

## CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

### EMPRESA DE SEGUROS

<b>Denominación o Razón Social:</b> PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS*	<b>RUC:</b> 20517207331	<b>Correo:</b> clientes@protectasecurity.pe
<b>Domicilio:</b> Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima		<b>Teléfono:</b> Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278
*En adelante "Protecta Security".		

### CONTRATANTE DEL SEGURO

<b>Denominación o Razón Social:</b> CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	<b>RUC:</b> 20322445564
<b>Domicilio:</b> JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	<b>Teléfono:</b> 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

### ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>Relación con el Contratante:</b> Prestatario de CAJA LOS ANDES
<b>Domicilio:</b>	

### ASEGURADO CÓNYUGE/ CONVIVIENTE

<b>Nombres y Apellidos:</b>
<b>Domicilio:</b>

### BENEFICIARIO

<b>Beneficiario Principal</b>	
<b>Denominación o Razón Social</b> CAJA LOS ANDES	<b>Relación con el Asegurado:</b> Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

### COBERTURA DEL SEGURO

#### Vigencia de la cobertura del seguro:

##### Inicio:

Desde la fecha de desembolso del crédito por parte de la Financiera a favor del Asegurado.

##### Término:

Hasta la fecha pactada como fin del contrato de crédito, o hasta el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, o hasta la cancelación o término del plazo del crédito o cancelación de la línea o tarjeta de crédito, o hasta que el Asegurado cumpla la edad límite establecida, o hasta el vencimiento del Contrato de Seguro, o hasta el contratante deje de reportarlo en las tramas, lo que ocurra primero.

\*La cobertura del seguro podría extenderse hasta 3 meses luego del término del plazo del crédito, siempre y cuando se haya declarado al asegurado en las tramas y se haya realizado el pago de prima respectiva.

#### 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 el presente certificado.

#### Monto de la prima:

##### Suma Asegurada hasta S/5,000.00

-Prima Comercial Mensual Titular Cliente: 0.14%

-Prima Comercial Mensual Titular + Cónyuge Cliente: 0.18%

##### Suma Asegurada mayor S/5,000.00

-Prima Comercial Mensual Titular Cliente : 0.12%

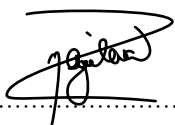
-Prima Comercial Mensual Titular + Cónyuge Cliente: 0.16%

#### Forma de pago de la prima:

Dentro de la cuota del crédito desembolsado, en la oportunidad establecida en el respectivo Cronograma de Pagos que será entregado por CAJA LOS ANDES.

**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:** Oficinas del Contratante.

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Desgravamen que consta de 4 páginas.

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del Asegurado Titular	Firma del Cónyuge / Conviviente
			

## CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CAJA LOS ANDES

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000000355

### EMPRESA DE SEGUROS

<b>Denominación o Razón Social:</b> PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS*	<b>RUC:</b> 20517207331	<b>Correo:</b> clientes@protectasecurity.pe
<b>Domicilio:</b> Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Surquillo-Lima		<b>Teléfono:</b> Lima (51-1) 391-3000 Provincias 0-801-1-1278
*En adelante "Protecta Security".		

### CONTRATANTE DEL SEGURO

<b>Denominación o Razón Social:</b> CAJA RURAL DE AHORRO Y CREDITO LOS ANDES S.A.	<b>RUC:</b> 20322445564
<b>Domicilio:</b> JR. JUNIN NRO. 129 CERCADO - PUNO - PUNO - PUNO	<b>Teléfono:</b> 051 600 240
*En adelante "CAJA LOS ANDES".	

### ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>Relación con el Contratante:</b> Prestatario de CAJA LOS ANDES
<b>Domicilio:</b>	

### ASEGURADO CÓNYUGE/ CONVIVIENTE

<b>Nombres y Apellidos:</b>
<b>Domicilio:</b>

### BENEFICIARIO

<b>Beneficiario Principal</b>	
<b>Denominación o Razón Social:</b> CAJA LOS ANDES	<b>Relación con el Asegurado:</b> Entidad que brinda servicio crediticio al Asegurado.

### COBERTURA DEL SEGURO

#### Vigencia de la cobertura del seguro:

##### Inicio:

Desde la fecha de desembolso del crédito por parte de la Financiera a favor del Asegurado.

##### Término:

Hasta la fecha pactada como fin del contrato de crédito, o hasta el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, o hasta la cancelación o término del plazo del crédito o cancelación de la línea o tarjeta de crédito, o hasta que el Asegurado cumpla la edad límite establecida, o hasta el vencimiento del Contrato de Seguro, o hasta el contratante deje de reportarlo en las tramas, lo que ocurra primero.

\*La cobertura del seguro podría extenderse hasta 3 meses luego del término del plazo del crédito, siempre y cuando se haya declarado al asegurado en las tramas y se haya realizado el pago de prima respectiva.

#### 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 el presente certificado.

#### Monto de la prima:

##### Suma Asegurada hasta S/5,000.00

-Prima Comercial Mensual Titular Cliente: 0.14%

-Prima Comercial Mensual Titular + Cónyuge Cliente: 0.18%

##### Suma Asegurada mayor S/5,000.00

-Prima Comercial Mensual Titular Cliente : 0.12%

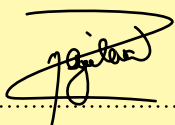
-Prima Comercial Mensual Titular + Cónyuge Cliente: 0.16%

#### Forma de pago de la prima:

Dentro de la cuota del crédito desembolsado, en la oportunidad establecida en el respectivo Cronograma de Pagos que será entregado por CAJA LOS ANDES.

**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:** Oficinas del Contratante.

Declaro haber recibido conforme el presente Certificado de Desgravamen que consta de 4 páginas.

Firma de representante de la empresa	Fecha	Firma del Asegurado Titular	Firma del Cónyuge / Conviviente
			

La Prima Comercial incluye (en caso de corresponder):

### Monto / Porcentaje

Cargos por la Intermediación de corredores de seguros y número de registro de corredor

#### Suma Asegurada hasta S/ 5000

Titular: tres punto cuarentaitrés por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  
Titular y Cónyuge: cuatro punto treinta y seis por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)

#### Suma Asegurada mayor a S/ 5000

Titular: cuatro por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)  
Titular y Cónyuge: cuatro punto ochenta y seis por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)

#### Suma Asegurada hasta S/5,000

##### **Cargos por comercialización: Aplica solo la 1ra cuota**

Titular: sesenta y siete punto setenta y uno por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)

Titular y Cónyuge: cincuenta y nueve punto treinta y tres por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)

##### **Cargos por recaudación: Aplica de la 2da cuota en adelante**

Titular: sesenta y siete punto setenta y uno por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)

Titular y Cónyuge: cincuenta y nueve punto treinta y tres por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)

#### Suma Asegurada mayor S/5,000

##### **Cargos por comercialización: Aplica solo la 1ra cuota**

Titular: sesenta y cinco punto treinta y tres por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)

Titular y Cónyuge: cincuenta y cuatro punto veinticinco por ciento sobre la prima comercial cliente (Incluye IGV)

##### **Cargos por recaudación: Aplica de la 2da cuota en adelante**

Titular: sesenta y cinco punto treinta y tres por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)

Titular y Cónyuge: cincuenta y cuatro punto veinticinco por ciento sobre la prima comercial cliente (Exento de IGV)

Cargos por la comercialización de seguros a través de Bancaseguros u otro Comercializador

### VALORES DECLARADOS Y SUMAS ASEGURADAS DEBIDAMENTE CUANTIFICADA

- Para personas entre 18 y 73 años y 364 días (inclusive) el cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 200,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security.
- Para personas entre 74 y 79 años y 364 días (inclusive) el cúmulo máximo de suma asegurada por persona será de S/ 3,000 o su equivalente en dólares americanos, se incluye la exposición de todos los seguros de Desgravamen contratados con Protecta Security.

### DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES

No se consideran.

### EXCLUSIONES

De 18 a 74 años (inclusive) Titular y Cónyuge/Conviviente:

- a. Enfermedades preexistentes, entendiéndose como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le hayan diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud. (\*)
- b. 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.
- c. 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.
- d. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- e. 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.
- f. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- g. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos, tales como 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.
- h. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

(\*) aplica solo para cónyuge a partir de los 65 años.

### RIESGOS CUBIERTOS

#### 1. Muerte Natural:

La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse la Muerte Natural del Asegurado.

#### 2. Muerte Accidental:

La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios después de acreditarse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Accidente.

#### 3. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

La Suma Asegurada será otorgada a los Beneficiarios si a causa de un accidente o Enfermedad el Asegurado sufre una Invalidez Total y Permanente declarada por un profesional médico colegiado.

## De 75 a 79 años (inclusive) Titular y Cónyuge/Conviviente:

- a. Enfermedades preexistentes, entendiéndose como aquellas enfermedades o alteraciones del estado de salud que se le hayan diagnosticado por un profesional médico colegiado al Asegurado con anterioridad a la contratación del seguro, conocida por este y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- b. Suicidio consciente y voluntario, salvo que hubiese transcurrido dos (2) años completos desde la fecha de contratación del seguro.
- c. Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil.
- d. Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario o heredero, dejando a salvo el derecho de recibir la Suma Asegurada de los restantes Beneficiarios o herederos, si los hubiere, así como su derecho de acrecer.
- e. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- f. Viajes o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeta a itinerario.
- g. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- h. Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, buceo profesional o de recreo, inmersión o caza submarina, canotaje y práctica de surf.
- i. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- j. Cualquier accidente que se produzca bajo la influencia de alcohol (en grado igual o superior a 0.5gr/lit. 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.

## CONSIDERACIONES ADICIONALES

### 1. Resolución unilateral:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de las Condiciones Generales, el Contrato de Seguros podrá quedar resuelto por decisión unilateral y sin expresión causa de parte del Contratante, así como 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. Le corresponde a la Compañía la devolución de la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

### 2. Modificación de las Condiciones Contractuales:

De conformidad con el artículo 18 de las Condiciones Generales, durante la vigencia del contrato, Protecta Security no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a

analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fuera comunicada.

La falta de aceptación de la modificación planteada no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

### 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 de Siniestro y la Solicitud de Cobertura es el que se indica a continuación:

El **Asegurado** o el **Beneficiario** deben dar aviso del siniestro a Protecta Security, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Posteriormente al aviso del siniestro el **Asegurado** o el **Beneficiario** presentará la solicitud de cobertura a la Compañía o Comercializador, según corresponda, adjuntando a la misma la documentación e información señalada a continuación, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

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

- a. Acta y Certificado de defunción del Asegurado.
- b. En caso de contar con Beneficiarios Adicionales (modalidad de Suma Asegurada Fija): Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios Adicionales.
- c. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.

2. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Muerte Accidental, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación adicional a la documentación solicitada por Muerte Natural:

- a. Atestado Policial, si lo hubiere.
- b. Protocolo de Necropsia, si lo hubiere.
- c. Resultado de dosaje etílico, si lo hubiere.
- d. Resultado del examen toxicológico, si lo hubiere.

3. En caso de siniestros ocurridos bajo la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, deberá incluirse a la solicitud de cobertura la siguiente documentación:

- a. Documento de Identidad del Asegurado.
- b. Informe médico indicando el diagnóstico y pronóstico que determinen la causa y las circunstancias del siniestro.
- c. Atestado Policial, si lo hubiere.
- d. Resultado de dosaje etílico del Asegurado, si lo hubiere.
- e. Resultado de dosaje toxicológico del Asegurado, si lo hubiere.
- f. Información formal del Monto Inicial o Saldo Insoluto del Crédito por parte de la entidad financiera, incluyendo el mes de ocurrencia del siniestro.
- g. Documentación que acredite la fecha y lugar en que se produjo el siniestro.

En cualquier caso, Protecta Security podrá solicitar la Historia Clínica del **Asegurado** si lo estima conveniente dentro de los primeros veinte días del plazo otorgado para la evaluación de siniestros, así como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales referidos a la comprobación del Siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura.

El **Asegurado** mediante la suscripción de la Solicitud de Seguro, autoriza expresamente a Protecta Security, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta Póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

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

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

### 3. Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro:

La documentación deberá presentarse en la Plataforma de Atención al Cliente de la Compañía o en el comercializador (dirección del Contratante).

### 4. Instancias Habilitadas para presentar Reclamos:

Los reclamos que quiera presentar el Contratante, Asegurado o Beneficiario, deberán ser realizados a la **Plataforma de Atención al Cliente de Protecta Security**. El plazo máximo para que Protecta Security atienda los reclamos presentados por el Asegurado es de treinta (30) días calendarios. Dicho plazo puede extenderse, excepcionalmente, siempre que la naturaleza del mismo lo justifique.

Los medios a través de los cuales podrá presentar algún reclamo a Protecta Security son los siguientes:

- Atención al Cliente: Lima 391-3000 | Provincias 0-801-1-1278
- Email: [clientes@protectasecurity.pe](mailto:clientes@protectasecurity.pe)
- Página Web: [www.protectasecurity.pe](http://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.

En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por Protecta Security, el Contratante, Asegurado 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](http://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).

### 5. Responsabilidades de la Compañía

Tener en cuenta que:

- a) La Compañía es responsable frente al **Contratante** y/o **Asegurado** de la cobertura contratada.
- b) La Compañía es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento

de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

c) Las comunicaciones cursadas por el **Contratante**, **Asegurado** o **Beneficiario** al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a Protecta Security. En este sentido, se entienden que dichas comunicaciones son recibidas en la misma fecha por **Protecta Security**.

d) Los pagos de prima efectuados al comercializador por el **Contratante** del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a **Protecta Security** en la fecha de realización del pago.

### 6. Comunicación de la agravación del riesgo asegurado:

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

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

8. El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

9. El contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley N° 29355.



COMPAÑÍA DE SEGUROS

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](mailto:clientes@protectasecurity.pe)  
[www.protectasecurity.pe](http://www.protectasecurity.pe)