

**CERTIFICADO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE ICA SA**

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000004062

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), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
En adelante "Protecta Security".		

CONTRATANTE DEL SEGURO

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
En adelante "CMAC ICA".	

ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:	Relación con el Contratante: Cliente
Domicilio:	
DNI o CE:	
Teléfono:	

BENEFICIARIO

Para las coberturas básicas de **Muerte Accidental**, el/los **Beneficiarios** serán los designados en la Solicitud y Certificado. En caso de no existir tal designación, se entenderán por beneficiarios a los herederos legales del **Asegurado** según el artículo 816° del Código Civil.

En caso de contratación de cláusulas adicionales:

Para el caso de la cláusula adicional, **Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad** el beneficiario será el mismo Asegurado.

Nombres y Apellidos:	Relación con el asegurado titular:
Domicilio	
	Porcentaje: %

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Accidentes Personales que consta de 5 páginas

Firma de representante de la empresa 	Fecha	Firma del Asegurado Titular
---	-------	-----------------------------

**CERTIFICADO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE ICA SA**

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000004062

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), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono: Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278	
En adelante "Protecta Security".		

CONTRATANTE DEL SEGURO

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
En adelante "CMAC ICA".	

ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos:	Relación con el Contratante: Cliente
Domicilio:	
DNI o CE:	
Teléfono:	

BENEFICIARIO

Para las coberturas básicas de **Muerte Accidental**, el/los **Beneficiarios** serán los designados en la Solicitud y Certificado. En caso de no existir tal designación, se entenderán por beneficiarios a los herederos legales del **Asegurado** según el artículo 816° del Código Civil.

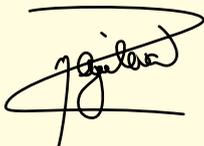
En caso de contratación de cláusulas adicionales:

Para el caso de la cláusula adicional, **Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad** el beneficiario será el mismo Asegurado.

Nombres y Apellidos:	Relación con el asegurado titular:
Domicilio	
	Porcentaje: %

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Accidentes Personales que consta de 5 páginas

Firma de representante de la empresa



Fecha

Firma del Asegurado
Titular

COBERTURAS DE SEGURO**Vigencia de la cobertura del seguro:**

Inicio de vigencia desde la firma de la solicitud y certificado hasta cuando el asegurado supere la edad máxima de permanencia o hasta el fin de vigencia del crédito desembolsado (de ser el caso) en CMAC Ica, lo que suceda 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 el presente certificado.

Monto de la prima:Plan 01

La prima comercial mensual: S/ 4.15

La prima comercial mensual + IGV: S/ 4.90

Plan 02

La prima comercial mensual: S/ 5.93

La prima comercial mensual + IGV: S/ 7.00

Plan 03

La prima comercial mensual: S/ 11.86

La prima comercial mensual + IGV: S/ 14.00

Forma de pago de la prima:

La prima se paga de forma mensual, de la siguiente manera:

1. Junto a las cuotas del crédito desembolsado por CMAC Ica, según cronograma de pagos
2. Cargo automático mensual en cuenta de ahorros N°

En caso de querer cambiar de plan, deberá solicitar la desafiliación y posteriormente una nueva afiliación al seguro

Información del Comercializador:**Nombre:**

CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE ICA SA

RUC:

20104888934

Porcentaje de Comisión:

40%, calculado sobre la prima neta (No incluye IGV)

Lugar de pago de la prima:

Oficinas de CMAC Ica

COBERTURAS PRINCIPAL

a. Muerte Accidental, Protecta Security indemnizará a los Beneficiarios la Suma Asegurada después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente.

COBERTURAS ADICIONALES EN CASO ÉSTAS HAYAN SIDO CONTRATADAS

b. Indemnización diaria por Hospitalización por Accidental o Enfermedad

TCEA: (Tasa de Costo efectivo Anual), en caso de fraccionamiento del Pago de la prima: No aplica

Si **PROTECTA SECURITY** no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo, salvo que se establezca un plazo mayor a favor del Contratante y/o Asegurado en las Condiciones Particulares, el Contrato de Seguro quedará extinguido.

BENEFICIOS

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

DETALLE DE SERVICIOS

ASISTENCIA MÉDICA AMBULATORIA	MONTO MÁXIMO EN SOLES	ATENCIÓNES POR AÑO
Asistencia Médica Ambulatoria a cuadro cerrado en Medicina general	100% Servicio	Sin Límite
Atención Médica Ambulatoria por Especialista en Ginecología y Pediatría	Pago por atención s/ 30.00	Sin Límite
Medicamentos genéricos derivados de la consulta ambulatoria (Medicina General, Pediatría y Ginecología) entregados en cadenas de farmacias Inka Farma y/o Mi Farma a nivel nacional	100% Servicio	Sin Límite
Orientación médica familiar las 24 horas del día, los 365 días del año	100% Servicio	Sin Límite
SERVICIO TELEFÓNICO Y REFERENCIAS	MONTO MÁXIMO EN SOLES	ATENCIÓNES POR AÑO
Alerta de control de medicamentos	100% Servicio	Sin Límite
Control de citas programadas y fechas especiales		
Referencia de clínicas, hospitales y centros médicos		

Plan 1: Asistencias solo para el asegurado Titular

Plan 2: Asistencias solo para el asegurado Titular y su Cónyuge

Plan 3: Asistencias solo para el asegurado Titular, su Cónyuge y hasta sus 03 hijos.

El detalle del procedimiento y atención de las asistencias de detallaran en el Anexo 1: Condicionado – Certificado de Asistencia Médica.

Cobertura y Sumas aseguradas debidamente cuantificada:

Coberturas Básicas	Suma Asegurada del Asegurado Titular Plan 1	Suma Asegurada del Asegurado Titular Plan 2	Suma Asegurada del Asegurado Titular Plan 3
Muerte Accidental(*)	S/ 500	S/ 500	S/ 500
Cláusulas Adicionales, en caso se hayan contratado	Suma Asegurada del Asegurado Titular Plan 1	Suma Asegurada del Asegurado Titular Plan 2	Suma Asegurada del Asegurado Titular 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 y 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.

Las coberturas del seguro y las asistencias se brindan a nivel nacional

EXCLUSIONES

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

- Enfermedades preexistentes.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida).
- Suicidio consciente y voluntario, 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.
- Participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; duelo concertado; en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente como legítima defensa; así como en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- 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, y las consecuencias del uso de armas químicas y/o bacteriológicas.
- Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operador 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 actividades riesgosas y/o deportes riesgosos. Ejemplos: 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.
- 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 pasivo al momento del siniestro; y/o bajo la influencia de drogas, estupefacientes o en estado de sonambulismo.

Edades:

Titular:

Mínima de Ingreso: 18 Años

Máxima de Ingreso: 65 Años y 364 días

Límite de Permanencia: 70 Años y 364 días

Deducible : NO APLICA

Copago : NO APLICA

CONSIDERACIONES ADICIONALES

Resolución:

La Póliza o el Certificado de Seguro o la Solicitud-Certificado, según corresponda, podrá quedar resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que incurran las siguientes causales:

- Por falta de pago de la prima en caso PROTECTA SECURITY opte por resolver la Póliza y/o el Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación enviada al Contratante en el caso de resolución de la póliza y al Contratante y Asegurado en el caso de resolución del certificado o Solicitud-Certificado, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguros.
- Por Agravación del Riesgo comunicada por escrito a PROTECTA SECURITY por el Contratante y/o el Asegurado, lo cual deben realizar apenas producida la agravación. Una vez comunicada la agravación del riesgo a PROTECTA SECURITY, ésta deberá comunicar al Contratante y Asegurado, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del certificado, modificarlas o resolverlo.
- El Certificado de Seguro o la Solicitud-Certificado podrá quedar resuelto por la presentación de la Solicitud de Cobertura fraudulentas 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 la 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. Sin perjuicio de la Resolución PROTECTA SECURITY se pronunciará sobre la Solicitud de Cobertura, de ser el caso.
- La Póliza o el Certificado de Seguro o la Solicitud-Certificado podrá quedar resuelto, 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, 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 de parte del Contratante, así como el Certificado de Seguro podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Asegurado, lo cual deberá ser comunicado a PROTECTA SECURITY con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha en que surtirá efecto la resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro. Le corresponde a PROTECTA SECURITY realizar la devolución de la prima no devengada a prorrata, desde el momento en que se efectuó la resolución.

En cualquier caso, una vez resuelto el Contrato y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, PROTECTA SECURITY queda liberada de su prestación.

Para los literales b, c, d y e, PROTECTA SECURITY 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 comunicación de la Resolución de la Póliza.

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 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. En caso de la modificación de las condiciones contractuales, **PROTECTA SECURITY** entregará al **Contratante** información suficiente y es responsabilidad de este 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.

PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

En caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a **PROTECTA SECURITY** o al **Comercializador** 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. Posteriormente al aviso del siniestro, el Contratante,

Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura, y presentar los siguientes documentos en **PROTECTA SECURITY** o al **Comercializador**, en caso corresponda, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) salvo que en las Cláusulas Adicionales que forman parte integrante de este Contrato de Seguro se especifiquen sus propios procedimientos de aviso de siniestros y solicitud de cobertura:

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

- a. Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
- c. Resultado de Dosaje Etilico del Asegurado, si lo hubiere.
- d. Resultado del examen toxicológico del Asegurado, si lo hubiere

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.

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.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso de siniestro no es una causal de rechazo del siniestro, sin embargo PROTECTA SECURITY podría reducir el monto de pago del siniestro hasta por el monto del perjuicio ocasionado, si se afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. En caso de que el incumplimiento se deba a un caso fortuito o de fuerza mayor, no se aplicará reducción en el pago del siniestro. Una vez que el Asegurado o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, PROTECTA SECURITY, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del Siniestro y proceder con la aprobación o rechazo del Siniestro.

En caso PROTECTA SECURITY requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Beneficiario(s), deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo otorgado para la evaluación del Siniestro; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

En cualquier caso, PROTECTA SECURITY 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 dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros.

El Asegurado, 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.

Asimismo, el Asegurado y los Asegurados Adicionales 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 PROTECTA SECURITY vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

En caso PROTECTA SECURITY no se pronuncie dentro de los treinta días para aprobar o rechazar el siniestro, se entenderá que el Siniestro ha quedado consentido, salvo que se haya solicitado una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Una vez consentido o aprobado el Siniestro, PROTECTA SECURITY deberá proceder a pagar la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes de producido el consentimiento.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando PROTECTA SECURITY relevada de toda responsabilidad, si en cualquier momento, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del Seguro otorgados por la presente Póliza.

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

Instancias habilitadas para presentar Consultas y/o Reclamos:

Las consultas y/o reclamos que quiera presentar el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario, deberán ser realizados a la **Plataforma de Atención al Cliente** de PROTECTA SECURITY, y/o a los medios habilitados por el **Comercializador** en caso hubiese. El plazo máximo para que PROTECTA SECURITY atienda los reclamos presentados por el **Asegurado** es de treinta (30) días calendario.

Los medios a través de los cuales podrá presentar algún reclamo a PROTECTA SECURITY son los siguientes:

- Atención Telefónica – Oficina Principal: 391-3000 / Atención telefónica 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.

Los medios a través de los cuales podrá presentar alguna consulta y/o reclamo al **Comercializador** son los siguientes:

- Atención Telefónica: 056-581430
- Email: atencionalusuario@cmacia.com
- Página Web: <https://cajaica.pe/>
- Atención Presencial: Av. Conde de nieva nro. 498 Ica – Ica

HORARIO DE ATENCIÓN

En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por PROTECTA SECURITY, el **Contratante** y/o **Asegurado** y/o Beneficiario también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la Defensoría del Asegurado al 421-0614, o en Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9 – San Isidro, Lima - Perú o en www.defaseg.com.pe, así como en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) en caso únicamente de denuncias y/o en el Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI).

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.

En caso de seguros grupales, 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 Asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la Póliza. Para esto, el Asegurado podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que el Asegurado recibe el Certificado de Seguro y/o Solicitud Certificado, siempre y cuando no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

En caso el Asegurado haga uso de su Derecho de Arrepentimiento luego de haber pagado la prima del seguro, PROTECTA SECURITY procederá a la devolución total del importe pagado dentro de los treinta (30) días siguientes. Para estos fines el Asegurado podrá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

En caso de seguros individuales, el derecho de arrepentimiento corresponde al Contratante, quien podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha en que recibe la Póliza, siempre y cuando no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

Para estos fines el Contratante, podrá utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que utilizó para la contratación del seguro.

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.

b. Protecta Security es responsable de todos los errores u omisiones en que incurre 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 del Sistema Financiero, aprobado por Resolución 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, se consideran abonados a **Protecta Security** en la fecha de realización del pago.

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.



Av. Domingo Orué 165, 8vo. piso
Surquillo, Lima 34, Perú
Central de Servicio al Cliente: Lima (01) 391-3000 | Provincia 0801-1-1278
clientes@protectasecurity.pe
www.protectasecurity.pe