

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000005

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS*	RUC: 20517207331	Correo: clientes@protectasecurity.pe
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima	Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
*En adelante: PROTECTA SECURITY		

CONTRATANTE

Denominación o razón social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO	Teléfono: (051) 600 - 252

ASEGURADO

(En caso que sea póliza grupal) Se incluirá una definición genérica del grupo asegurado.

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

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal: Denominación o razón social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES	Relación con el asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado
---	--

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Muerte natural(*)	Muerte accidental(*)	Invalidez total y permanente(*)	Sobrevivencia(**)
-------------------	----------------------	---------------------------------	-------------------

*La suma asegurada será equivalente al Saldo del crédito, o monto adeudado al momento de un siniestro y será pagada al Contratante.

Es el Saldo Insoluto del crédito en el mes anterior de la fecha del siniestro. El Saldo Insoluto incluye: el Capital que se le adeuda. El cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 200,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante

** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Seguro de Desgravamen que consta de 3 páginas

Firma de representante de la empresa 	Fecha	Firma del Asegurado Titular
---	-------	-----------------------------

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000005

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS*	RUC: 20517207331	Correo: clientes@protectasecurity.pe
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima	Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
*En adelante: PROTECTA SECURITY		

CONTRATANTE

Denominación o razón social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO	Teléfono: (051) 600 - 252

ASEGURADO

(En caso que sea póliza grupal) Se incluirá una definición genérica del grupo asegurado.

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

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal: Denominación o razón social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES	Relación con el asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado
---	--

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS


Muerte natural(*)	Muerte accidental(*)	Invalidez total y permanente(*)	Sobrevivencia(**)
-------------------	----------------------	---------------------------------	-------------------

*La suma asegurada será equivalente al Saldo del crédito, o monto adeudado al momento de un siniestro y será pagada al Contratante.

Es el Saldo Insoluto del crédito en el mes anterior de la fecha del siniestro. El Saldo Insoluto incluye: el Capital que se le adeuda. El cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 200,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante

** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Seguro de Desgravamen que consta de 3 páginas

Firma de representante de la empresa 	Fecha	Firma del Asegurado Titular
---	-------	-----------------------------

CLIENTE/ASEGURADO

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000005

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS*	RUC: 20517207331	Correo: clientes@protectasecurity.pe
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima	Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
*En adelante: PROTECTA SECURITY		

CONTRATANTE

Denominación o razón social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO	Teléfono: (051) 600 - 252

ASEGURADO

(En caso que sea póliza grupal) Se incluirá una definición genérica del grupo asegurado.

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

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal: Denominación o razón social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES	Relación con el asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado
---	--

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS


Muerte natural(*)	Muerte accidental(*)	Invalidez total y permanente(*)	Sobrevivencia(**)
-------------------	----------------------	---------------------------------	-------------------

*La suma asegurada será equivalente al Saldo del crédito, o monto adeudado al momento de un siniestro y será pagada al Contratante.

Es el Saldo Insoluto del crédito en el mes anterior de la fecha del siniestro. El Saldo Insoluto incluye: el Capital que se le adeuda. El cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 200,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante

** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Seguro de Desgravamen que consta de 3 páginas

Firma de representante de la empresa 	Fecha	Firma del Asegurado Titular
---	-------	-----------------------------

DECLARACIÓN DEL RIESGO

I. Declaración del Asegurado Titular del Crédito

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

SI NO

--	--

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

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

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – DPS (en caso corresponda)

SI APLICA, según lo señale las Condiciones Particulares

DECLARACIONES

Declaro que las respuestas consignadas en este documento son completas y verdaderas, que es de mi conocimiento que cualquier declaración inexacta o reticente efectuada con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios de este seguro.

Mediante mi firma manuscrita o huella digital o firma o certificado digital, manifiesto mi voluntad de contratar este seguro de Vida Desgravamen con Devolución.

Declaro haber tomado conocimiento sobre las condiciones y características de la póliza de Vida Desgravamen con Devolución, las cuales puedo obtener en la página web de PROTECTA SECURITY (www.protectasecurity.pe), así como a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Te informamos que los datos personales que has facilitado o que facilites en el futuro, serán incorporados por plazo indeterminado en el banco de datos personales de PROTECTA SECURITY denominado “Banco de Datos de Clientes Masivos” con Código RNPDP N° 1567. Los datos personales serán empleados para brindarte adecuada y oportunamente el seguro contratado; por lo tanto, dicho tratamiento es necesario para la existencia de la relación comercial.

En tal sentido, quedas informado del tratamiento automatizado de sus Datos Personales por parte de PROTECTASECURITY

para las finalidades mencionadas y reconoces y aceptas que dicho tratamiento es necesario para la gestión de la relación comercial y las demás finalidades legítimas que se indican.

Sin perjuicio de lo anterior, podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento. Para ejercer este derecho en cualquier otro que la ley establece con relación a sus datos personales (acceso, rectificación, cancelación y oposición), deberás remitir una comunicación a PROTECTA SECURITY a la siguiente dirección: Avenida Domingo Orú 165, Piso 8, Surquillo, Lima. Si necesitas información adicional y detallada sobre cómo tratamos sus datos, podrás encontrarla en la Política de Privacidad en nuestro sitio web www.protectasecurity.pe

De otro lado, autorizo a PROTECTA SECURITY para utilizar mis datos personales con fines publicitarios; esto es, el envío de información sobre productos y servicios que brinda PROTECTA SECURITY, envío de promociones, boletines, información de descuentos, etc.

Acepto No acepto

IMPORTANTE

PROTECTA SECURITY te comunicará por correo electrónico, dentro de los 15 días de presentada la Solicitud de Seguro, si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en dicho plazo.

INFORMACIÓN ADICIONAL

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



Av. Domingo Orué 165, 8vo. piso
Surquillo, Lima 34, Perú
Central de Servicio al Cliente: Lima (01) 391-3000 | Provincia 0801-1-1278
Canal de Whatsapp: 945 811 540
clientes@protectasecurity.pe
www.protectasecurity.pe