

## SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO VIDA MI FAMILIA

PÓLIZA DE SEGURO N° 0000002330

### 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 MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A. - CAJA AREQUIPA	<b>RUC:</b> 20100209641
<b>Domicilio:</b> CAL.LA MERCED NRO. 106 URB. CERCADO AREQUIPA - AREQUIPA	<b>Teléfono:</b> (54) 380 670
*En adelante "CAJA AREQUIPA".	

### ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
	<b>Sexo:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo Electrónico:</b>
<b>Relación con el Contratante:</b>	

### BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>Relación con el Asegurado titular:</b>
	<b>DNI, CE, otro:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Porcentaje: 100%</b>

Declaro haber recibido conforme la presente Solicitud-Certificado de Seguro Vida Mi Familia que consta de 5 páginas.

<b>Fecha de firma:</b>	<b>Firma del Contratante:</b>	<b>Firma del Asegurado:</b>	<b>Firma de Protecta Security:</b>
			

### COBERTURA DEL SEGURO

#### Vigencia de la cobertura del seguro:

Desde la fecha en que se firma y entrega esta Solicitud - Certificado.

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.

#### 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 presente solicitud-certificado.

#### Monto de la prima:

Para el Asegurado Titular:  
La prima comercial: S/ 25.00

#### Información del Corredor de Seguros:

Nombre: CONSEJEROS Y CORREDORES DE SEGUROS S.A.  
Código de Registro: J0414  
Porcentaje de Comisión: 10.00% (Incluye IGV), calculado sobre la prima neta

#### Información del Comercializador:

Nombre: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A. - CAJA AREQUIPA  
RUC: 20100209641  
Porcentaje de Comisión: 20.00% (Incluye IGV), calculado sobre la prima neta

#### Fuerza de Ventas / Promotores de Seguros

Cargos por contratación de Promotores de Seguros: No aplica

## SOLICITUD - CERTIFICADO SEGURO VIDA MI FAMILIA

PÓLIZA DE SEGURO N  0000002330

### EMPRESA DE SEGUROS

<b>Denominación o Razón Social:</b> PROTECTA S.A. COMPA�A 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 MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A. - CAJA AREQUIPA	<b>RUC:</b> 20100209641
<b>Domicilio:</b> CAL.LA MERCED NRO. 106 URB. CERCADO AREQUIPA - AREQUIPA	<b>Teléfono:</b> (54) 380 670
*En adelante "CAJA AREQUIPA".	

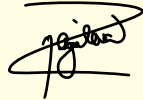
### ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI, CE, otro:</b>
	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
	<b>Sexo:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Teléfono:</b>
	<b>Correo Electrónico:</b>
<b>Relación con el Contratante:</b>	

### BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>Relación con el Asegurado titular:</b>
	<b>DNI, CE, otro:</b>
<b>Domicilio:</b>	<b>Porcentaje: 100%</b>

Declaro haber recibido conforme la presente Solicitud-Certificado de Seguro Vida Mi Familia que consta de 5 páginas.

<b>Fecha de firma:</b>	<b>Firma del Contratante:</b>	<b>Firma del Asegurado:</b>	<b>Firma de Protecta Security:</b> 
------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---

### COBERTURA DEL SEGURO

#### Vigencia de la cobertura del seguro:

Desde la fecha en que se firma y entrega esta Solicitud - Certificado.

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.

#### 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 sealadas en la presente solicitud-certificado.

#### Monto de la prima:

Para el Asegurado Titular:

La prima comercial: S/ 25.00

#### Información del Corredor de Seguros:

Nombre: CONSEJEROS Y CORREDORES DE SEGUROS S.A.

Código de Registro: J0414

Porcentaje de Comisión: 10.00% (Incluye IGV), calculado sobre la prima neta

#### Información del Comercializador:

Nombre: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A. - CAJA AREQUIPA

RUC: 20100209641

Porcentaje de Comisión: 20.00% (Incluye IGV), calculado sobre la prima neta

#### Fuerza de Ventas / Promotores de Seguros

Cargos por contratación de Promotores de Seguros: No aplica

**Edades:**

Mínima de Ingreso: 18 Años

Máxima de Ingreso: 64 Años y 364 días

Límite de Permanencia: 65 Años y 364 días

**Lugar de pago de la prima:**

Oficinas del Contratante

**Forma de pago de la prima:**

Mensual - La prima de seguro será pagada en efectivo, débito automático o cargo en cuenta.

TCEA: 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****Asistencia****Detalle de Servicios**

Asistencia Médica	Monto Máximo en Soles	Atenciones por Año
Atención médica ambulatoria en nuestra red de filiales por Medicina General, Ginecología, Urología, Pediatría y Gastroenterología.	100% Servicio	Sin límite
Medicamentos genéricos derivados de la atención médica ambulatoria (Medicina General, Pediatría, Ginecología, Urología y Gastroenterología) entregados en cadenas de farmacias Inka Farma y/o Mi Farma.	100% Servicio	Sin límite
Exámenes de laboratorio derivado de la atención médica ambulatoria (Medicina General), incluye: Hemograma completo, examen de orina completa, glucosa y colesterol.	100% Servicio	03 atenciones para el grupo familiar
Examen de Rayos X derivado de la consulta médica ambulatoria (Medicina General) en nuestra red médica.	100% Servicio	03 atenciones para el grupo familiar
Servicio de traslado en ambulancia por urgencia médica las 24 horas los 365 días del año.	Hasta S/ 350.00 por atención	03 atenciones para el grupo familiar
Médico a domicilio, Medicina General.	Pago por atención S/25.00	Sin Límite
Orientación médica telefónica las 24 horas los 365 días del año.	100% Servicio	Sin Límite

**El detalle de las asistencias y exclusiones estarán en el Anexo I****Titular y Cónyuge:**

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

**Hijos:**

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

- El total máximo de integrantes del Grupo Familiar es de 07 personas conformadas por el Titular, Cónyuge e hijos menores de edad.
- La especialidad de Pediatría es para los hijos del Titular desde los 0 años hasta los 14 años. Mayor a 14 años corresponde Atención Ambulatoria por Medicina General.
- Para hacer uso de los beneficios del Plan se requiere siempre que los titulares afiliados residan en el territorio nacional.

Coberturas básicas	Suma Asegurada
Muerte Natural	S/500.00
Muerte Accidental	S/500.00
Cláusulas Adicionales, en caso se hayan contratado	Suma Asegurada
Indemnización Diaria por Hospitalización Por Accidente	S/ 30 diario, hasta 30 días

**Deducible:**

No aplica, salvo para los beneficios.

**Copago:**

No aplica

**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), epidemias o infecciones masivas de cualquier tipo.
- 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.
- f. 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.
  - g. Detonación nuclear, reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radiactiva, y las consecuencias del uso de armas químicas y/o bacteriológicas.
  - h. 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.
  - i. Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
  - j. 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.
  - k. 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.

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.

d. 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, la cual deberá ser comunicada 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 la devolución de la prima no devengada a prorrata, hasta 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.

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

## 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. 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.

## CONSIDERACIONES ADICIONALES

### 1. 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:

a. 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.

b. 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.

c. El Certificado de Seguro o la Solicitud-Certificado podrá quedar resuelto por la presentación de reclamaciones 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 una reclamación o para derivar beneficios del

### 3. 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 Natural:

- Acta o Partida de Defunción
- Certificado Médico de Defunción del Asegurado.
- Copia del Documento de Identidad de los Beneficiarios.

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

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

En caso de Indemnización Diaria Por Hospitalización por Accidente:

- Documento de Identidad del Asegurado.
- Informe médico completo o Historia Clínica del Asegurado, indicando el diagnóstico y pronóstico.
- 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.
- Atestado Policial completo, si lo hubiere.
- Resultado del dosaje etílico del Asegurado, si lo hubiere.
- Resultado del dosaje toxicológico del Asegurado, 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](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.

Los medios a través de los cuales podrá presentar alguna consulta y/o reclamo al **Comercializador**, podrán ser presentadas en cualquiera de las agencias de Caja Arequipa a nivel nacional

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](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) .

#### **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, Corredores o en caso **PROTECTA SECURITY** utilice sistemas de comercialización a distancia, el Asegurado tiene derecho de arrepentirse de la contratación del Seguro. 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, 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.**

**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 Asegurado y/o el Contratante, podrán utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y pago que usaron para la contratación del seguro.

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.

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.