

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN  
CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

## 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 - PUNO - PUNO - PUNO

Teléfono:

051 600 240

\*En adelante "CAJA LOS ANDES".

## ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:

DNI, CE, otro:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Domicilio:

Teléfono:

Correo E.:

## ASEGURADO CÓNYUGE

Nombres y Apellidos:

DNI, CE, otro:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Domicilio:

Teléfono:

Correo E.:

## BENEFICIARIO

Beneficiario Principal

Denominación o Razón Social

CAJA LOS ANDES

Relación con el Asegurado:

Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

Declaro haber recibido conforme los documentos del seguro de Desgravamen que consta de 8 páginas.

Firma de representante de la empresa

Fecha

Firma del Asegurado  
TitularFirma del Cónyuge /  
Conviviente

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN  
CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

## EMPRESA DE SEGUROS

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

## CONTRATANTE DEL SEGURO

<b>Denominación o Razón Social:</b> CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	<b>RUC:</b> 20322445564
<b>Domicilio:</b> JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	<b>Teléfono:</b> 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

## ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Sexo:</b>
	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo E.:</b>

## ASEGURADO CÓNYUGE

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Sexo:</b>
	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo E.:</b>

## BENEFICIARIO

## Beneficiario Principal

<b>Denominación o Razón Social:</b> CAJA LOS ANDES	<b>Relación con el Asegurado:</b> Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.
---	---

Declaro haber recibido conforme los documentos del seguro de Desgravamen que consta de 8 páginas.

<b>Firma de representante de la empresa</b> 	<b>Fecha</b>	<b>Firma del Asegurado Titular</b>	<b>Firma del Cónyuge / Conviviente</b>
--	--------------	------------------------------------	--

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN  
CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

## EMPRESA DE SEGUROS

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

## CONTRATANTE DEL SEGURO

<b>Denominación o Razón Social:</b> CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	<b>RUC:</b> 20322445564
<b>Domicilio:</b> JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	<b>Teléfono:</b> 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

## ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Sexo:</b>
	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo E.:</b>

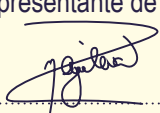
## ASEGURADO CÓNYUGE

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Sexo:</b>
	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo E.:</b>

## BENEFICIARIO

<b>Beneficiario Principal</b>	
<b>Denominación o Razón Social</b> CAJA LOS ANDES	<b>Relación con el Asegurado:</b> Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

Declaro haber recibido conforme los documentos del seguro de Desgravamen que consta de 8 páginas.

<b>Firma de representante de la empresa</b> 	<b>Fecha</b>	<b>Firma del Asegurado Titular</b>	<b>Firma del Cónyuge / Conviviente</b>
--	--------------	------------------------------------	--

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley N° 29946, el contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima. En consecuencia, la aceptación de la presente solicitud de seguro por parte de la Compañía determinará el perfeccionamiento del contrato de seguro. La entrada en vigor del presente contrato de seguro no determina el inicio de la vigencia de la cobertura, la cual se registrará por el acuerdo de las partes expresado en las condiciones particulares de la Póliza de Seguros, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946.

**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN  
CAJA LOS ANDES**

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

**EMPRESA DE SEGUROS**

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

**CONTRATANTE DEL SEGURO**

<b>Denominación o Razón Social:</b> CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	<b>RUC:</b> 20322445564
<b>Domicilio:</b> JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	<b>Teléfono:</b> 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

**ASEGURADO TITULAR**

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Sexo:</b>
	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo E.:</b>

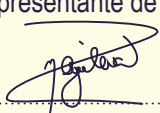
**ASEGURADO CÓNYUGE**

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Sexo:</b>
	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo E.:</b>

**BENEFICIARIO**

<b>Beneficiario Principal</b>	
<b>Denominación o Razón Social</b> CAJA LOS ANDES	<b>Relación con el Asegurado:</b> Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

Declaro haber recibido conforme los documentos del seguro de Desgravamen que consta de 8 páginas.

<b>Firma de representante de la empresa</b> 	<b>Fecha</b>	<b>Firma del Asegurado Titular</b>	<b>Firma del Cónyuge / Conviviente</b>
--	--------------	------------------------------------	--

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley N° 29946, el contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima. En consecuencia, la aceptación de la presente solicitud de seguro por parte de la Compañía determinará el perfeccionamiento del contrato de seguro. La entrada en vigor del presente contrato de seguro no determina el inicio de la vigencia de la cobertura, la cual se regirá por el acuerdo de las partes expresado en las condiciones particulares de la Póliza de Seguros, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946.

**CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN  
CAJA LOS ANDES**

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

**COBERTURA DEL SEGURO**

**Vigencia de la cobertura del seguro:**

**Inicio:**

Desde la fecha de desembolso del crédito por parte de la Financiera a favor del Asegurado.

**Término:**

Hasta la fecha pactada como fin del contrato de crédito, o hasta el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, o hasta la cancelación o término del plazo del crédito o cancelación de la línea o tarjeta de crédito, o hasta que el Asegurado cumpla la edad límite establecida, o hasta el vencimiento del Contrato de Seguro, o hasta el contratante deje de reportarlo en las tramas, lo que ocurra primero.

\*La cobertura del seguro podría extenderse hasta 3 meses luego del término del plazo del crédito, siempre y cuando se haya declarado al asegurado en las tramas y se haya realizado el pago de prima respectiva.

**Descripción del interés asegurado:**

El pago de la indemnización a los Beneficiarios hasta el límite de la Suma Asegurada indicada y en función de las coberturas y exclusiones señaladas en la Póliza y el presente certificado.

**Monto de la prima:**

**Suma Asegurada hasta S/10,000**

- Prima comercial mensual titular cliente: 0.165%
- Prima comercial mensual titular + cónyuge cliente: 0.205%

**Suma Asegurada mayor S/10,000**

- Prima comercial mensual titular cliente : 0.145%
- Prima comercial mensual titular + cónyuge cliente: 0.185%

**Forma de pago de la prima:**

Dentro de la cuota del crédito desembolsado, en la oportunidad establecida en el respectivo Cronograma de Pagos que será entregado por CAJA LOS ANDES.

**Lugar y forma de pago de la prima, en caso sea de cargo del Asegurado, y responsable del pago, cuando se trate de un tercero:** Oficinas del Contratante.

La Prima Comercial incluye: (en caso de corresponder):	Monto / Porcentaje
Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor.	<p><b>Suma Asegurada hasta S/ 10,000</b>  <b>Titular:</b> dos punto noventauno por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  <b>Titular y Cónyuge:</b> tres punto once por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)</p> <p><b>Suma Asegurada mayor a S/ 10,000</b>  <b>Titular:</b> tres punto treinta y uno por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  <b>Titular y Cónyuge:</b> cuatro punto veintiuno por ciento sobre la prima comercial(Incluye IGV)</p>
Cargos por la comercialización de seguros a través de Bancaseguros u otro Comercializador	<p><b>Suma Asegurada hasta S/10,000</b>  <b>Cargos por comercialización:</b>  <b>Aplica solo la 1ra cuota</b>  <b>Titular:</b> setentaidos punto sesentauno por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  <b>Titular y Cónyuge:</b> setenta punto setentidos por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  <b>Cargos por recaudación:</b>  <b>Aplica de la 2da cuota en adelante</b>  <b>Titular:</b> setentaidos punto sesentauno por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)  <b>Titular y Cónyuge:</b> setenta punto setentidos por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)  <b>Suma Asegurada mayor S/10,000</b>  <b>Cargos por comercialización:</b>  <b>Aplica solo la 1ra cuota</b>  <b>Titular:</b> sesentaiocho punto ochentaitrés por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  <b>Titular y Cónyuge:</b> sesenta punto cuarentaitres por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  <b>Cargos por recaudación:</b>  <b>Aplica de la 2da cuota en adelante</b>  <b>Titular:</b> sesentaiocho punto ochentaitres por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)  <b>Titular y Cónyuge:</b> sesenta punto cuarentaitres por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)</p>

## RIESGOS CUBIERTOS

### 1. Muerte Natural:

La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse la Muerte Natural del Asegurado.

### 2. Muerte Accidental:

La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

### 3. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios si a causa de un accidente o Enfermedad el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado.

## VALORES DECLARADOS Y SUMAS ASEGURADAS DEBIDAMENTE CUANTIFICADA

• La suma asegurada es el Saldo Insoluto del crédito en el mes de la fecha del siniestro. Incluye el capital que se adeuda. No se consideran intereses compensatorios, ni moras que se hayan generado por cualquier retraso del asegurado. No se considera financiamiento de primas.

• Para personas entre 18 y 73 años y 364 días (inclusive) 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.

• Para personas entre 74 y 79 años y 364 días (inclusive) el cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 3,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security.

## DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES

No se consideran.

## EXCLUSIONES

De 18 a 74 años (inclusive) Titular y Cónyuge/Conviviente:

- 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. (\*)
- 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.
- 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 a crecer.
- Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- 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.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.

- Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como 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.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).(\*) aplica solo para cónyuge a partir de los 65 años.

De 75 a 79 años (inclusive) Titular y Cónyuge/Conviviente:

- 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, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.
- 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.
- 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.
- Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- 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.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- Realización de 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.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- Cualquier accidente que se produzca bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.5gr/lit. 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.

## CONSIDERACIONES ADICIONALES

### 1. Resolución unilateral:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las Condiciones Generales, el Contrato de Seguros podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión causa de parte del Contratante, así como 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, 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 devolución de la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

## 2. Modificación de las Condiciones Contractuales:

De conformidad con el artículo 18 de las Condiciones Generales, durante la vigencia del contrato, Protecta Security no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fuera comunicada.

La falta de aceptación de la modificación planteada no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

## 3. Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de las Condiciones Generales, el procedimiento para el aviso de Siniestro y la Solicitud de Cobertura es el que se indica a continuación:

El **Asegurado** o el **Beneficiario** deben dar aviso del siniestro a Protecta Security, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Posteriormente al aviso del siniestro el **Asegurado** o el **Beneficiario** presentará la solicitud de cobertura a la Compañía o Comercializador, según corresponda, adjuntando a la misma la documentación e información señalada a continuación, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

1. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Muerte Natural, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Acta y Certificado de defunción del Asegurado.
- b. En caso de contar con Beneficiarios Adicionales (modalidad de Suma Asegurada Fija): Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios Adicionales.
- c. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.

2. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Muerte Accidental, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación adicional a la documentación solicitada por Muerte Natural:

- a. Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
- c. Resultado de dosaje etílico, si lo hubiere.
- d. Resultado del examen toxicológico, si lo hubiere.

3. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. Resultado de dosaje etílico del Asegurado, si lo hubiere.
- e. Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.
- f. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.
- g. Documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro.

En cualquier caso, Protecta Security 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 Protecta Security, 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.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### 1. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:

Conforme al artículo 3 del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros, los siniestros serán comunicados a Protecta Security dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio.

2. En caso Protecta Security 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 el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

### 3. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro:

La documentación deberá presentarse en la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o en el comercializador (dirección del Contratante).

### 4. Instancias Habilitadas para presentar Reclamos:

Los reclamos que quiera presentar el Contratante, Asegurado o Beneficiario, deberán ser realizados a la **Plataforma de Atención al Cliente de Protecta Security**. El plazo máximo para que Protecta Security atienda los reclamos presentados por el Asegurado es de treinta (30) días calendarios. Dicho plazo puede extenderse, excepcionalmente, siempre que la naturaleza del mismo lo justifique.

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

- Atención al Cliente: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: [clientes@protectasecurity.pe](mailto:clientes@protectasecurity.pe)
- Página Web: [www.protectasecurity.pe](http://www.protectasecurity.pe)
- Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú

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

En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por Protecta Security, el Contratante, 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](http://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).

## 5. Responsabilidades de la Compañía

Tener en cuenta que:

- a) La Compañía es responsable frente al **Contratante** y/o **Asegurado** de la cobertura contratada.
- b) La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.
- c) Las comunicaciones cursadas por el **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a Protecta Security. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por **Protecta Security**.
- d) Los pagos de prima efectuados al comercializador por el **Contratante** del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a **Protecta Security** en la fecha de realización del pago.

## 6. Comunicación de la agravación del riesgo asegurado:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a **Protecta Security** de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo **Asegurado**.

7. El **Asegurado** tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el **Asegurado**.

8. El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

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



# SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley N° 29946, el contrato de seguro queda celebrado por el consentimiento de las partes aunque no se haya emitido la póliza ni efectuado el pago de la prima. En consecuencia, la aceptación de la presente solicitud de seguro por parte de la Compañía determinará el perfeccionamiento del contrato de seguro.

La entrada en vigor del presente contrato de seguro no determina el inicio de la vigencia de la cobertura, la cual se regirá por el acuerdo de las partes expresado en las condiciones particulares de la Póliza de Seguros, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946.

## RIESGOS CUBIERTOS

### 1. 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.

### 2. Muerte Accidental

Se refiere al fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

### 3. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

El beneficio será indemnizado siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones pactadas en ella. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el accidente debe haber ocurrido durante la vigencia de la Póliza y la Invalidez se manifieste en un plazo máximo de dos (02) años de ocurrido el siniestro

Se considera una Invalidez Total y Permanente, declarada por un profesional médico colegiado, a lo siguiente:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.
- Pérdida Total de los ojos.
- Pérdida Total de los dos brazos o de ambas manos.
- Pérdida Total de las dos piernas o de ambos pies.
- Pérdida Total de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.
- Pérdida Total de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La Invalidez por Enfermedad es aquel estado patológico que ocasiona invalidez y que sobreviene al Asegurado como consecuencia directa de sus actividades en su vida cotidiana, la misma que puede originarse a causa de cualquiera de las situaciones descritas previamente.

La calificación de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, así como el tipo de indemnización que genera estará a cargo de la Compañía de acuerdo a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los afiliados al Sistema Privado de Pensiones (SPP). En caso de desacuerdo con la decisión de la Compañía, las partes nombrarán un perito especializado, quien dirimirá la discrepancia. En caso de no concordar en el nombramiento del perito las partes se someterán a los mecanismos de solución de controversias convenidos.

## 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.

## II. Declaración del Cónyuge o Asegurado Adicional 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.

### OTRAS DECLARACIONES

- Las partes reconocen que la presente Solicitud, en caso de ser aceptada, pasará a formar parte integrante del contrato de seguro.
- El Asegurado mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza a las entidades médicas, así como a los médicos tratantes y laboratorios para que suministren a Protecta Security cualquier información que requiera, dispensándolos del secreto profesional.
- 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.
- El Contratante ha recibido un ejemplar de las Condiciones Generales, Particulares y Adicionales de la Póliza que solicita, tomando conocimiento de su contenido, habiendo sido informado de forma detallada y clara sobre las características de la Póliza.

### IMPORTANTE

Protecta Security comunicará al Contratante dentro de los 15 días de presentada la solicitud si esta ha sido rechazada salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo. Protecta Security está en la obligación de entregar la Póliza de Seguro, si no media rechazo previo de la misma. En caso la Póliza de Seguro se entregue al Contratante y el Asegurado sea persona distinta, este último podrá solicitar copia de la Póliza a Protecta Security.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante, Asegurado o Beneficiario al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a Protecta Security. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por Protecta Security.

Los pagos efectuados a los comercializadores por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, se consideran abonados a la empresa en la fecha de realización del pago. Asimismo, la empresa debe prever que el comercializador lleve el control de dichos pagos

Toda declaración inexacta u ocultación de información efectuada con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios de este seguro, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8 de la Ley N° 29946.

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

**EL ASEGURADO** expresa su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que, en el marco de la relación contractual por seguros que tiene con **PROTECTA COMPAÑÍA DE SEGUROS (LA ASEGURADORA)**, sus datos personales puedan ser tratados; esto es, puedan ser recopilados, registrados, almacenados, conservados, utilizados, transferidos nacional e internacionalmente o reciban cualquier otra forma de procesamiento por parte de **LA ASEGURADORA**, a fines de poder brindarle adecuada y oportunamente el servicio de seguro que ha sido contratado. Con el propósito de cumplir la finalidad mencionada precedentemente, **LA ASEGURADORA** podrá autorizar a empresas asociadas o miembros del grupo económico al que pertenece la misma y/o terceros con los cuales **LA ASEGURADORA** tenga una relación contractual derivada del contrato de seguro, realizar el tratamiento de los datos personales de titularidad de **EL ASEGURADO**.

Asimismo, **EL ASEGURADO** manifiesta su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para que **LA ASEGURADORA** utilice sus datos personales con fines comerciales y publicitarios; esto es, que la misma le pueda remitir información sobre los productos y servicios que brinda y que considere de interés de **EL ASEGURADO**. Para ello, **LA ASEGURADORA** manifiesta que la base de datos donde se almacenan los datos personales de **EL ASEGURADO** cuenta con estrictas medidas de seguridad.

Asimismo, las partes acuerdan que **EL ASEGURADO** podrá dirigirse a las oficinas de **LA ASEGURADORA** ubicadas en la Av. Domingo Orué 165, Piso 8, en el caso que quisiera revocar el consentimiento brindado a través de la presente Cláusula, así como para ejercer los derechos de información, acceso, actualización, inclusión, rectificación, supresión y oposición previstos en la Ley N° 29733 y su Reglamento.

Otorgo mi consentimiento para que **LA ASEGURADORA** actúe de acuerdo a lo señalado en esta Cláusula:  SI  NO



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