

SOLICITUD-CERTIFICADO CAJA ICA

PÓLIZA DE SEGURO N° 4229

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 (en caso sea persona jurídica)

| | |
|---|----------------------------------|
| Denominación o Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE ICA SA | RUC: 20104888934 |
| Domicilio: AV. CONDE DE NIEVA NRO. 498 ICA – ICA | Teléfono: (056) 581430 |

SOLICITANTE-ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | Relación con el asegurado: |
| Domicilio: | |

COBERTURA DEL SEGURO

Vigencia de la cobertura del seguro:
 Fecha de Inicio: Desde la fecha en que se firma y entrega esta Solicitud - Certificado
 Fecha de término: Mensual / Anual, según elección del cliente de acuerdo al plan elegido, con renovación automática.
 El fin de vigencia también podrá corresponder a la fecha (días, mes y año) en el cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero. La póliza es de renovación automática.

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 el presente certificado.

Monto de la prima:
Prima Mensual

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Plan 1 <input type="checkbox"/> | Plan 2 <input type="checkbox"/> | Plan 3 <input type="checkbox"/> |
| Prima Comercial Mensual | S/ 4.15 | S/ 5.93 | S/ 11.86 |
| Prima Comercial Mensual + IGV | S/ 4.90 | S/ 7.00 | S/ 14.00 |
| Prima Anual | | | |
| | Plan 4 <input type="checkbox"/> | Plan 5 <input type="checkbox"/> | Plan 6 <input type="checkbox"/> |
| Prima Comercial Anual | S/ 47.46 | S/ 68.64 | S/ 137.29 |
| Prima Comercial Anual + IGV | S/ 56.00 | S/ 81.00 | S/ 162.00 |

Forma de pago de la prima:
 La prima de seguro podrá ser pagada en efectivo, débito automático a la Cuenta de Ahorro o de acuerdo a lo establecido en el Cronograma de Pagos.

"Declaro haber recibido el Certificado de Seguro de Accidentes Personales con código SBS AE2096100009, el cual contiene la siguiente información: Denominación del producto, número de póliza, Información de contacto de Protecta Security, información relativa a beneficiarios, Vigencia del seguro, Monto de la prima comercial, Riesgos cubiertos, Exclusiones, Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificadas, Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro, Derecho a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo, conforme a lo establecido en el artículo 22° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros"

| | | |
|--|-------|-----------------------------|
| Firma Protecta Security  | Fecha | Firma del Asegurado Titular |
|--|-------|-----------------------------|

SOLICITUD-CERTIFICADO CAJA ICA

PÓLIZA DE SEGURO N° 4229

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 (en caso sea persona jurídica)

| | |
|---|----------------------------------|
| Denominación o Razón Social: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE ICA SA | RUC: 20104888934 |
| Domicilio: AV. CONDE DE NIEVA NRO. 498 ICA – ICA | Teléfono: (056) 581430 |

SOLICITANTE-ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | Relación con el asegurado: |
| Domicilio: | |

COBERTURA DEL SEGURO

Vigencia de la cobertura del seguro:
 Fecha de Inicio: Desde la fecha en que se firma y entrega esta Solicitud - Certificado
 Fecha de término: Mensual / Anual, según elección del cliente de acuerdo al plan elegido, con renovación automática.
 El fin de vigencia también podrá corresponder a la fecha (días, mes y año) en el cual el Asegurado supere la edad límite de permanencia, lo que ocurra primero. La póliza es de renovación automática.


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 el presente certificado.

Monto de la prima:
Prima Mensual

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Plan 1 <input type="checkbox"/> | Plan 2 <input type="checkbox"/> | Plan 3 <input type="checkbox"/> |
| Prima Comercial Mensual | S/ 4.15 | S/ 5.93 | S/ 11.86 |
| Prima Comercial Mensual + IGV | S/ 4.90 | S/ 7.00 | S/ 14.00 |
| Prima Anual | | | |
| | Plan 4 <input type="checkbox"/> | Plan 5 <input type="checkbox"/> | Plan 6 <input type="checkbox"/> |
| Prima Comercial Anual | S/ 47.46 | S/ 68.64 | S/ 137.29 |
| Prima Comercial Anual + IGV | S/ 56.00 | S/ 81.00 | S/ 162.00 |

Forma de pago de la prima:
 La prima de seguro podrá ser pagada en efectivo, débito automático a la Cuenta de Ahorro o de acuerdo a lo establecido en el Cronograma de Pagos.

"Declaro haber recibido el Certificado de Seguro de Accidentes Personales con código SBS AE2096100009, el cual contiene la siguiente información: Denominación del producto, número de póliza, Información de contacto de Protecta Security, información relativa a beneficiarios, Vigencia del seguro, Monto de la prima comercial, Riesgos cubiertos, Exclusiones, Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificadas, Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro, Derecho a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo, conforme a lo establecido en el artículo 22° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros"

| | | |
|--|-------|-----------------------------|
| Firma Protecta Security  | Fecha | Firma del Asegurado Titular |
|--|-------|-----------------------------|

| La Prima Comercial incluye (en caso de corresponder): | Monto / Porcentaje |
|---|--|
| Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor. | NO APLICA |
| Cargos por la comercialización de seguros a través de promotores de seguros | 43.00% (INAFECTO AL IGV), calculado sobre la prima comercial |
| Cargos por la comercialización de seguros a través la Bancaseguros u otro comercializador | NO APLICA |

Edades:
Mínima de Ingreso: 18 Años

Máxima de Ingreso: 65 Años y 364 días

Límite de Permanencia: 70 Años y 364 días

Lugar de pago de la prima:
Oficinas de Protecta Security

Lugar y forma de pago de la prima, en caso sea de cargo del Asegurado, y responsable del pago, cuando se trate de un tercero:
Mensual / Anual
TCEA: (Tasa de Costo efectivo Anual), en caso de fraccionamiento del Pago de la prima: No aplica

BENEFICIOS

- Programa Protección que Premia. <https://www.proteccionquepremia.pe>.
- Asistencia Médica Ambulatoria y Servicio Telefónico: De acuerdo al plan elegido (Plan 1, Plan 2, Plan 3, Plan 4, Plan 5, Plan 6), varía el número de personas que pueden acceder a estas asistencias y servicios.

| ASISTENCIA MÉDICA AMBULATORIA | MONTO MÁXIMO EN SOLES | EVENTOS POR AÑO |
|--|----------------------------|-----------------|
| Atención médica ambulatoria en nuestra red de filiales por Medicina General. | 100% Servicio | Sin Límite |
| Atención médica ambulatoria en nuestra red de filiales por Especialista Médico en Ginecología y Pediatría. | Pago por Atención S/ 30.00 | Sin Límite |
| Medicamentos genéricos derivados de la consulta médica ambulatoria (Medicina General, Pediatría y Ginecología) entregados en cadenas de farmacia InkaFarma y/o Mifarma a nivel nacional. | 100% Servicio | Sin Límite |
| Orientación médica familiar telefónico en Medicina General, las 24 horas del día los 365 días del año | 100% Servicio | Sin Límite |

| SERVICIOS TELEFÓNICOS Y REFERENCIAS | MONTO MÁXIMO EN SOLES | EVENTOS POR AÑO |
|--|-----------------------|-----------------|
| Alerta de control de medicamentos. | 100% Servicio | Sin Límite |
| Control de citas programadas y fechas especiales. | 100% Servicio | Sin Límite |
| Referencia de clínicas, hospitales y centro médicos. | 100% Servicio | Sin Límite |

Plan 1 y 4: Asistencias solo para el asegurado Titular
Plan 2 y 5: Asistencias solo para el asegurado Titular y su Cónyuge
Plan 3 y 6: Asistencias solo para el asegurado Titular, su Cónyuge y hasta 03 hijos.
El detalle del procedimiento y atención de las asistencias se detallaran en el Anexo 1: Condicionado – Certificado de Asistencia Médica.

| Coberturas Básicas | Suma Asegurada Plan 1 | Suma Asegurada Plan 2 | Suma Asegurada Plan 3 |
|--|--|--|--|
| Muerte Accidental (*) | S/ 500 | S/ 500 | S/ 500 |
| Cláusulas Adicionales | Suma Asegurada Plan 1 | Suma Asegurada Plan 2 | Suma Asegurada Plan 3 |
| Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad (*) (**) (***) | S/ 100 diario, plazo máximo de hasta 30 días | S/ 100 diario, plazo máximo de hasta 30 días | S/ 100 diario, plazo máximo de hasta 30 días |
| Asistencia médica, aplica para: | Titular | Titular y Cónyuge | Titular, Cónyuge y hasta 03 hijos |

| Coberturas Básicas | Suma Asegurada Plan 4 | Suma Asegurada Plan 5 | Suma Asegurada Plan 6 |
|--|--|--|--|
| Muerte Accidental (*) | S/ 500 | S/ 500 | S/ 500 |
| Cláusulas Adicionales | Suma Asegurada Plan 4 | Suma Asegurada Plan 5 | Suma Asegurada Plan 6 |
| Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad (*) (**) (***) | S/ 100 diario, plazo máximo de hasta 30 días | S/ 100 diario, plazo máximo de hasta 30 días | S/ 100 diario, plazo máximo de hasta 30 días |
| Asistencia médica, aplica para: | Titular | Titular y Cónyuge | Titular, Cónyuge y hasta 03 hijos |

(*) Coberturas del seguro solo aplica para el asegurado Titular

(**) Debe permanecer hospitalizado por un periodo mínimo de 48 horas de manera continua e ininterrumpida.

(***) Cáncer, Infarto al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía de Puente Aortocoronario (by-pass), Esclerosis Múltiple, Pericarditis, trasplante de órgano por enfermedad, diabetes e hipertensión.

Deducible: NO APLICA

Copago: NO APLICA

Límite agregado: NO APLICA

EXCLUSIONES

El presente Contrato de Seguro no otorga cobertura a los Siniestros ocurridos como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Suicidio consciente o inconsciente, estando o no el Asegurado en su sano juicio.
- 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.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- Realización de las siguientes 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.
- Consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- Consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza física, mental o nerviosa.
- Cualquier accidente que se produzca 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 pasivo al momento del Siniestro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo.
- Participación activa en cualquier acto violatorio de la ley,

sea como autor, coautor o cómplice.

CONSIDERACIONES ADICIONALES

Resolución:

La Póliza o el Certificado de Seguro respectivamente, podrán quedar resuelto perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, según las consideraciones y plazos detallados a continuación:

- Por falta de pago de la prima en caso Protecta Security opte por resolver la póliza y/o el certificado de Seguro, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación por escrito, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.
- Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a Protecta Security por el Contratante y/o el Asegurado ni bien estos conozcan su ocurrencia.

Una vez comunicada la agravación del riesgo a Protecta Security, ésta deberá comunicar al Contratante, en un plazo máximo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones de la póliza, modificarlas o resolverla. En caso Protecta Security decida modificar las condiciones el Contratante tendrá un plazo máximo improrrogable de siete (7) días hábiles para manifestar su conformidad. Vencido dicho plazo sin que haya conformidad del Contratante, Protecta Security resolverá la póliza, para lo cual le enviará una comunicación informando tal decisión. La resolución surtirá efectos desde la notificación de esta comunicación.

- El Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por la presentación de la solicitud de cobertura fraudulenta por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiarios, herederos o terceras personas que actúen en su representación que empleen medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, o declaraciones falsas para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la Póliza, en cuyo caso Protecta Security deberá cursar una comunicación escrita al domicilio del Contratante, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de resolución, correspondiéndole a Protecta Security la prima devengada a la fecha en que la resolución surtió efectos, asimismo Protecta Security procederá a devolver al Contratante las primas no

devengadas. La presente causal de resolución se aplicará sin perjuicio de proceder a la evaluación del siniestro según los plazos previstos en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro.

d. La Póliza o el Certificado de Seguro podrán quedar resueltos, según corresponda, en caso de declaración inexacta o reticente del Contratante y/o Asegurado que no sea como consecuencia de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y esta es constatada antes de que se produzca un siniestro. Protecta Security presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza o el Certificado de Seguro, según corresponda, dentro de los treinta (30) días desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de la Prima y/o de la cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, Protecta Security podrá resolver el Contrato, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley, bastando para ello la remisión de una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado, correspondiéndole a Protecta Security las Primas Devengadas a prorrata, hasta la fecha de resolución.

e. El Contrato de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa tanto por parte de Protecta Security como del Contratante, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa por parte de Protecta Security y por el Asegurado. La decisión de resolución debe ser comunicada a la otra parte 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 y/o el Certificado. En este caso, al ser un seguro masivo, conforme al Art. 34.2 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, el contratante y/o asegurado tienen el derecho a solicitar la devolución de la prima en función al plazo no transcurrido..

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o el Certificado, Protecta Security queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, el Contratante y/o Asegurado tendrá derecho a solicitar la devolución de la prima no devengada al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha de comunicación de la Resolución de la Póliza y/o de la fecha de solicitud de devolución de la prima.

En todos los supuestos de resolución, antes mencionados, el Contratante tendrá la obligación de informar de ello a los Asegurados

Modificación de las Condiciones Contractuales:

De conformidad con el artículo 19 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. En caso de la modificación de las condiciones contractuales es responsabilidad del **Contratante** informar a los **Asegurados** las modificaciones que se hayan incorporado al contrato.

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.

Incumplimiento de Pago de la Prima:

De producirse el incumplimiento del pago de la prima en los términos convenidos, corresponderá a **Protecta Security** notificar al Asegurado y al Contratante el incumplimiento de su obligación e indicarle el plazo del que dispone para efectuar el pago antes de que se produzca la suspensión de la cobertura del Seguro.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha del vencimiento de la obligación de pago de prima, siempre y cuando **Protecta Security** haya comunicado fehacientemente al Asegurado y Contratante, las consecuencias del Incumplimiento del pago de primas. **Protecta Security** no será responsable por los Siniestros ocurridos durante el período en el que la cobertura se encuentre suspendida.

Durante la suspensión de la cobertura del Seguro, **Protecta Security** podrá optar por la resolución del Contrato. De optar por la resolución, ésta surtirá efectos luego de transcurridos treinta (30) días desde la recepción por parte del Contratante de la comunicación escrita, cursada por **Protecta Security**, en la que le informe sobre dicha decisión.

En cualquier caso, el Contrato se entenderá extinguido si **Protecta Security** no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 24 de la Ley, de producirse la resolución del Contrato de Seguro como consecuencia del incumplimiento en el pago de la prima, **Protecta Security** tendrá derecho al cobro de la misma en una proporción equivalente al periodo efectivamente cubierto.

Procedimiento para el Aviso de Siniestro y la Solicitud de Cobertura del Seguro:

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de las Condiciones Generales y las Clausulas Adicionales de la presente **Póliza**, el procedimiento para el Aviso de Siniestro y la Solicitud de Cobertura es el que se indica a continuación:

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el **Contratante, Asegurado o Beneficiario, cuando corresponda**, deberá dar aviso de 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. El **Asegurado o Beneficiario**, cuando corresponda, deberá solicitar la cobertura y presentar los documentos detallados a continuación, en original o copia certificada o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Conforme al Art.11 del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestro, en caso **Protecta Security** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. En virtud de lo mencionado, podrá solicitar la Historia Clínica del Asegurado y/o de las personas cuya vida y/o integridad física es objeto de alguna de las coberturas del presente Contrato de Seguro (Asegurados Adicionales), si lo estima conveniente, así como informes, declaraciones, certificados médicos.

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.

El **Asegurado** y de ser menores de edad, sus padres o tutores legales, 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. Asimismo, el **Asegurado y Asegurados Adicionales** (responsable del pago de la pensión estudiantil, según declaración) reconocen que conforme al artículo 25 de la Ley General de Salud N° 26842, las clínicas, hospitales, o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de la información del acto médico cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

1. En caso de Muerte Accidental, se deberá presentar lo siguiente:

- a. Partida o Acta de Defunción del Asegurado
- b. Copia del DNI del asegurado fallecido
- c. Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de cada uno de los Beneficiarios o del tutor en caso corresponda.
- d. Atestado Policial, si lo hubiere
- e. Protocolo de Necropsia, si lo hubiere
- f. Resultado del Dosaje Etílico del Asegurado, si lo hubiere.
- g. Resultado del examen toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.

2. En caso de hospitalización como consecuencia de una enfermedad, se deberá presentar:

- a. Documento de identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado.
- b. Informe médico completo o Historia Clínica del Asegurado, indicando el diagnóstico y pronóstico.
- c. Epicrisis de Atención Hospitalaria, que es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, una vez finalizado.

3. En caso de hospitalización como consecuencia de un accidente, además se deberá presentar:

- a. Atestado Policial completo, si lo hubiere.
- b. Resultado del dosaje etílico, si lo hubiere.
- c. Resultado del dosaje toxicológico, si lo hubiere.

INFORMACIÓN ADICIONAL

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 la ocurrencia o del beneficio.

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

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** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo del **Asegurado**.

El **Asegurado** tiene derecho a solicitar copia de la **Póliza** del Seguro al **Contratante**, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario, desde la recepción de la solicitud presentada por el **Asegurado**.

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores, Bancaseguros o en caso PROTECTA SECURITY utilice sistemas de comercialización a distancia, el Derecho de Arrepentimiento puede ser ejercido por el Asegurado, en caso de seguros grupales o por el Contratante, para los seguros individuales. Para esto, según sea el caso, el Asegurado podrá resolver el Certificado de Seguro y el Contratante la Póliza de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que reciben el Certificado de Seguro o la Póliza de Seguro, respectivamente, o la Nota de Cobertura Provisional, siempre y cuando no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

En caso el Asegurado o Contratante hagan uso de su Derecho de Arrepentimiento luego de haber pagado la prima del seguro, Protecta Security, conforme al Art.25.2 del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, procederá a la devolución total del importe pagado en el plazo de treinta (30) días, contados desde la fecha que se presentó la solicitud de uso del Derecho de Arrepentimiento. Para estos fines el Asegurado o Contratante podrán utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

Asimismo, cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Corredores y éstos hayan utilizado sistemas de comercialización a distancia, resultará aplicable el Derecho de Arrepentimiento, conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Resolución SBS N° 809-2019.

a) **PROTECTA SECURITY** es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada, así como de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

b) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por Resolución SBS N° 3274-2017 y sus modificatorias, así como el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 4143-2019 y el Reglamento de Transparencia de la Información y Contratación de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, en lo que resulte aplicable.

c) Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios al Comercializador por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a **PROTECTA SECURITY**. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por **PROTECTA SECURITY**.

d) Los pagos efectuados por el Contratante y/o Asegurado o terceros encargados del pago al Comercializador se consideran abonados a **PROTECTA SECURITY** en la fecha de realización del pago.

e) La Póliza podrá contemplar copagos y/o deducibles a cargo

del Asegurado, los cuales se especificarán en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado. En caso de siniestro, el Asegurado asumirá el pago de los copagos o deducibles estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado.

IMPORTANTE

PROTECCIÓN 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 Security, 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 Protecta Security, 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, Protecta Security podrá autorizar a empresas asociadas o miembros del grupo económico al que pertenece la misma y/o terceros con los cuales Protecta Security tenga una relación contractual derivada del contrato de seguro, realizar el tratamiento de los datos personales de titularidad de **EL ASEGURADO**.

Los datos proporcionados serán incorporados en el banco de datos personales de **PROTECTA SECURITY** denominado "Banco de Datos de Clientes" con Código RNPDP N° 1567 mientras que dure la relación contractual. Posteriormente a la misma, se conservarán para acciones promocionales si usted lo ha autorizado.

Asimismo, **EL ASEGURADO** manifiesta su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para que Protecta Security 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, Protecta Security 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 la oficina de Protecta Security ubicada en la Av. Domingo Orué N° 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.

EL ASEGURADO otorga su consentimiento para que Protecta Security actúe de acuerdo a lo señalado en esta Cláusula:

SI () NO ()

Podrá encontrar mayor información sobre el tratamiento de los datos personales en Política de Privacidad publicada en nuestra página web: www.protectasecurity.pe.

Protecta Security está en la obligación de entregar de forma inmediata la solicitud-certificado al asegurado.

El **Asegurado** tiene derecho a solicitar copia de la **Póliza** del Seguro al **Contratante**, 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 tendría derecho.

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.

ANEXO 1- CERTIFICADO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA VDR ASISTENCIAS S.A.C.

DATOS DE LA COMPAÑÍA PRESTADORA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

Compañía: VDR Asistencias SAC
RUC: 20600128605
Dirección: Calle Armando Blondet 217
Distrito: San Isidro

Provincia: Lima
Departamento: Lima
Teléfono Administrativo: 641 - 2586
Citas médicas: 476-1610

DATOS DE LOS DEPENDIENTES DEL CLIENTE TITULAR

| Nombres y apellidos | DNI | Fecha de nacimiento | Teléfono |
|---------------------|-----|---------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Plan mensual:

ASISTENCIA MÉDICA

| Asistencia médica | Monto máximo hasta | Atenciones por año |
|--|---------------------------|--------------------|
| Atención médica ambulatoria a cuadro cerrado en medicina general. | 100% servicio | Sin Límite |
| Atención médica ambulatoria por especialista médico en Ginecología y Pediatría. | Pago por atención S/30.00 | Sin Límite |
| Medicamentos genéricos derivados de la consulta médica ambulatoria (Medicina General, Pediatría y Ginecología) entregados en cadenas de farmacias Inka Farma y/o Mifarma a nivel nacional. | 100% servicio | Sin Límite |
| Orientación médica familiar las 24 horas del día , los 365 días del año. | 100% servicio | Sin Límite |
| Servicios telefonicos y referencias | Monto máximo hasta | Atenciones por año |
| Alerta de control de medicamentos | 100% servicio | Sin Límite |
| Control de citas programadas y fechas especiales | 100% servicio | Sin Límite |
| Referencia de clínicas , hospitales y centros médicos | 100% servicio | Sin Límite |

Alcance del servicio:

A nivel nacional (dentro del territorio peruano)

Características del producto:

Titular – Dependiente (Cónyuge)

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días
- Edad máxima de permanencia: 70 años y 364 días

Dependiente (Hijos)

- Edad mínima de ingreso: 0 años
- Edad máxima de ingreso: 18 años y 364 días
- Edad máxima de permanencia: 19 años y 364 días

Titular + 1 Dependiente: El dependiente corresponde al cónyuge

Titular + 4 Dependientes: Los dependientes corresponden al cónyuge e hijos del titular (hasta 3 hijos)

Para hacer uso de los beneficios del plan se requiere siempre que los titulares afiliados residan en el territorio nacional

Consideraciones:

- El servicio de atención ambulatoria y en especialidades médicas se activará luego de 30 días de permanencia en el producto
- La evaluación de la Asistencia Médica se realizará si la siniestralidad es igual o superior al 40% de los ingresos y se propondrá la revisión del costo
- La siniestralidad será evaluada semestralmente y posterior al mes cerrado de atenciones

- Los servicios brindados por teléfono estarán disponible 24 horas los 365 días del año.
- El cliente podrá hacer uso de los servicios de la asistencia siempre que realice el pago del seguro de manera puntual según el cronograma de pagos.

Características del producto:

Los servicios deberán ser solicitados a través del número de asistencia de la central telefónica (01)226-0816, el cual se encuentra disponible de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm.

CONDICIONADO PARA NUESTRAS ASISTENCIAS

Asistencia médica

1. Servicio de asistencia médica ambulatoria: brindara al afiliado consultas médicas a través de su línea exclusiva de call center en coordinación con nuestra red médica a nivel nacional gestionando su cita en los horarios de lunes a viernes de 09:00 am a 06:00 pm. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno por evento por medicina general con un beneficio ilimitado de eventos al año. El servicio de nuestro plan médico comprende los procedimientos del plan a cuadro cerrado atendidas por Medicina General. Asimismo, se brinda el servicio de consulta médica ambulatoria especializada en Ginecología y Pediatría sujetas a un Copago de S/ 30.00 por evento con un beneficio ilimitado de eventos.

Solo a través de esta vía podrá obtener los servicios asistenciales adquiridos, por ningún motivo el afiliado se acercará directamente a la Clínica, Centro médico, consultorio particular si es que no tiene una autorización previa a través de nuestro sistema de gestión de citas médicas. Consultas médicas **SÓLO** de primer nivel derivadas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10):

- **Respiratorias:** Rinofaringitis Aguda (Resfrío Común), Faringitis Aguda, Amigdalitis Aguda, Bronquitis Aguda, Rinitis Alérgica, Rinorragia Aguda.
- **Gastrointestinales:** Cólera No Complicado, Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea. Infecciones Intestinales Virales E Infecciones Parasitarias Tales
- **Como Los Protozoarios:** Giardiasis (Giardia Lamblia). Diarrea Aguda Producida Por Agentes Bacterianos, Nausea Y Vomito, Acidez, Flatulencia, Síndrome Del Colon Irritable, Gastritis, Dispepsia, Síndrome de Mala Absorción
- **Osteomusculares:** Lumbalgia Aguda, Esguince De Primer Grado, Osteotendinitis Aguda.
- **Genitourinarias:** Cistitis, Vaginitis Bacteriana, Uretritis, Epididimitis, Prostatitis Aguda No Complicada.
- **De Los Sentidos:** Otitis Media Aguda No Supurativa, Rinosinusitis Aguda, Rinitis Alérgica, Osteoartritis En Manos, Conjuntivitis Bacteriana O Viral.

2. Medicamentos genéricos serán brindados siempre y cuando sean derivados de la consulta médica ambulatoria por Medicina General, los cuales serán recetados mediante **vademécum propio** (fuente oficial que contiene los principios activos de los medicamentos que se comercializan en el territorio nacional, así mismo es utilizado para corroborar que el medicamento prescrito no cuenta con restricciones de uso o comercialización) por el médico tratante el cual establecerá la cantidad y días a suministrar. La Asistencia se brindará al 100% sin costo alguno por evento con un beneficio ilimitado de eventos al año según Stock en la Cadena de farmacia Mifarma e Inkafarma. El afiliado deberá coordinar a la central telefónica **(01)226-0816** para el recojo de medicinas en cadena de farmacias Inkafarma y/o Mifarma, portando receta médica y DNI. La entrega de medicamentos genéricos es para casos ambulatorios para enfermedades de primer nivel con tratamiento no mayor a 7 días.

3. Servicio de atención y orientación médica telefónica, brinda orientación vía telefónica a los afiliados de forma ilimitada sin máximos ni topes, respondiendo las inquietudes efectuadas por el afiliado, en búsqueda de una solución sobre enfermedades, dolencias, síntomas o malestares. VDR Asistencias no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones, ni los gastos en los que incurre el afiliado, los mismos que correrán por su propia cuenta. Se deja establecido que el servicio se prestará solo como orientación y el personal médico profesional en la línea, en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. El servicio se brindará las 24 horas los 365 días del año para ello deberá comunicar a nuestra central telefónica **(01)226-0816**.

IMPORTANTE

- El servicio será prestado a través de la Red Asistencial de VDR ASISTENCIAS, mediante la Central Telefónica (01)226-0816
- **Todos los trámites se deben coordinar directamente con VDR ASISTENCIAS, no se aceptarán solicitudes de reembolso de gastos realizados, cuando el afiliado realiza el servicio de forma particular.**
- El Cliente Beneficiario declara que antes de su aceptación ha tomado conocimiento directo de todos los artículos del presente Certificado y Condicionado General.
- En caso el afiliado presente sintomatología COVID, la atención en la red de prestadores va a depender de la aceptabilidad de la atención en cada clínica.

EXCLUSIONES

La atención médica del Afiliado y/o sus beneficiarios ocurrido como consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Suicidio, guerra, guerra civil, sedición, rebelión cualquier acto terrorista, erupción volcánica o eventos de similar naturaleza.
- Las atenciones y/o tratamientos brindados por personas que no sean médicos, llámese procedimientos médicos a los que el Afiliado se someta de manera voluntaria.
- Asistencia por la ingesta voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.
- Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario.
- Los relativos al embarazo, parto y sus complicaciones.
- Reembolso por la atención medica en la que el afiliado se someta de forma particular o sin autorización a través de la central telefónica (01)226-0816.

ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS Y TRATAMIENTO DE DATOS

La COMPAÑÍA atenderá las quejas y reclamos, en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la presentación del reclamo por los familiares, ubicada en el distrito de San Isidro (Calle Armando Blondet 217 Of. 301, escribiendo a "atencionalcliente@valledelrecuerdo.com.pe" o llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al: 641- 2586. La información que la COMPAÑÍA recopile a través del presente formulario será tratada con arreglo a las disposiciones contenidas en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo Nro. 003-2013, así como sus modificaciones. Se deja expresa constancia que, con la afiliación, el usuario autoriza a la COMPAÑÍA acercarle propuestas, ofertas y promociones del mismo. El cliente en todo momento tendrá posibilidad de solicitar gratuitamente la rectificación y/o suspensión total o parcial de algunos de los datos suministrados, debiendo para tal efecto comunicarse con la COMPAÑÍA escribiendo a "atencionalcliente@vdrasistencias.com.pe" o llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al: (01) 641- 2586.



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