

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

PÓLIZA DE SEGURO N° 4383

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS*	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: (054) 232436
*En adelante "CRAC INCASUR."	

ASEGURADO TITULAR

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

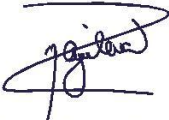
ASEGURADO CÓNYUGE

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

BENEFICIARIO

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

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
		

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
Suma Asegurada corresponde al saldo deudor del crédito a la fecha de ocurrencia del siniestro. El Saldo Deudor incluye: el Capital que se le adeuda. No se considera intereses compensatorios, ni moras que se hayan generado por cualquier retraso del asegurado. No se considera financiamiento de primas. El cúmulo máximo de Suma Asegurada por crédito es de S/ 325,000.00 Soles o su equivalente en Dólares Americanos, para lo cual se considerará el tipo de cambio contable publicado por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP (SBS). Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, la compañía sólo indemnizará en caso de siniestro hasta S/ 325,000.00 Soles o su equivalente en Dólares Americanos, para lo cual se considerará el tipo de cambio contable publicado por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP (SBS).		
Beneficios adicionales: No aplica.		

PRIMA DEL SEGURO TITULAR

Sumas Aseguradas	Tasa Comercial Cliente - por mil
Hasta S/ 10,000	1.89
De S/ 10,001 a S/ 20,000	1.79
De S/ 20,001 a S/ 50,000	1.69
De S/ 50,001 a S/ 100,000	1.49
Mayor de S/ 100,001	0.99

La Prima Comercial se obtiene al multiplicar la Tasa Comercial por la Suma Asegurada (monto del préstamo)

LA PRIMA COMERCIAL INCLUYE (EN CASO DE CORRESPONDER)

Sumas Aseguradas	Cargos por la comercialización de seguros a través la Bancaseguros u otro comercializador (Inafecto a IGV) sobre la tasa Cliente	Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor. (Incluido IGV) sobre la tasa Protecta	Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros
Hasta S/ 10,000	75.1%	12.0%	No aplica
De S/ 10,001 a S/ 20,000	73.7%		
De S/ 20,001 a S/ 50,000	72.2%		
De S/ 50,001 a S/ 100,000	68.5%		
Mayor de S/ 100,001	52.5%		

En caso corresponda, las bonificaciones, premios, utilidades u otros beneficios se otorgarán siempre que se logre alcanzar los parámetros fijados por Protecta Security, los cuales estarán referidos a metas de producción y resultados, entre otros aspectos a definir por Protecta Security cada año.

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

Titular y Cónyuge:

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 65 años y 1 día (inclusive)

Edad límite de permanencia: 75 años y 1 día (inclusive)

EXCLUSIONES

Tu seguro tiene las siguientes exclusiones:

- a. 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 éste y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- f. 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.
- h. 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.
- i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- j. Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.5 gr/lt. de alcohol en la sangre), salvo que el Asegurado haya sido sujeto al momento del siniestro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefaciente o en estado de sonambulismo.

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES

No aplica.

CONSIDERACIONES ADICIONALES

Resolución unilateral:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las Condiciones Generales, el Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante de forma automática, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado automáticamente, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro. Al tratarse de un seguro no masivo, le corresponde a la Compañía realizar la devolución de la prima no devengada a prorrata, la cual se computa a partir de la fecha de la solicitud de resolución del contrato.

La Compañía de oficio procederá a la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha de la solicitud de la Resolución de la Póliza. El Contratante será el obligado a devolver la prima al Asegurado, en el caso que corresponda.

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.

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. Copia simple del Acta y/o Certificado de defunción del Asegurado.
- b. En caso de contar con Beneficiarios Adicionales (modalidad de Suma Asegurada Fija): Copia simple del 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, mediante la presentación de la Copia simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.

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. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Copia simple del Protocolo de Necropsia, emitido por el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- c. Copia simple del Resultado de Dosaje Etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- d. Copia simple del Resultado del examen toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal 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. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Copia simple del Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Copia simple del Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. Copia simple del Resultado de dosaje etílico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- e. Copia simple del Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, emitido por la Policía Nacional del Perú o el Instituto de Medicina Legal, si lo hubiere.
- f. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro, mediante la presentación de la Copia Simple del Estado de Cuenta emitido por la entidad que otorgó el crédito.
- g. Información sobre la fecha y lugar de la ocurrencia, mediante carta simple.

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

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.

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.

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).

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.

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.

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**.

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**.

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.

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
CRAC INCASUR S.A.

PÓLIZA DE SEGURO N° 4383

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), 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: (054) 232436
*En adelante "CRAC INCASUR."	

ASEGURADO TITULAR

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

ASEGURADO CÓNYUGE

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

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal	
Denominación o Razón Social CRAC INCASUR S.A.	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 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.

II. Declaración del Cónyuge o Conviviente / Persona clave

¿Padece o ha padecido enfermedades, 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.

PROTECCIÓN 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 reconoce y acepta 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 y 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, podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición; para ello, deberá remitir una comunicación a **PROTECTA SECURITY** a la siguiente dirección: Avenida Domingo Orué 165, Piso 8, Surquillo, Lima.

INFORMACIÓN ADICIONAL

La Póliza, el Certificado de Seguro y demás documentación que componen el contrato de seguro será entregada por medios electrónicos, siendo enviada al correo electrónico consignado en la presente solicitud de seguro.

Firma de representante de la empresa



Fecha

Firma del asegurado

Firma del
Conviviente/Cónyuge