

**CERTIFICADO DE SEGURO DE
DESGRAVAMEN CRAC INCASUR S.A.C.**

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000937

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: CRAC INCASUR S.A	RUC: 20455859728
Domicilio: AV. VIDAURRAZAGA N° 112ª Z.I. - PARQUE INDUSTRIAL - AREQUIPA - AREQUIPA	Teléfono: (54) 232436
*En adelante "CRAC INCASUR".	

ASEGURADO TITULAR	
Nombres y Apellidos:	Relación con el Contratante: Prestatario de CRAC INCASUR
Domicilio:	

ASEGURADO CÓNYUGUE	
Nombres y Apellidos:	Relación con el Contratante: Prestatario de CRAC INCASUR
Domicilio:	

BENEFICIARIO	
Beneficiario Principal	
Denominación o Razón Social: CRAC INCASUR	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

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 hasta que el Asegurado cumpla la edad límite establecida, o hasta el vencimiento del Contrato de Seguro, lo que ocurra primero.

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.

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Seguro de Desgravamen que consta de 4 páginas

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del asegurado	Firma del Conviviente/Conyuge
			

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CRAC INCASUR S.A.C.

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000937

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.

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: CRAC INCASUR S.A.C.	RUC: 20455859728
Domicilio: AV. VIDAURRAZAGA N° 112ª Z.I. - PARQUE INDUSTRIAL - AREQUIPA - AREQUIPA	Teléfono: (84) 237 479
*En adelante "CRAC INCASUR."	

ASEGURADO TITULAR

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

ASEGURADO CÓNYUGUE

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

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal	
Denominación o Razón Social CRAC INCASUR S.A.C.	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

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 Protecta Security 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

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

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del asegurado	Firma del Conviviente/Conyuge
			