

**CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN
CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO INCASUR S.A**

PÓLIZA DE SEGURO
N  0000000125 | N  0000000126
N  0000000262 | N  0000000263

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social PROTECTA S.A. COMPA�A DE SEGUROS*	RUC 20517207331
Domicilio Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono Lima 418-1938 Provincias 0-801-1-1278
*En adelante "Protecta".	Correo Electrónico informes@protecta.com.pe

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o Razón Social Clientes de la CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO INCASUR S.A	RUC 20455859728
Domicilio Av. Juan Vidaurrazaga Nro. 112- A, Arequipa	Teléfono (054) 232-436 / (054) 600-141
*En adelante "Incasur".	Correo Electrónico informes@protecta.com.pe

ASEGURADO

Apellidos y Nombres	DNI, CE, Otro	
Fecha de Nacimiento	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico
Teléfono	Domicilio	

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal

Denominación o Razón Social CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO INCASUR S.A	Relación con el Asegurado Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado .
Domicilio Av. Juan Vidaurrazaga Nro. 112- A Arequipa	

Beneficiario Adicional

Para los créditos desembolsados inferiores o iguales a 3,500 Nuevos Soles, o su equivalente en Dólares Americanos, de existir remanente entre el **Saldo Insoluto del Crédito** y el **Monto Inicial del Crédito**, se indemnizará a los beneficiarios adicionales que se sealan en el siguiente orden de prelación: a) Cónyuge o conviviente; b) A falta de cualquiera de los anteriores, entonces serán los herederos legales del asegurado, de acuerdo a lo establecido en el Código Civil.

Protecta



Fecha de Emisión

COBERTURA DEL SEGURO

Vigencia del Contrato de Seguro

La duración del **Contrato de Seguro** se extiende de manera indefinida.

Inicio

El **Contrato de Seguro** queda celebrado con el consentimiento de las partes expresado mediante la emisión y aceptación de la **Solicitud de Seguro**.

Término

El **Contrato de Seguro** tiene vigencia indefinida.

Vigencia de la Cobertura del Seguro

Inicio

Desde la fecha de desembolso del **Crédito** por parte de **Incasur** a favor del **Asegurado**.

Término

Hasta el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del **Asegurado**, o al pago del **Crédito**, 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 en el presente certificado.

Monto de la Prima

Plan A*.-

Se aplicará una **Tasa Comercial** equivalente a 0.045% (por ciento) aplicada a la **Suma Asegurada** y por **Asegurado**.

Plan B*.-

Se aplicará una **Tasa Comercial** equivalente a 0.28560% (por ciento) aplicada a la **Suma Asegurada** y por **Asegurado**.

* Los planes se encuentran en función de las edades detalladas en el **Resumen Informativo** que forma parte del presente documento.

Forma de Pago de la Prima

En la oportunidad establecida en el respectivo **Cronograma de Pagos** que será entregado por **Incasur**.

Lugar de Pago de la Prima

Las cuotas de la **Prima** deberán ser canceladas en las oficinas autorizadas de **Incasur**.

RIESGOS CUBIERTOS

1. Muerte Natural
2. Muerte Accidental
3. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

EXCLUSIONES

El presente seguro no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales a aquellas que han sido diagnosticadas con anterioridad al inicio del seguro.
- b. Suicidio consciente o inconsciente, auto mutilación o auto lesión, estando o no el **Asegurado** en su sano juicio, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro o desde la última rehabilitación.
- 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 radiactiva, y las consecuencias del uso de armas químicas y/o bacteriológicas.

f. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.

Adicionalmente, el seguro en su Plan B no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

a. 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.

b. Participación del **Asegurado** como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.

c. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como escalada, 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.

VALORES DECLARADOS Y SUMAS ASEGURADAS DEBIDAMENTE CUANTIFICADA

• Para los créditos desembolsados inferiores o iguales a 3,500 Nuevos Soles, o su equivalente en Dólares Americanos, la **Suma Asegurada** será el **Monto Inicial del Crédito** desembolsado por **Incasur** al **Asegurado**.

• Para los créditos desembolsados superiores a 3,500 Nuevos Soles o su equivalente en Dólares Americanos, la **Suma Asegurada** será el **Saldo Insoluto del Crédito** desembolsado por **Incasur** al **Asegurado**.

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES

No se consideran.

CLÁUSULAS ADICIONALES

1. Resolución Unilateral:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las **Condiciones Generales**, **Incasur** podrá resolver el contrato de seguro por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del contratante, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión causa de parte del **Asegurado**, la cual debe ser comunicada a la Compañía utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del contrato o del Certificado del Seguro. Le corresponde a la Compañía la devolución de la prima devengada a prorrata, hasta el momento que se efectúe la resolución.

2. Modificación de las Condiciones Contractuales:

De conformidad con el artículo 18 de las **Condiciones Generales**, durante la vigencia del contrato, **Protecta** no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de **Incasur**, 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.

3. 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 del 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** dentro de los 7 días siguientes a la fecha que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio y presentar una **Solicitud de Cobertura**, incluyendo la documentación e información señalada a continuación.

Se deja expresa constancia de que en todos los casos **Protecta** podrá solicitar la **Historia Clínica** del **Asegurado**, 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 **Póliza**, autoriza expresamente a **Protecta**, 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.

1. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de **Muerte Natural**, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- Acta y Certificado de defunción del **Asegurado**.
- Documento de Identidad del **Asegurado**.
- Documento de Identidad del **Beneficiario Adicional**, en caso de corresponder
- Información formal del **Monto Inicial** o **Saldo Insoluto del Crédito** por parte de **Incasur**, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.

2. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de **Muerte Accidental**, deberá incluirse adicionalmente a lo solicitado por **Muerte Natural**, la siguiente documentación:

- Atestado Policial.
- Protocolo de Necropsia, incluyendo resultado de dosaje etílico y examen toxicológico, en caso de corresponder.

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:

- Documento de Identidad del **Asegurado**.
- Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico.
- Certificado de Incapacidad Permanente del IPSS o dictamen de la COMAFP.
- Información formal del **Monto Inicial** o **Saldo Insoluto del Crédito** por parte de **Incasur**, incluyendo el mes de

ocurrencia del siniestro.

e. Documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro.

4. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de **Invalidez Total y Permanente por Accidente**, deberá incluirse adicionalmente:

- Atestado Policial.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. 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** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio.

En caso **Protecta** 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.

2. Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura del Seguro:

En las oficinas de **Incasur** o de **Protecta**.

3. Instancias Habilitadas para Presentar Reclamos y/o Denuncias

Los reclamos y/o quejas que quiera presentar el **Asegurado**, deberán ser realizados al **Área de Servicio al Cliente & Calidad** de **Protecta**. El plazo máximo para que **Protecta** atienda los reclamos y/o quejas presentados por el **Asegurado** es de treinta (30) días calendario.

Los medios a través de los cuales podrá presentar algún reclamo y/o queja a **Protecta** son los siguientes:

- Atención al Cliente: Lima 418-1938 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: informes@protecta.com.pe
- Página Web: www.protecta.com.pe
- Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú
- Fax: (511) 418-1942

Horario de Atención: De Lunes a Viernes, de 9 am a 6 pm.

En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por **Protecta**, el **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la Defensoría del Asegurado al 446-9158, o en Calle Arias Aragüez 146 San Antonio - Miraflores, Lima - Perú o en www.defaseg.com.pe, así como en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) y/o en el Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOP).

4. Comunicación de la Agravación del Riesgo Asegurado:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a **Protecta** de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo del **Asegurado**.

Yo,, con Documento N°, en señal de conformidad respecto a las condiciones y contenido del Certificado y Resumen Informativo del Seguro de Desgravamen Caja Rural de Ahorro y Crédito INCASUR S.A., así como haber recibido un ejemplar de los mismos, suscribo el presente documento.

Firma:

Nombres y Apellidos:

DNI N°:



Av. Domingo Orué N° 165, 8vo piso
Surquillo - Lima 34 - Perú
T. (511) 418-1940
F. (511) 418-1942
informes@protecta.com.pe
www.protecta.com.pe

RESUMEN INFORMATIVO DESGRAVAMEN CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO INCASUR S.A

PÓLIZA DE SEGURO
N  0000000125 | N  0000000126
N  0000000262 | N  0000000263

CONDICIONES DE ACCESO Y LÍMITE DE PERMANENCIA

Plan A.-

Edad Mínima de Ingreso : 18 Años
Edad Máxima de ingreso : 65 Años cumplidos, 01 día
Edad Límite de Permanencia : 75 Años cumplidos, 01 día

Plan B.-

Edad Mínima de Ingreso : 65 Años cumplidos, 02 días
Edad Máxima de ingreso : 75 Años cumplidos, 364 días
Edad Límite de Permanencia : 76 Años cumplidos, 364 días
Será condición para el acceso al **Seguro** presentar los exámenes médicos o cuestionarios solicitados por **Protecta**.

PRIMA

Lugar de Pago de la Prima:

Las cuotas de la **Prima** deberán ser canceladas en las oficinas autorizadas de **Incasur**.

Forma de Pago de la Prima:

En la oportunidad establecida en el respectivo **Cronograma de Pagos** que será entregado por los clientes de **Incasur**.

RIESGOS CUBIERTOS

Los riesgos cubiertos se encuentran detallados en el artículo tercero de las **Condiciones Particulares**:

1. Muerte Natural
2. Muerte Accidental
3. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

EXCLUSIONES

Las exclusiones se encuentran detalladas en el artículo 5 del **Condicionado General**.

El **Seguro de Desgravamen** no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales a aquellas que han sido diagnosticadas con anterioridad al inicio del seguro.
- b. Suicidio consciente o inconsciente, auto mutilación o auto lesión, estando o no el **Asegurado** en su sano juicio, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro o desde la última rehabilitación.
- 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 radiactiva, y las consecuencias del uso de armas químicas y/o bacteriológicas.

f. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.

Adicionalmente, el seguro en su **Plan B** no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

a. 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.

b. Participación del **Asegurado** como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.

c. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como escalada, 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.

CLÁUSULAS ADICIONALES

1. Resolución Unilateral:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las **Condiciones Generales**, **Incasur** podrá resolver el contrato de seguro por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del contratante, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión causa de parte del **Asegurado**, la cual debe ser comunicada a la Compa a utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del contrato, con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del contrato o del Certificado del Seguro. Le corresponde a la Compa a la devolución de la prima devengada a prorrata, hasta el momento que se efectúe la resolución.

2. Modificación de las Condiciones Contractuales:

De conformidad con el artículo 18 de las **Condiciones Generales**, durante la vigencia del contrato, **Protecta** no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito de **Incasur**, 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.

3. 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 del Siniestro y para la **Solicitud de Cobertura** es el que se indica a continuación.

El **Asegurado** o el **Beneficiario** deben presentar una **Solicitud** de cobertura a **Protecta** dentro de los 7 días siguientes a la fecha que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, incluyendo la documentación e información señalada a continuación.

Se deja expresa constancia de que en todos los casos **Protecta** podrá solicitar la **Historia Clínica** del **Asegurado**, 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** ha autorizado expresamente a **Protecta**, 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.

1. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de **Muerte Natural**, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- Acta y Certificado de defunción del **Asegurado**.
- Documento de Identidad del **Asegurado**.
- Documento de Identidad del **Beneficiario Adicional**, en caso de corresponder
- Información formal del **Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito** por parte de **Incasur**, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.

2. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de **Muerte Accidental**, deberá incluirse adicionalmente a lo solicitado por **Muerte Natural**, la siguiente documentación:

- Atestado Policial.
- Protocolo de Necropsia, incluyendo resultado de dosaje etílico y examen toxicológico, en caso de corresponder.

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:

- Documento de Identidad del **Asegurado**.
- Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico.
- Certificado de Incapacidad Permanente del IPSS o dictamen de la COMAFP.
- Información formal del **Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito** por parte de **Incasur**, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.
- Documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro.

4. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de **Invalidez Total y Permanente por Accidente**, deberá incluirse adicionalmente:

- Atestado Policial.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. 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** dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio.

2. Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura del Seguro:

En las oficinas de **Incasur** o de **Protecta**.

3. Instancias Habilitadas para Presentar Reclamos y/o Denuncias

Los reclamos y/o quejas que quiera presentar el **Asegurado**, deberán ser realizados al **Área de Servicio al Cliente & Calidad** de **Protecta**. El plazo máximo para que **Protecta** atienda los reclamos y/o quejas presentados por el **Asegurado** es de treinta (30) días calendario.

Los medios a través de los cuales podrá presentar algún reclamo y/o queja a **Protecta** son los siguientes:

- Atención al Cliente: Lima 418-1938 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: informes@protecta.com.pe
- Página Web: www.protecta.com.pe
- Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú
- Fax: (511) 418-1942

Horario de Atención: De Lunes a Viernes, de 9 am a 6 pm.

En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por **Protecta**, el **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la Defensoría del Asegurado al 446-9158, o en Calle Arias Aragüez 146 San Antonio - Miraflores, Lima - Perú o en www.defaseg.com.pe, así como en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) y/o en el Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPÍ).

4. Comunicación de la Agravación del Riesgo Asegurado:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a **Protecta** de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo del **Asegurado**.

5. Cargas:

El presente producto presenta obligaciones y cargos del usuario, cuyo incumplimiento podrá afectar el pago de las indemnizaciones o prestaciones a las cuales tiene derecho.

Firma de representante de la empresa : Fecha

**SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN
CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO INCASUR S.A**

PÓLIZA DE SEGURO
N° 0000000125 | N° 000000126
N° 0000000262 | N° 0000000263

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS*	RUC 20517207331
Domicilio Av. Domingo Orué Nro. 165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono Lima 418-1938 Provincias 0-801-1-1278
*En adelante "Protecta".	Correo Electrónico informes@protecta.com.pe

CONTRATANTE DEL SEGURO

Denominación o Razón Social Clientes de la CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO INCASUR S.A	RUC 20455859728
Domicilio Av. Juan Vidaurrazaga Nro. 112- A, Arequipa	Teléfono (054) 232-436 / (054) 600-141
*En adelante "Incasur".	Correo Electrónico informes@protecta.com.pe

SOLICITANTE/ASEGURADO

Apellidos y Nombres	DNI, CE, Otro	
Fecha de Nacimiento	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico
Teléfono	Domicilio	

BENEFICIARIO

Beneficiario Principal

Denominación o Razón Social CAJA RURAL DE AHORRO Y CRÉDITO INCASUR S.A	Relación con el Asegurado Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado .
Domicilio Av. Juan Vidaurrazaga Nro. 112- A Arequipa	


Beneficiario Adicional

Para los créditos desembolsados inferiores o iguales a 3,500 Nuevos Soles, o su equivalente en Dólares Americanos, de existir remanente entre el **Saldo Insoluto del Crédito** y el **Monto Inicial del Crédito**, se indemnizará a los beneficiarios adicionales que se señalan en el siguiente orden de prelación: a) Cónyuge o conviviente; b) A falta de cualquiera de los anteriores, entonces serán los herederos legales del asegurado, de acuerdo a lo establecido en el Código Civil.

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.

Las condiciones de la presente **Póliza** se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que en caso se encuentren cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguros y normas complementarias y estas no sean subsanadas por **Protecta**, la Superintendencia podrá revocar el código del registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

Protecta 	Fecha	Firma del Contratante	Firma del Asegurado
----------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-----------------------	---------------------

RIESGOS CUBIERTOS

1. Muerte Natural
2. Muerte Accidental
3. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

EXCLUSIONES

El presente seguro no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. Enfermedades preexistentes, entendiéndose como tales a aquellas que han sido diagnosticadas con anterioridad al inicio del seguro.
- b. Suicidio consciente o inconsciente, auto mutilación o auto lesión, estando o no el Asegurado en su sano juicio, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro o desde la última rehabilitación.
- 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 radiactiva, y las consecuencias del uso de armas químicas y/o bacteriológicas.
- f. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.

Adicionalmente, el seguro en su Plan B no otorga cobertura a los siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a. 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.
- b. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- c. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como escalada, 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.

DECLARACIÓN DEL RIESGO

I. Declaración del Asegurado

1. ¿Se encuentra usted en buen estado de salud?

Si

No

2. ¿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

3. 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.

4. El **Asegurado** autoriza a las entidades médicas, así como a los médicos tratantes y laboratorios para que suministren a **Protecta** cualquier información que requiera, dispensándolos del secreto profesional.

5. El **Asegurado**, mediante la suscripción de esta **Solicitud**, autoriza expresamente a **Protecta**, 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.

6. **Protecta** se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos o cuestionarios, 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, pasara a formar parte integrante del contrato de seguro.

• El solicitante declara haber sido informado de forma detallada y clara sobre las características del producto, a la que tiene acceso ingresando a la página web de **Protecta**: www.protecta.com.pe

IMPORTANTE

Incasur y el Asegurado autorizan en forma expresa a **Protecta** el uso de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro para fines comerciales, tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos y servicios así como para el tratamiento para datos personales a la que se refiere la Ley 26733.

Asimismo, el Solicitante/Asegurado declara haber tomado conocimiento del contenido del **Certificado y Resumen Informativo del Seguro de Desgravamen Incasur de la Pólizas de Seguro N° 0000000125, 0000000126, 0000000262 y 0000000263**, así como haber recibido un ejemplar de los mismos.

Protecta comunicará a **Incasur** dentro de los 15 días de presentada la solicitud si este ha sido rechazada salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo. **Protecta** está en la obligación de entregar los **Certificados de Seguro**, si no media rechazo previo de la misma.