

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

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 (51-1) 391-3000
Provincias 0-801-1-1278*En adelante: **PROTECTA SECURITY**

CONTRATANTE

Denominación o razón social: PRODUCTOS Y MERCADOS AGRICOLAS DE HUARAL
CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO - CAJA RURAL PRYMERA

RUC: 20371843575

Domicilio: Av. Republica de Panama Nro. 6251

Teléfono:

ASEGURADO

Personas naturales, mayores de edad, que han sido aceptadas por **PROTECTA SECURITY** como asegurados de la presente póliza por cumplir las condiciones de asegurabilidad pactadas.

Nombres y Apellidos:

DNI, CE, otro:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Sexo:

Teléfono:

Correo Electrónico:

BENEFICIARIOS

Denominación o razón social:

PRODUCTOS Y MERCADOS AGRICOLAS DE HUARAL CAJA RURAL
DE AHORRO Y CREDITO - CAJA RURAL PRYMERA.

Relación con el asegurado:

Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Muerte natural

Muerte
accidentalInvalidez total
y permanente

Sobrevivencia

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 crédito es de S/ 300,000 Soles o su equivalente en Dólares Americanos

La Suma Asegurada será la devolución del 10% de las primas comerciales pagadas.

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Seguro de Desgravamen que consta de 2 páginas

Firma de representante de la empresa



Fecha

Firma del Asegurado
Titular

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

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 (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
*En adelante: PROTECTA SECURITY		

CONTRATANTE

Denominación o razón social: PRODUCTOS Y MERCADOS AGRICOLAS DE HUARAL CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO - CAJA RURAL PRYMERA	RUC: 20371843575
Domicilio: Av. Republica de Panama Nro. 6251	Teléfono:

ASEGURADO

Personas naturales, mayores de edad, que han sido aceptadas por **PROTECTA SECURITY** como asegurados de la presente póliza por cumplir las condiciones de asegurabilidad pactadas.

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

BENEFICIARIOS

Denominación o razón social: PRODUCTOS Y MERCADOS AGRICOLAS DE HUARAL CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO - CAJA RURAL PRYMERA.	Relación con el asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado
--	--

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Muerte natural	Muerte accidental	Invalidez total y permanente	Sobrevivencia
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 crédito es de S/ 300,000 Soles o su equivalente en Dólares Americanos			
La Suma Asegurada será la devolución del 10% de las primas comerciales pagadas.			

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 el condicionado particular.

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 **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.

Sin perjuicio de lo anterior, podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento. Para ejercer este derecho o 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 Orué 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.

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.