

SOLICITUD – CERTIFICADO MICROSEGURO DE VIDA

PÓLIZA DE SEGURO N° 00000004103

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.

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 DEL SEGURO

Denominación o Razón Social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO (AL FRENTE DE LA VILLA MILITAR) PUNO - PUNO - PUNO	
*En adelante "Caja Los Andes"	

ASEGURADO

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombres:	
DNI:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad:	Sexo: ☐ M ☐ F
Domicilio:	Teléfono:		
Correo Electrónico:	Otros medios de Comunicación (en caso de corresponder):		

BENEFICIARIOS

N°	Nombres y Apellidos	Tipo Documento	N° Documento	Fecha Nacimiento	Sexo	Relación con el Asegurado	Participación %
1							
2							
3							
4							
5							

COMPLETE LOS DATOS DE DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO EN EL CAMPO QUE CORRESPONDA

N°	Dirección	Distrito	Provincia	Departamento
1				
2				
3				
4				
5				

Si desea considerar a sus herederos legales como beneficiarios, marque aquí con una ☒ ☐

En caso de no designarse beneficiarios, no marcar la casilla correspondiente o que todos los beneficiarios designados hubiesen fallecido antes del asegurado, la indemnización corresponderá a los herederos legales.

Cuando se designe más de un beneficiario, la suma de los porcentajes de participación deberá totalizar el 100%. En caso de omisión o error en dicho cálculo, la distribución se efectuará en partes iguales. Si un beneficiario fallece antes que el asegurado, los beneficiarios restantes tienen derecho a acrecer; es decir, percibir el importe de la suma asegurada del beneficiario fallecido en forma proporcional a su participación, a menos que el asegurado formalice una actualización de beneficiarios a través de los canales de atención autorizados.

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del Asegurado Titular
		

SOLICITUD – CERTIFICADO MICROSEGURO DE VIDA

PÓLIZA DE SEGURO N° 00000004103

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.

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 DEL SEGURO

Denominación o Razón Social: CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	RUC: 20322445564
Domicilio: JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO (AL FRENTE DE LA VILLA MILITAR) PUNO - PUNO - PUNO	
*En adelante "Caja Los Andes"	

ASEGURADO

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombres:	
DNI:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad:	Sexo: ☐ M ☐ F
Domicilio:	Teléfono:		
Correo Electrónico:	Otros medios de Comunicación (en caso de corresponder):		

BENEFICIARIOS

N°	Nombres y Apellidos	Tipo Documento	N° Documento	Fecha Nacimiento	Sexo	Relación con el Asegurado	Participación %
1							
2							
3							
4							
5							

COMPLETE LOS DATOS DE DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO EN EL CAMPO QUE CORRESPONDA

N°	Dirección	Distrito	Provincia	Departamento
1				
2				
3				
4				
5				

Si desea considerar a sus herederos legales como beneficiarios, marque aquí con una ☒ ☐

En caso de no designarse beneficiarios, no marcar la casilla correspondiente o que todos los beneficiarios designados hubiesen fallecido antes del asegurado, la indemnización corresponderá a los herederos legales.

Cuando se designe más de un beneficiario, la suma de los porcentajes de participación deberá totalizar el 100%. En caso de omisión o error en dicho cálculo, la distribución se efectuará en partes iguales. Si un beneficiario fallece antes que el asegurado, los beneficiarios restantes tienen derecho a acrecer; es decir, percibir el importe de la suma asegurada del beneficiario fallecido en forma proporcional a su participación, a menos que el asegurado formalice una actualización de beneficiarios a través de los canales de atención autorizados.

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del Asegurado Titular
		

COBERTURA DEL SEGURO

Vigencia del Seguro:

Fecha de inicio: Desde la fecha en que se firma y entrega esta Solicitud - Certificado

Fecha de término: A las 23:59 horas del último día vigencia, según la cantidad de meses contratados.

*Se contrata por un periodo mínimo de 6 meses

Muerte Natural: Esto supone que PROTECTA SECURITY indemnizará a los Beneficiarios de tu microseguro por la Suma Asegurada, después de acreditar el fallecimiento del asegurado como consecuencia de su muerte natural.

Muerte Accidental: Esto supone que PROTECTA SECURITY indemnizará a los Beneficiarios de tu microseguro por la Suma Asegurada, después de acreditar el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: Esto supone que PROTECTA SECURITY indemnizará a los Beneficiarios por la Suma Asegurada, si a causa de un accidente el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado.

Se precisa que la vigencia del microseguro terminará además cuando el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero.

LÍMITES DE EDAD

Mínima de Ingreso: 18 Años

Máxima de Ingreso: 70 años y 364 días

Límite de Permanencia: 75 años y 364 días

SUMA ASEGURADA

PROTECTA SECURITY pone a disposición del Asegurado las siguientes coberturas y sumas aseguradas:

COBERTURAS	PLAN 1
MUERTE NATURAL	S/ 12,000
MUERTE ACCIDENTAL	S/ 12,000
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	S/ 12,000

PRIMA

PRIMA COMERCIAL CLIENTE: 06 MESES POR ASEGURADO	S/66
PRIMA COMERCIAL CLIENTE: 12 MESES POR ASEGURADO	S/ 114
PRIMA COMERCIAL CLIENTE: MENSUAL PARA MAYORES A 12 MESES POR ASEGURADO	S/ 9.50

FORMA DE PAGO

Al contado

LUGAR DE PAGO

Agencias de Caja los Andes

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE (EN CASO DE CORRESPONDER):

MONTO / PORCENTAJE

Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor.	5.145% (No incluye IGV) sobre la Prima Comercial Cliente
Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros	No Aplica
Cargos por la comercialización de seguros a través de Bancaseguros u otro comercializador	52.27% (Inafecto a IGV) sobre la Prima Comercial Cliente

En caso corresponda, las bonificaciones, premios, utilidades u otros beneficios se otorgarán siempre que se logre alcanzar los parámetros fijados por Protecta Security, los cuales estarán referidos a metas de producción y resultados, entre otros aspectos a definir por Protecta Security cada año.

El incumplimiento del pago de la Prima determina la resolución automática de la Solicitud- Certificado, en cuyo caso la solicitud-certificado de microseguro quedará resuelta a partir de la fecha en que se produjo el incumplimiento en el pago. Se considera que se produce un incumplimiento en el pago, una vez transcurrido el periodo de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento prevista para el pago de prima, sin que se haya efectuado el pago; momento en el cual el Asegurado perderá la cobertura contratada.

EXCLUSIONES

La presente póliza no cubrirá los siniestros que ocurran a consecuencia de:

- Enfermedades preexistentes, entendiéndose como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le hayan 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.
- Suicidio consciente y voluntario, auto mutilación o auto lesión estando el Asegurado en su sano juicio, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.
- Participación activa en cualquier acto violatorio de la ley, sea como autor, coautor o cómplice, que constituya la causa del siniestro o corresponda a un delito.
- 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.
- La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, huelga, motín o tumulto popular, así como en peleas o riñas, salvo en aquellos casos que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa, o que existan indicios razonables de que se ha tratado de legítima defensa.

Adicionalmente, para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- Los accidentes que se produzcan 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.
- 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.
- Cualquier tipo de Accidente Médico.

DEDUCIBLES, COPAGOS Y FRANQUICIAS

No son aplicables para la presente póliza.

AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, cuando corresponda, 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 microseguro.

Posteriormente al aviso del siniestro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, cuando corresponda, deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos a la Compañía o Comercializador, según corresponda, en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares y Solicitud-Certificado, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

En caso de Muerte Natural:

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Natural del Asegurado, el Beneficiario o Beneficiarios Adicionales o sus respectivos representantes, deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, los documentos que se detallan a continuación:

- Copia simple del Acta y/o Certificado de defunción del Asegurado.
- En caso de contar con Beneficiarios Adicionales (modalidad de Suma Asegurada Fija): Copia simple del Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios Adicionales.
- Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, mediante la presentación de la Copia simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.

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

Para atender las Solicitudes de Cobertura en caso de Muerte Accidental del Asegurado, el Beneficiario o Beneficiarios Adicionales o sus respectivos representantes deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, los documentos que se detallan a continuación:

- Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- Copia simple del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- Copia simple del Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- Copia simple del Resultado del examen toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal si lo hubiere.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el Contratante o Asegurado deberán entregar a la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía, los documentos que se detallan a continuación:

- Copia Certificada del Documento de identidad del Asegurado, de contar con el mismo.
- Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico del Asegurado, emitido por el médico tratante o establecimiento de salud, en caso corresponda.
- Atestado Policial emitido por la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- d. Resultado de dosaje etílico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o por la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades de ESSALUD, por el Instituto Nacional de Rehabilitación o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comité médico de las AFP) y/o COMEC (Comité médico de la SBS) o el dictamen emitido por las Fuerzas Armadas (en caso corresponda a este régimen).

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, la Compañía deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Le informamos que los datos personales que ha otorgado u otorgue en el futuro, serán incorporados en el banco de datos personales de **PROTECTA SECURITY** denominado "Banco de Datos de Clientes" con Código RNPDP N° 01567. Los datos personales serán empleados para brindarle adecuada y oportunamente atención respecto al seguro contratado; por lo tanto, queda informado del tratamiento automatizado de sus Datos Personales por parte de **PROTECTA SECURITY** 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. Puede consultar la información adicional y detallada sobre cómo tratamos sus datos en la Política de Privacidad en nuestro sitio web

<https://www.protectasecurity.pe/politica-de-privacidad/>

De igual manera, otorgo mi consentimiento para: 1) Que mis datos personales integren la base de datos de **PROTECTA SECURITY** y puedan realizar tratamientos relacionados con el

intercambio de información con otras empresas de seguros y con APESEG, con la finalidad de efectuar una evaluación de identidad y prevención de fraude de las coberturas de seguros al interior del mercado asegurador; y, 2) Que mis datos personales sean utilizados para fines publicitarios; esto es, el envío de información sobre productos y servicios que brinda **PROTECTA SECURITY** y el grupo económico **SECURITY**, envío de promociones, boletines, información de descuentos, invitaciones a eventos, charlas, talleres, cursos.

SI () NO ()

El presente consentimiento se otorga de manera libre, previa, expresa, inequívoca e informada.

Asimismo, le informamos que sus datos no se transferirán a terceros salvo obligación legal. Sin perjuicio de lo anterior, podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición; para ello, deberás remitir una comunicación a PROTECTA SECURITY a la siguiente dirección. Avenida Domingo Orúe 165, Piso 8, Surquillo, Lima.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de tu seguro se haya efectuado por el canal “Comercializadores” o a través del uso de “Sistemas a Distancia”, tienes derecho de arrepentirte de la contratación. En ese sentido, el Contratante o Asegurado puede ejercer este derecho, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días contados desde que recibió la Póliza o Solicitud - Certificado, siempre y cuando no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. Esta decisión la puede ejercer empleando los mismos canales que fueron utilizados para contratar el seguro. En caso corresponda, PROTECTA SECURITY procederá a devolver el total de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en la que se realizó la solicitud.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Las comunicaciones cursadas por los asegurados y/o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados al contrato, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- Los pagos efectuados por los contratantes, o terceros encargados del pago, al comercializador, se entenderán abonados a la empresa en la misma fecha de su realización.
- El asegurado tiene derecho a tener acceso o a solicitar copia de la póliza indicada en el encabezado de esta solicitud-certificado de microseguro. De ser requerida, Protecta entregará la póliza en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha en que se recibió la solicitud del asegurado.
- En caso de comercialización a distancia, el asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la póliza. Para tal efecto, el asegurado podrá resolver el contrato de Microseguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, en un plazo que no puede ser inferior a los quince (15) días de recibida la Solicitud-Certificado, 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, Protecta procederá a la devolución total del importe pagado dentro de los treinta (30) días siguientes. Para estos fines el asegurado podrá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

e) Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado, lo que determinará la prohibición de su comercialización.

CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

Plataforma de Servicio al Cliente de Protecta Security

a. Atención Telefónica: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278

b. Email: clientes@protectasecurity.pe

c. Página Web: www.protecta.com.pe

d. Atención Presencial: Av. Domingo Orúe 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú

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

Importante: Este documento no tendrá validez oficial si presenta alteraciones, tachaduras o enmendaduras.



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