dolosa del **Contratante** y/o **Asegurado** en perjuicio de la **Compañía**, sea que éste se produzca al momento de la contratación del seguro, durante la vigencia de la **Póliza** o en la reclamación del siniestro.

ARTÍCULO 22: CESACIÓN DEL EMPLEO

En caso el **Asegurado** tenga una relación laboral con el **Contratante**, y el **Asegurado** cese de su empleo, siempre y cuando haya permanecido con cobertura en la presente **Póliza** durante doce (12) meses consecutivos e ininterrumpidos, podrá decidir mantener su Seguro en las mismas condiciones del seguro contratado, para lo cual, luego de presentar la Solicitud de Seguro a que se refiere el párrafo siguiente, se emitirá una nueva **Póliza** de seguro.

Para tal efecto podrá comunicar por escrito a la **Compañía**, su decisión en un plazo de máximo de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de cese, debiendo en el mismo plazo llenar la Solicitud de Seguro correspondiente, someterse a los criterios de asegurabilidad de la **Compañía** y cancelar la prima correspondiente a seis (06) meses. Si el **Asegurado** desea renovar su seguro individual en los siguientes periodos, deberá cancelar la prima correspondiente a seis (06) meses, concediéndose un periodo de gracia de quince (15) días calendario.

La cobertura vencerá automáticamente cuando el **Asegurado** cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.

ARTÍCULO 23: 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, así como los Certificados de Seguro conforme al número de **Asegurados**, dentro del plazo de quince (15) días después de recibida la Solicitud de Seguro, si no media rechazo previo de la solicitud.
- 2) En caso la **Póliza** se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por la **Compañía** y el contenido de aquella difiera de dicha propuesta, la diferencia se considerará tácitamente aceptada por el **Contratante** si éste no efectúa el reclamo correspondiente dentro de los treinta (30) días de haber recibido la **Póliza**. La aceptación tácita sólo se presumirá cuando la **Compañía** hubiere comunicado al **Contratante** en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la **Póliza**, la existencia de diferencias, otorgándole además un plazo de treinta (30) días para rechazarlas. De omitir la **Compañía** la referida comunicación, las diferencias se entenderán como no escritas, salvo que éstas resulten más beneficiosas para el **Asegurado**.

- 3) Es obligación del **Contratante** y/o del **Asegurado** notificar por escrito a la **Compañía** los hechos o circunstancias de Agravación del Riesgo ni bien estos conozcan su ocurrencia. En aquellos casos en que el **Contratante** y/o **Asegurado** no comuniquen la Agravación del Riesgo, la **Compañía** queda liberada de su prestación, si es que el Siniestro se produce mientras subsiste la Agravación del Riesgo, salvo que:
- a. El **Contratante** y/o **Asegurado** incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable
 - b. Si la Agravación del Riesgo no influye en la ocurrencia del Siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la **Compañía**.
 - c. Si la **Compañía** no opta por la resolución del Contrato de Seguro o no propone su modificación dentro del plazo de quince (15) días.
 - d. Si la **Compañía** conociese la situación de Agravación del Riesgo al momento en que debió efectuarse la comunicación.

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

- 4) 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 a momento de la celebración del contrato

ARTÍCULO 24° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso el marco normativo vigente permita la comercialización de este producto a través de comercializadores, el Asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la Póliza. Para esto el Asegurado podrá resolver el certificado de seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, en un plazo entre los quince (15) y treinta (30) días de recibido, 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.