

**CERTIFICADO DE SEGURO N° XXXX**

**SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO – PENSIÓN  
PÓLIZA N° XXXXXXXXXX**

**Código SBS VI2097700027 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

**EMPRESA DE SEGUROS**

<b>Denominación o razón social:</b> PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (en adelante "Protecta Security")	<b>RUC:</b> 20517207331	
<b>Domicilio:</b> Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo.	<b>Teléfono:</b> Lima 391-3030 Provincias 0-801-1-1278	<b>Correo Electrónico:</b> clientes@protectasecurity.pe <b>Página web:</b> www.protectasecurity.pe

**CONTRATANTE DEL SEGURO**

<b>Denominación o Razón Social:</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	<b>RUC:</b> XXXXXXXXXXXXX
<b>Domicilio:</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	<b>Teléfono:</b> XXXXXXXXX

En adelante "XXXXXXXXXX"

**ASEGURADO**

1	<b>Nombres y Apellidos:</b> XXX	<b>Relación con el Contratante:</b> XXXXXXXXXX
	<b>Tipo y Número de documento:</b> XXX	
	<b>Fecha de Nacimiento:</b> XXX	
	<b>Nacionalidad:</b> XXX	
	<b>Domicilio y Teléfono:</b> XXXX	
<b>Profesión/ Ocupación::</b> XXXX		

**COBERTURA DEL SEGURO**

<b>Vigencia del contrato de seguro:</b> La duración del contrato de seguro se extiende de manera indefinida.	<b>Inicio:</b> El contrato de seguro queda celebrado con el consentimiento de las partes expresado mediante la emisión y aceptación de la solicitud de seguro.
	<b>Termino:</b> El contrato tiene vigencia indefinida

<b>Vigencia de la cobertura del seguro:</b>	<b>Inicio:</b> Desde las 00.00 horas del xx/xx/xxxx De conformidad con el artículo 6 de las Condiciones Generales, la vigencia del certificado se encuentra sujeta a que la póliza este vigente, el pago de las primas correspondientes se encuentre al día y que el Asegurado haya sido declarado por el Contratante. La falta de pago oportuno implica la suspensión automática de la cobertura y puede ocasionar la resolución del certificado.
	<b>Termino:</b> Hasta las 00.00 horas del xx/xx/xxxx
<b>Descripción del interés asegurado:</b> 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.	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Monto de la prima:</b> La prima es pagada por el Contratante.</li> </ul>	<b>Forma de pago de la prima:</b> Según lo establecido con el Contratante.
<b>Lugar de pago de la prima:</b> La prima es pagada por el Contratante.	
<b>Riesgos cubiertos:</b>	<b>Exclusiones:</b>
1 Pensiones de Supervivencia	Protecta Security queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en los siguientes casos:  a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por la Aseguradora que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de Asegurado Obligatorio no hubiera estado asegurado.
2 Pensiones de Invalidez	b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.  c) La muerte o invalidez de los Asegurados asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización

3	<b>Gastos de Sepelio</b>	<p>Previsional (ONP).</p> <p>d) La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.</p> <p>e) Asimismo, no serán objeto de cobertura aquellos eventos que no sean considerados accidentes de trabajo previstos en el Artículo 2.3 del Decreto Supremo N° 003-98-SA.</p>
<b>Valores declarados y sumas aseguradas debidamente cuantificada:</b>		<b>Deducibles, franquicias o similares:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante el presente contrato Protecta Security se compromete a otorgar cobertura a los Asegurados al servicio de El Contratante, en caso de un siniestro derivado de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales no cubierto por el régimen de pensiones a cargo de la ONP y/o AFP, por las prestaciones de:</li> <li>• Pensión o indemnización de invalidez total o parcial y temporal o permanente,</li> <li>• Pensión de sobrevivencia y,</li> <li>• Reembolso de gastos de sepelio</li> </ul> <p>Conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo 003-98-SA. y sus normas complementarias o modificatorias.</p>		No se consideran.
<p><b><u>AVISO Y CALIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES:</u></b></p> <p>Al producirse un accidente de trabajo o al diagnosticarse una enfermedad profesional que dé o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de la presente póliza, el Contratante, Asegurado o Beneficiario deberá avisar a Protecta Security dentro del término máximo de 48 horas de la ocurrencia de este, utilizando para tal fin el formulario que para efecto se le suministra. El Contratante será responsable de la veracidad de los datos y de la información que consigne en el formulario.</p> <p>A) En caso de Accidentes de Trabajo:</p> <p>El Contratante deberá informar lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fecha y hora del accidente.</li> <li>b. Nombre y apellidos del Asegurado.</li> <li>c. Documento de Identidad del Asegurado.</li> <li>d. Edad del Asegurado.</li> <li>e. Domicilio del Asegurado.</li> <li>f. Labor desempeñada por el Asegurado.</li> <li>g. Lugar y circunstancias en que ocurrió el accidente.</li> <li>h. Nombre y domicilio de los testigos.</li> </ol> <p>B) En caso de una Enfermedad Profesional:</p>		

**El Contratante deberá comunicar por escrito a Protecta Security el diagnóstico de la enfermedad profesional o la ocurrencia que la evidencie, lo que ocurra primero, conforme a lo establecido en el Artículo 25.3 del Decreto Supremo N° 003-98 SA.**

Los documentos señalados en el artículo 10 de las Condiciones Generales serán suministrados por el Contratante, el Asegurado víctima del accidente de trabajo o de sus Beneficiarios, según sea el caso, a fin de obtener la cobertura correspondiente. En caso de fallecimiento, Protecta Security se reserva el derecho de exigir la necropsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, de acuerdo a Ley. Dicho requerimiento se efectuará dentro del plazo previsto normativamente para la atención de la solicitud de cobertura y pago de siniestro.

**PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS.**

**Pensión de Invalidez:** El Asegurado debe proceder de la siguiente manera:

Vencido el subsidio máximo de ley de 11 meses y 10 días a cargo del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el Asegurado deberá presentar en la oficina principal de Protecta Security los siguientes documentos completos en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de pensión de invalidez por accidente de trabajo o por enfermedad profesional en el formato que designe Protecta Security.
- c) En caso corresponda, el Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente. Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones de alta o baja del paciente.
- d) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal emitido por el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- e) Documentos que sustenten el reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su reglamento.
- f) Declaración Jurada del Contratante y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 (doce) últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo de (ESSALUD). En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses, deberá acreditar la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.
- g) Parte o atestado policial, en caso hubiere.
- h) Dosaje Etílico y/o examen toxicológico, en caso hubiere.

Recibida la documentación antes indicada, en todos los casos el Asegurado pasará un examen médico a cargo de Protecta Security, quien asumirá el costo, para determinar el grado y naturaleza de su invalidez. La comunicación programando dicho examen médico será remitida al Asegurado en un plazo de cinco (5) días calendario. Además, podrá requerírsele al Asegurado la copia de su historia clínica completa sobre la enfermedad que generó la invalidez, que se estime necesaria. Si el Asegurado opta por no presentarse a las citas médicas programadas, Protecta Security procederá a evaluar el estado de salud del Asegurado sobre la base de la documentación médica que obra en su expediente.

Al fallecimiento del Asegurado que se encuentre percibiendo una pensión de invalidez, Protecta Security pagará los gastos de sepelio correspondientes e iniciará el pago de la pensión de sobrevivencia a sus beneficiarios, de acuerdo con el trámite correspondiente a cada prestación.

La pensión de invalidez a favor del Asegurado se devengará desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

Protecta Security se reserva el derecho de investigar los accidentes que puedan sufrir los Asegurados para determinar si les corresponde la cobertura contratada por esta póliza.

**Pensión de Sobrevivencia:** Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, sus Beneficiarios de ley deberán presentar los siguientes

documentos completos directamente a Protecta Security en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de pensión de sobrevivencia por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, en los formatos que designe Protecta Security.
- b) Certificado Médico de Defunción.
- c) Atestado Policial y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del Asegurado es a consecuencia de un accidente.
- d) Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su reglamento.
- e) Parte o atestado policial, en caso hubiere
- f) Partida y Acta de Defunción
- g) Documentos que acrediten la condición de beneficiario del Asegurado como tales.
- h) Dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda en función de su realización
- i) Declaración Jurada del Contratante y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 (doce) últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo de ESSALUD. En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses acreditará la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.

El plazo para la presentación de los beneficiarios de la pensión de sobrevivencia es de ciento veinte (120) días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del Asegurado. En este caso las pensiones devengan desde la fecha del siniestro - fecha de fallecimiento del Asegurado. Los beneficiarios que se presenten con posterioridad a este plazo no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.

Los certificados que acrediten la calidad de beneficiarios podrán ser exigidos por Protecta Security en cualquier momento. Asimismo, los beneficiarios deberán cumplir con acreditar su supervivencia según lo dispuesto por Protecta Security, en concordancia con lo establecido en el artículo 27.3 del D.S. N° 003- 98-SA.

Protecta Security se reserva el derecho de investigar los accidentes que puedan sufrir los Asegurados para determinar si les corresponde la cobertura contratada por esta póliza.

**Gastos de sepelio:** En caso del fallecimiento del Asegurado, como consecuencia inmediata del accidente de trabajo o enfermedad profesional, amparado y calificado por esta póliza, el interesado deberá presentar a Protecta Security los siguientes documentos completos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de gastos de sepelio en el formato que designe Protecta Security.
- b) Certificado de Defunción del Asegurado.
- c) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

Protecta Security pagará directamente al Asegurado o a sus beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus beneficiarios, o de notificada la resolución o laudo arbitral que corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al

padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de Protecta Security o la entidad que ésta designe.

Protecta Security se reserva el derecho de investigar los accidentes que puedan sufrir los Asegurados para determinar si les corresponde la cobertura contratada por esta póliza.

#### CONSIDERACIONES:

##### Modificación de las Condiciones Contractuales

De conformidad con el artículo 22 de las Condiciones Generales, cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguro durante la vigencia y de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión por escrito dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

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

- 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

##### Atención de consultas o Reclamos y Defensoría del Asegurado:

Las consultas o reclamos que desee presentar el **Asegurado y/o Beneficiarios**, 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 y/o Beneficiarios** es de treinta (30) días calendario..

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

- Atención al Cliente: Lima 391-3030 | 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 los siguientes medios podrán presentar alguna consulta y/o reclamo al **Comercializador**:

- Atención Telefónica: XXXX
  - E-mail: XXXXX
  - Página Web: XXXXX
  - Atención Presencial: XXXXX
- Horario de Atención:** XXXXXXXX

	En caso no estuviera conforme con la respuesta emitida por Protecta Security, el Contratante, el Asegurado o el Beneficiario también podrán 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 <a href="http://www.defaseg.com.pe">www.defaseg.com.pe</a> , 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	<b>Comunicación de la agravación del riesgo asegurado:</b> Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Contratante se encuentra obligado a informar a Protecta Security de los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
4	El <b>Asegurado</b> 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 <b>Asegurado</b> .

**FECHA DE EMISION:** DD/MM/AAAA

---

**PROTECTA SECURITY**

**COMPAÑÍA DE SEGUROS**

## RESUMEN

### SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO – PENSIÓN PÓLIZA N° XXXXXX

#### 1. EMPRESA DE SEGUROS

**DENOMINACION O RAZON SOCIAL:**

PROTECTA SECURITY S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (en adelante "Protecta Security")

**RUC:** 20517207331

**DOMICILIO:** Av. Domingo Orué Nro.165 (Piso 8), Provincia y Departamento de Lima, Distrito de Surquillo

**TELÉFONO:** Lima 391-3030 - Provincias 0-801-1-1278

**CORREO ELECTRÓNICO:** clientes@protectasecurity.pe

**PAGINA WEB:** [www.protectasecurity.pe](http://www.protectasecurity.pe)

#### 2. RIESGOS CUBIERTOS

Pensión de Invalidez

Pensión de Sobrevivencia

Gastos de Sepelio

#### 3. SUMA ASEGURADA.

La Remuneración Máxima Asegurable vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

#### 4. EXCLUSIONES.

Protecta Security queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en los siguientes casos:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por la Aseguradora que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los Asegurados asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) La muerte del Asegurado producida durante el periodo de subsidio por incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- e) Asimismo, no serán objeto de cobertura aquellos eventos que no sean considerados accidentes de trabajo previstos en el Artículo 2.3 del Decreto Supremo N° 003-98-SA

#### 5. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: RESOLUCIÓN Y RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Son las indicadas en el artículo 07 de las Condiciones Generales.

#### 6. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS

**6.1. Pensión de Invalidez:** El Asegurado debe proceder de la siguiente manera:

Vencido el subsidio máximo de ley de 11 meses y 10 días a cargo del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el Asegurado deberá presentar en la oficina principal de Protecta Security los siguientes



documentos completos en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de pensión de invalidez por accidente de trabajo o por enfermedad profesional en el formato que designe Protecta Security.
- b) En caso corresponda, el Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Asegurado, expresando, las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente.
- c) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones de alta o baja del paciente.
- d) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal emitido por el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- e) Documentos que sustenten el reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su reglamento.
- f) Declaración Jurada del Contratante y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 (doce) últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo de (ESSALUD). En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses, deberá acreditar la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.
- g) Parte o atestado policial, en caso hubiere.
- h) Dosaje Étílico y/o examen toxicológico, en caso hubiere.

Recibida la documentación antes indicada, en todos los casos el Asegurado pasará un examen médico a cargo de Protecta Security, quien asumirá el costo, para determinar el grado y naturaleza de su invalidez. La comunicación programando dicho examen médico será remitida al Asegurado en un plazo de cinco (5) días calendario. Además, podrá requerírsele al Asegurado la copia de su historia clínica completa sobre la enfermedad que generó la invalidez, que se estime necesaria. Si el Asegurado opta por no presentarse a las citas médicas programadas, Protecta Security procederá a evaluar el estado de salud del Asegurado sobre la base de la documentación médica que obra en su expediente.

Al fallecimiento del Asegurado que se encuentre percibiendo una pensión de invalidez, Protecta Security pagará los gastos de sepelio correspondientes e iniciará el pago de la pensión de sobrevivencia a sus beneficiarios, de acuerdo con el trámite correspondiente a cada prestación.

La pensión de invalidez a favor del Asegurado se devengará desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

Protecta Security se reserva el derecho de investigar los accidentes que puedan sufrir los Asegurados para determinar si les corresponde la cobertura contratada por esta póliza.

**6.2 Pensión de Sobrevivencia:** Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, sus Beneficiarios de ley deberán presentar los siguientes documentos completos directamente a Protecta Security en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de pensión de sobrevivencia por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, en los formatos que designe Protecta Security.
- b) Certificado Médico de Defunción.
- c) Atestado Policial y Certificado de Necropsia, si el fallecimiento del Asegurado es a consecuencia de un accidente.
- d) Parte o atestado policial, en caso hubiere.

- e) Partida y Acta de Defunción.
- f) Documentos que acrediten la condición de beneficiario del Asegurado como tales.
- g) Dosaje etílico y examen toxicológico, en caso corresponda en función de su realización
- h) Declaración Jurada del Contratante y de anteriores empleadores del Asegurado, de ser el caso, en la(s) que se acredite(n) las 12 (doce) últimas remuneraciones percibidas por el Asegurado hasta la fecha de inicio de las prestaciones de invalidez, incluyendo los subsidios por incapacidad temporal que hubiere percibido a cargo de ESSALUD. En caso de que el Asegurado hubiere contado con una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses acreditará la Remuneración Mensual por el número de meses laborados, en función de los cuales se calculará su pensión.

El plazo para la presentación de los beneficiarios de la pensión de sobrevivencia es de ciento veinte (120) días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del Asegurado. En este caso las pensiones devengan desde la fecha del siniestro - fecha de fallecimiento del Asegurado. Los beneficiarios que se presenten con posterioridad a este plazo no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión.

Los certificados que acrediten la calidad de beneficiarios podrán ser exigidos por Protecta Security en cualquier momento. Asimismo, los beneficiarios deberán cumplir con acreditar su supervivencia según lo dispuesto por Protecta Security, en concordancia con lo establecido en el artículo 27.3 del D.S. N° 003-98-SA.

Protecta Security se reserva el derecho de investigar los accidentes que puedan sufrir los Asegurados para determinar si les corresponde la cobertura contratada por esta póliza

**6.3 Gastos de sepelio:** En caso del fallecimiento del Asegurado, como consecuencia inmediata del accidente de trabajo o enfermedad profesional, amparado y calificado por esta póliza, el interesado deberá presentar a Protecta Security los siguientes documentos completos, en original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de gastos de sepelio en el formato que designe Protecta Security.
- b) Certificado de Defunción del Asegurado.
- c) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

Protecta Security pagará directamente al Asegurado o a sus beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Asegurado o a sus beneficiarios, o de notificada la resolución o laudo arbitral que corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación de la resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de Protecta Security o la entidad que ésta designe.

Protecta Security se reserva el derecho de investigar los accidentes que puedan sufrir los Asegurados para determinar si les corresponde la cobertura contratada por esta póliza.

## **7. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES**

### **a) Durante la vigencia del contrato:**

Cualquier modificación de los términos contractuales del Contrato de Seguros durante la vigencia de la Póliza, deberá ser previamente comunicada por escrito al Contratante por los mecanismos pactados entre las partes, quien tiene derecho a analizar la propuesta y comunicar su decisión por escrito dentro del plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue notificada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.

### **b) A la renovación automática del contrato:**

Cuando Protecta Security decida incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro, deberá cursar aviso por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta, caso contrario, se entiende aceptadas las nuevas condiciones propuestas, por lo que Protecta Security emitirá la nueva póliza con las modificaciones en caracteres destacados.

En caso de seguros grupales, Protecta Security deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante y éste deberá poner en conocimiento de los Asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato, conforme a los procedimientos antes indicados, según corresponda.

## **8. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Son las indicadas en el artículo 25 de las Condiciones Generales.

## **9. ATENCION DE SINIESTROS.**

Protecta Security atenderá los avisos de siniestro de los Asegurados a través de la Plataforma de Atención al Cliente. El Asegurado o sus Beneficiarios pueden presentar su aviso:

- 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

## **10. ATENCIÓN DE CONSULTAS O RECLAMOS Y DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

Las consultas o reclamos que desee presentar el Asegurado y/o Beneficiarios 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 y/o Beneficiarios es de treinta (30) días calendario.

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

- Atención al Cliente: Lima 391-3030 | 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 los siguientes medios podrá presentar alguna consulta y/o reclamo al Comercializador:

- Atención Telefónica: XXXX
  - E-mail: XXXXX
  - Página Web: XXXXX
  - Atención Presencial: XXXXX
- Horario de Atención: XXXXXXXX

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 Superintendencia Nacional de Salud, llamando al 372-6127 o en [www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.gob.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), en caso corresponda.

#### **11. SUSALUD.**

El Asegurado y/o Beneficiarios también podrán realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la Superintendencia Nacional de Salud, llamando al 372-6127 o mediante su página web [www.susalud.gob.pe](http://www.susalud.gob.pe).

#### **12. DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS O CARENCIAS.**

La presente póliza no se encuentra sujeta a ningún deducible, franquicia, copago ni período de carencia que pueda representar una carga para el Asegurado o su beneficiario.

#### **13. ALCANCES:**

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**

#### **IMPORTANTE:**

Durante la vigencia del contrato de seguro, el Contratante se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

**SOLICITUD DEL SEGURO****SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSIÓN****PÓLIZA N° XXXXXXXXX****Código SBS VI2097700027 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

La entrada en vigor del presente 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 SECURITY S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (en adelante “Protecta Security”)

**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:**

clientes@protectasecurity.pe

**CONTRATANTE DEL SEGURO****Denominación o Razón Social:** XXXX**RUC:** XXX**Domicilio:**

XXX

**Teléfono:** XXX**Provincia:** XXX**Departamento:** XXXX**Actividad Económica:** XXXX**Código CIU:** XXXX**Cargo en la empresa Contratante:** XXX**Correo electrónico:** XXXXX**DATOS DE LOS ASEGURADOS (\*)****Tipo de Riesgo o Categoría****Número de Asegurados****Total Planilla**

XXXX

XXX

XXXXX

XXXX

XXX

XXXXX

XXXX

XXXX

XXXXX

Actividad de Riesgo: XXXXX

(\*) Se adjunta relación de Trabajadores en el Anexo a la presente Solicitud.

**COBERTURA DEL SEGURO**

Vigencia de la cobertura del seguro:

Desde las 0.00 horas del \_\_/\_\_/\_\_ hasta las 0.00 horas del \_\_/\_\_/\_\_.

**FRECUENCIA, FORMA Y LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA**

Frecuencia de pago de la prima:

XXXX

Forma de pago de la prima:

XXXX

Lugar de pago de la prima:

XXXXXX

**Coberturas Principales por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales**

Pensión de sobrevivencia

Pensión de invalidez

Gastos de Sepelio.

**BENEFICIO MAXIMO**

Remuneración máxima asegurable vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro

**Exclusiones:**

Protecta Security queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en los siguientes casos:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por la Aseguradora que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de Asegurado Obligatorio no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los Asegurados asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) La muerte del Asegurado producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- e) Asimismo, no serán objeto de cobertura aquellos eventos que no sean considerados accidentes de trabajo

previstos en el Artículo 2.3 del Decreto Supremo N° 003-98-SA.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

1 **Lugares autorizados para solicitar la cobertura del seguro:**

- 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

#### DECLARACIONES

El **Contratante** declara que las respuestas consignadas en el presente documento son completas y verdaderas, que es de su conocimiento que cualquier declaración inexacta u ocultación efectuada con dolo o culpa inexcusable generará la pérdida de todos los beneficios de este seguro.

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

1) El Contratante declara haber tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales del **Seguro de Complementario de Trabajo de Riesgo**, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Endosos, Cláusulas, Certificados 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° 4123-2019 – Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros y la Resolución de la SBS N° 3198-2013 – Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros..

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

2) 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 Protecta Security - al acceso de dicha información, bajo el marco antes señalado.

#### IMPORTANTE

**Protecta Security** está en la obligación de entregar los Certificados de Seguro, sino media rechazo previo de la misma.

**Protección de Datos Personales:** El Contratante 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 del Contratante.

Asimismo, el Contratante 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 del Contratante. Para ello, Protecta Security manifiesta que la base de datos donde se almacenan los datos personales del Contratante cuenta con estrictas medidas de seguridad.

Asimismo, las partes acuerdan que el Contratante podrá dirigirse a las oficinas de Protecta Security 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.

Otorgo mi consentimiento para que Protecta Security actúe de acuerdo con lo señalado en esta Cláusula: SI      NO

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



**ANEXO**  
**SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO – PENSIÓN**

**RELACION DE TRABAJADORES**

**Contratante:**

**RUC:**

**Moneda:**

**Vigencia:**

Tipo de documento	N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Sexo	Fecha Nac.	Tipo de Trabajador	Sueldo Bruto	Sede (*)	Tipo de Movimiento (*)	País de Nacimiento (*)
xxl	xxx	xx	xx	x	x	xx	xx	xxx	xx	xxx	xx

(\*) campos no obligatorios