

RESUMEN DE PÓLIZA		
SEGURO DE VIDA LEY – EX TRABAJADORES TEMPORAL ANUAL RENOVABLE (DECRETO LEGISLATIVO N° 688) PÓLIZA DE SEGURO N° XXXXXXXXX		
EMPRESA DE SEGUROS		
Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante "Protecta")		RUC: 20517207331
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono: Lima 418-1938 Provincias 0-801-1-1278	Correo electrónico: informes@protecta.com.pe
CONDICIONES DE ACCESO		
Personas que hayan decidido acogerse al Artículo 18° del Decreto Legislativo N° 688 y a las normas reglamentarias y complementarias de ese dispositivo legal que conciernan a su condición de ex-trabajadores Asegurados en la Compañía, así como a las Condiciones de la póliza, y que así lo soliciten por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al término de su relación laboral.		
PRIMA		
Lugar de Pago de la Prima: En las oficinas de Protecta.	Forma de pago de la prima: Al contado, según la frecuencia de pago definida en las Condiciones Particulares.	
Riesgos cubiertos: De acuerdo a en las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la Presente Póliza		
Coberturas Principales : Muerte Natural Muerte Accidental Invalidez Total y Permanente por Accidente		
Exclusiones: La póliza no cubre, si el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado se deben directamente, total o parcialmente a las siguientes causas: a. Suicidio, intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado, salvo que hubiesen transcurridos al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de celebración del seguro. b. Como consecuencia de la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo o violatorio de leyes o reglamentos, ya sea como autor, coautor o cómplice.		
CONSIDERACIONES ADICIONALES		
1	Resolución Unilateral: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de las Condiciones Generales, el Asegurado podrá resolver el Contrato de Seguro por decisión unilateral y sin expresión de causa. La resolución sin expresión de causa, podrá ser efectuada, y comunicada a la Compañía, por el Asegurado 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 efectos la Resolución del Contrato. Le corresponde a Protecta 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 19 de las Condiciones Generales, durante la vigencia del contrato, Protecta no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Asegurado , quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le	

Código SBS XXXXXXXX

	<p>fuera comunicada.</p> <p>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.</p>
3	<p>Procedimiento para el Aviso de Siniestro y la Solicitud de Cobertura del Seguro:</p> <p>De conformidad con lo establecido en el artículo 14 de las Condiciones Generales, en caso de ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, el Asegurado o Beneficiario deberá dar aviso de siniestro a la Compañía, y el Asegurado o Beneficiario deberá solicitar la cobertura y presentar los siguientes documentos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el caso de la cobertura por Muerte Natural: <ol style="list-style-type: none"> a. Acta y Certificado Médico de defunción del Asegurado. b. Declaración Jurada de beneficiarios (con firma del Asegurado legalizada notarialmente, o por el Juez de Paz), o Testamento por escritura pública (solo si este es posterior a la Declaración Jurada de beneficiarios). En el caso del Testamento solo tendrán derecho al seguro los Beneficiarios designados en las disposiciones legales vigentes. c. Declaratoria de Herederos en el supuesto caso de no existir una Declaración Jurada o Testamento. d. Documento de Identidad o Partida de Nacimiento de los Beneficiarios. 2. Para el caso de la cobertura por Muerte Accidental, adicionalmente a los documentos por Muerte Natural: <ol style="list-style-type: none"> a. Atestado y/o Parte Policial completo, según corresponda. b. Protocolo de Necropsia del Asegurado, de haberse practicado. 3. Para el caso de la cobertura por Invalidez Total y Permanente por Accidente: <ol style="list-style-type: none"> a. Documento de Identidad del Asegurado. b. Dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social o la COMAFP (Comité médico de las AFP) y/o COMEC (Comité médico de la SBS). En caso el Asegurado pertenezca al Sistema Privado de Pensiones deberá presentar el Dictamen expedido por la COMPAFP y/o COMEC.
INFORMACION ADICIONAL	
1	<p>Lugares Autorizados para Solicitar la Cobertura del Seguro:</p> <p>En las oficinas de Protecta.</p> <p>Dirección : Av. Domingo Orué 165 Piso 8, Surquillo</p> <p>Página Web: www.protecta.com.pe</p> <p>Atención Telefónica Lima 4181938 / Provincias 0-801-1-1278</p>
2	<p>Instancias habilitadas para presentar Reclamos:</p> <p>Los reclamos que quiera presentar el Asegurado, deberán ser realizados al Área de Servicio al Cliente & Calidad de Protecta o al Comercializador en caso hubiese. El plazo máximo para que Protecta atienda los reclamos presentados por el Asegurado es de treinta (30) días calendarios.</p> <p>Los medios a través de los cuales podrá presentar algún reclamo a Protecta son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Telefónica: Lima 418-1938 Provincias 0-801-1-1278 • Email: informes@protecta.com.pe • Página Web: www.protecta.com.pe • Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú • Fax: (511) 418-1942 <p>Horario de Atención: De Lunes a Viernes, de 9 am a 6 pm.</p> <p>En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por Protecta, el Asegurado o el Beneficiario también</p>

	podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la Defensoría del Asegurado al 446-9158, o en Calle Arias Aragüez 146 San Antonio - Miraflores, Lima - Perú o en www.defaseg.com.pe , u optar por los mecanismos e instancias previstos en la normativa vigente, 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)
3	El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo cumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
<i>El presente documento es un resumen de la Póliza contratada y derechos de los usuarios, el cual se emite en observancia y cumplimiento de las disposiciones del artículo 16 de la Resolución SBS N°3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros.</i>	

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA LEY – EX TRABAJADORES
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE
(DECRETO LEGISLATIVO N° 688)
PÓLIZA DE SEGURO N° XXXXXXXXX**

La entrada en vigor del Contrato de Seguro no determina el inicio de la vigencia de la cobertura, la cual se regirá por el acuerdo de las partes expresado en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguros, con la inclusión del siguiente texto:

“De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del Artículo N° 4 de la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.”

EMPRESA DE SEGUROS

Denominación o Razón Social: PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (en adelante “Protecta”)	RUC: 20517207331	
Domicilio: Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	Teléfono: Lima 418-1938 Provincias 0-801-1-1278	correo electrónico: informes@protecta.com.pe

CONTRATANTE Y ASEGURADO DEL SEGURO

Nombres y Apellidos:	DNI:
Domicilio:	
Correo electrónico:	Teléfono:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Profesión:	Ocupación:
Ex Empleador:	Fecha de Cese:
Moneda:	Ultima Remuneración Mensual:

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE VIDA LEY TRABAJADORES

Número de Póliza:	Razón Social del Contratante de la Póliza:
--------------------------	---

COBERTURA DEL SEGURO

Vigencia de la cobertura del seguro:
Desde las 0.00 horas del __/__/____ hasta las 0.00 horas del __/__/____.

Renovación: X
La renovación se realizará anualmente y en forma automática.

PRIMA Y FORMA DE PAGO

Monto de la prima: Tasa : Prima:	Periodicidad de pago de la prima:
---	--

Lugar de pago de la prima:

En las oficinas de Protecta.

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Natural	Dieciséis (16) remuneraciones mensuales*
Muerte Accidental	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales*
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Treinta y dos (32) remuneraciones mensuales*

(*) La remuneración asegurable es la última remuneración mensual percibida, que se consigna en el libro de planillas y boletas de pago percibidas habitualmente por el ex trabajador, con exclusión de las gratificaciones, participaciones, compensación vacacional adicional y otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente, hasta el tope de la Remuneración Máxima Asegurable, establecida para efectos del Seguro de Invalidez, Supervivencia y Gastos de Sepelio en el Sistema Privado de Pensiones, a la fecha de cese del **Asegurado**.

Exclusiones:

De acuerdo al artículo quinto de las Condiciones Generales, los montos de los beneficios de esta póliza no se conceden si el Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado se deben directamente, total o parcialmente a las siguientes causas:

- Suicidio, intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado, salvo que hubiesen transcurridos al menos dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de celebración del seguro.
- Como consecuencia de la participación activa del Asegurado en cualquier acto delictivo o violatorio de leyes o reglamentos, ya sea como autor, coautor o cómplice.

DOCUMENTACIÓN DE SUSTENTO

Se debe adjuntar la siguiente documentación, para la emisión de la póliza, en copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Documento de identidad del Asegurado
- Formato de Declaración Jurada de Beneficiarios debidamente legalizada
- Boletas de pago de remuneraciones correspondientes a los tres (3) últimos meses
- Liquidación de Beneficios Sociales (donde figure fecha de cese) y/o Certificado de Trabajo (donde figure fecha de cese)

INFORMACIÓN ADICIONAL**Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro:**

- Atención Telefónica – Oficina Principal: 418-1938 / Atención telefónica Provincias: 0-801-1-1278
- Email: informes@protecta.com.pe
- Página Web: www.protecta.com.pe / <http://protecta.pe/nosotros/atencion-al-cliente>
- Atención Presencial: Av. Domingo Orué 165, 8vo. Piso, Surquillo, Lima – Perú
- Fax: (511) 418-1942

DECLARACIONES

Las partes reconocen que la presente Solicitud de Seguro, pasará a formar parte integrante del Contrato de Seguro.

1) El **Solicitante** declara haber tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales del **Seguro de Vida Ley - Ex Trabajador**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas y Anexos que se adhieren a la **Póliza**, cuyas estipulaciones quedan sometidas al presente contrato de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, la Resolución de la SBS N° 3199-2013 – Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros y la Resolución de la SBS N° 3198-2013 – Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros, y aquellas normas que las modifiquen.

Las condiciones del seguro el Solicitante las podrá obtener en la página web de Protecta, así como a través de la página web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

2) Se puede solicitar la emisión de una póliza individual como continuidad al Seguro de Vida Ley Trabajadores, siempre y cuando no hayan transcurridos más de **30 días calendario desde la fecha de cese** del trabajador.

3) La tasa anual (que variará cada año) para la determinación de la prima será acordada entre el Asegurado y la Compañía, y se

aplicará sobre la Remuneración mensual del trabajador.

4) El Asegurado reconoce 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; por lo tanto, autoriza - a la Compañía de Seguros - al acceso de dicha información, bajo el marco antes señalado.

IMPORTANTE

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 COMPAÑÍA DE SEGUROS (LA ASEGURADORA), 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 LA ASEGURADORA, 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, LA ASEGURADORA podrá autorizar a empresas asociadas o miembros del grupo económico al que pertenece la misma y/o terceros con los cuales LA ASEGURADORA tenga una relación contractual derivada del contrato de seguro, realizar el tratamiento de los datos personales de titularidad del **Asegurado**.

Asimismo, el **Asegurado** manifiesta su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para que LA ASEGURADORA 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 del **Asegurado**. Para ello, LA ASEGURADORA manifiesta que la base de datos donde se almacenan los datos personales del **Asegurado** cuenta con estrictas medidas de seguridad.

Asimismo, las partes acuerdan que el **Asegurado** podrá dirigirse a las oficinas de LA ASEGURADORA ubicadas en la Av. Domingo Orué 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.

<i>Fecha de firma</i>	<i>Firma de Asegurado</i>