

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN

PÓLIZA DE SEGURO N°0000004268

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 registrá 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.

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS*	RUC: 20517207331	Correo: clientes@protectasecurity.pe
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono: Lima 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
*En adelante "Protecta Security".		

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o Razón Social: PRODUCTOS Y MERCADOS AGRICOLAS DE HUARAL CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO - CAJA RURAL PRYMER*	RUC: 20371843575
Domicilio: Av. Republica de Panama Nro. 6251	Teléfono:

ASEGURADO

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

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal	
Denominación o Razón Social CAJA PRYMER.	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

COBERTURA DEL SEGURO

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.

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
		

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 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.

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	NO
☐	☐

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.

PROTECCION 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 Orué 165, Piso 8, Surquillo, Lima.



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