

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000004

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

Denominación o razón social: CRAC INCASUR S.A.	RUC: 20455859728
Domicilio: Av. Vidaurrazaga N° 112ª Z.i. – Parque Industrial - Arequipa – Arequipa	Teléfono: (054) 232436

ASEGURADO

(En caso que sea póliza grupal) Se incluirá una definición genérica del grupo asegurado.

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

BENEFICIARIO PRINCIPAL(En caso de sobrevivencia)

Asegurado

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal (En caso de las coberturas por Muerte Natural, accidental e Invalidez Total y permanente)

Denominación o razón social: CRAC INCASUR S.A.	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 persona será de S/ 325,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante.

** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.

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
---	-------	-----------------------------

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

PÓLIZA DE SEGURO N° 7410000004

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

Denominación o razón social: CRAC INCASUR S.A.	RUC: 20455859728
Domicilio: Av. Vidaurrazaga N° 112ª Z.i. – Parque Industrial - Arequipa – Arequipa	Teléfono: (054) 232436

ASEGURADO

(En caso que sea póliza grupal) Se incluirá una definición genérica del grupo asegurado.

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

BENEFICIARIO PRINCIPAL(En caso de sobrevivencia)

Asegurado

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal (En caso de las coberturas por Muerte Natural, accidental e Invalidez Total y permanente)

Denominación o razón social: CRAC INCASUR S.A.	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 persona será de S/ 325,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante.

** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.

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
---	-------	-----------------------------

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000004

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

Denominación o razón social: CRAC INCASUR S.A.	RUC: 20455859728
Domicilio: Av. Vidaurrazaga N° 112ª Z.i. – Parque Industrial - Arequipa – Arequipa	Teléfono: (054) 232436

ASEGURADO

(En caso que sea póliza grupal) Se incluirá una definición genérica del grupo asegurado.

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

BENEFICIARIO PRINCIPAL(En caso de sobrevivencia)

Asegurado

BENEFICIARIOS

Beneficiario Principal (En caso de las coberturas por Muerte Natural, accidental e Invalidez Total y permanente)

Denominación o razón social: CRAC INCASUR S.A.	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 persona será de S/ 325,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante.

** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.

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 lo señale las Condiciones Particulares

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.



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

**CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN
CON DEVOLUCIÓN**

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000004

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".		

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal(En caso de las coberturas por Muerte Natural, accidental e Invalidez Total y permanente)	
Denominación o Razón Social: CRAC INCASUR S.A	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado

BENEFICIARIO PRINCIPAL(En caso de sobrevivencia)

Asegurado

VIGENCIA 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, lo que ocurra primero.

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 persona será de S/ 325,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante			
** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.			
Beneficios adicionales: No aplica			

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 Titular
---	-------	-----------------------------

**CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN
CON DEVOLUCIÓN**

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000004

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".		

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal(En caso de las coberturas por Muerte Natural, accidental e Invalidez Total y permanente)	
Denominación o Razón Social: CRAC INCASUR S.A.	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado

BENEFICIARIO PRINCIPAL(En caso de sobrevivencia)

Asegurado

VIGENCIA 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, lo que ocurra primero.

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 persona será de S/ 325,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante			
** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.			
Beneficios adicionales: No aplica			

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 Titular
		

CLIENTE/ASEGURADO

**CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA DESGRAVAMEN
CON DEVOLUCIÓN**

PÓLIZA DE SEGURO N° 741000004

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".		

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal(En caso de las coberturas por Muerte Natural, accidental e Invalidez Total y permanente)	
Denominación o Razón Social: CRAC INCASUR S.A.	Relación con el Asegurado: Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado

BENEFICIARIO PRINCIPAL(En caso de sobrevivencia)

Asegurado

VIGENCIA 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, lo que ocurra primero.

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 persona será de S/ 325,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security. El beneficiario es el Contratante			
** La Suma Asegurada será la devolución del 30% de las primas comerciales pagadas. El beneficiario es el Asegurado. En caso de pagos anticipados, se mantiene la devolución por la prima pagada.			
Beneficios adicionales: No aplica			

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 Titular
		

PRIMA DEL SEGURO TITULAR

Prima Comercial de Seguro: Resultado de la aplicación de la tasa comercial de Seguro 3.34‰ (por mil) sobre el saldo del crédito.

Prima Comercial de Ahorro: Resultado de la aplicación de la tasa comercial de Ahorro 1.43‰ (por mil) sobre el saldo del crédito.

Prima Comercial: Resultado de la aplicación de la tasa 4.77‰ (por mil) sobre el saldo del crédito.

Lugar y forma de pago (en caso el Asegurado sea el encargado del pago de la prima) **Oficinas del contratante**

CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITE DE PERMANENCIA

Edades:

Mínima de Ingreso	: 18 años
Máxima de Ingreso	: 65 años y 1 día (inclusive)
Límite de Permanencia	: 76 años y 1 día (inclusive)

EXCLUSIONES:

Tu seguro tiene las siguientes exclusiones:

- 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, incluyendo homicidio al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, PROTECTA SECURITY pagará la indemnización correspondiente a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos 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.
- g. 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/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. Accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o embriaguez y/o consumo de drogas y/o estado de sonambulismo y siempre que dicho estado del Asegurado haya sido la causa del Accidente o haya contribuido en el Accidente. Se considerará estado de embriaguez si el examen toxicológico u otros de naturaleza similar practicado al Asegurado arroja 1.00 gr/lt o más al momento del Accidente. Para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del Asegurado al momento del Accidente, las partes convienen en establecer que éste se determinará por el examen etílico correspondiente y que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora transcurrida desde el momento del Accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba, conforme a la fórmula utilizada por la Policía Nacional del Perú.

Deducibles, franquicias o similares:

NO APLICA

Consideraciones adicionales:

¿CÓMO SOLICITAS TU COBERTURA?

Cuando ocurra el evento o siniestro que es protegido por este seguro, el Contratante o Asegurado, según corresponda, deberá realizar lo siguiente:

(I) Informar sobre el referido evento o siniestro a PROTECTA SECURITY dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio del seguro.

(II) En caso de Muerte Natural, deberá presentarse la siguiente información a PROTECTA SECURITY y/o el Comercializador, caso corresponda, en original o copia certificada o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Acta de defunción del Asegurado emitido por el RENIEC.
- Certificado de defunción del Asegurado emitido por el médico tratante o establecimiento de salud.
- Historia Clínica del Asegurado emitido por el médico tratante o establecimiento de salud.
- Información formal del Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, emitida por la entidad que otorgó el préstamo.

(III) En caso de Muerte Accidental, deberá presentarse la siguiente información en original o copia certificada o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a. Acta de defunción del Asegurado emitido por el RENIEC.
- b. Certificado de defunción del Asegurado emitido por el médico tratante o establecimiento de salud.
- c. Atestado o Parte Policial, emitido por la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- d. Protocolo de Necropsia del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- e. Resultado del dosaje étílico y toxicológico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- f. Información formal del Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, emitida por la entidad que otorgó el préstamo.

(IV) En caso de Invalidez Total y Permanente, deberá presentarse la siguiente información en original o copia certificada o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a. Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro, emitido por el Médico Tratante que atendió al asegurado al momento del siniestro o por el Establecimiento de Salud donde se atendió al asegurado al momento del siniestro.
- c. Atestado Policial, emitido por la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- d. Resultado de dosaje étílico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- e. Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por el Instituto de Medicina Legal o la Policía Nacional del Perú, si lo hubiere.
- f. Información formal del Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, emitida por la entidad que otorgó el préstamo.

(V) En caso de Sobrevivencia, deberá presentarse la siguiente información en original o copia certificada o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a. Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Carta Simple solicitando la suma asegurada por Sobrevivencia indicado en las Condiciones Particulares.

Luego de que se acredite la presentación de los documentos, PROTECTA SECURITY, en un plazo máximo de treinta (30) días, procederá a evaluarlos con el fin de determinar si aprueba o rechaza el siniestro.

Si PROTECTA SECURITY requiere aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

VALOR DE RESCATE

NO APLICA

INFORMACIÓN ADICIONAL

Canales de orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

El contratante, Asegurado o Beneficiario podrá contactarse a los siguientes canales para recibir orientación sobre el Procedimiento de Solicitud de Cobertura:

- Atención al Cliente: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: clientes@protectasecurity.pe
- Página Web: 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.

Procedimiento para solicitar el valor de rescate
(En caso de que aplique)

No aplica.

Te recordamos que tienes derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro a PROTECTA SECURITY, la que será entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario, desde la recepción de la solicitud.



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