SEGUROS

sura

RESUMEN DE PÓLIZA
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.
(Registro SBS: VI2057120011)

Seguros SURA, la Compañía Aseguradora, emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen del Seguro de Vida Dotal Simple conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE PRIMA:

Será pagada de forma anual anticipada, mediante débito automático de la tarjeta de crédito del Contratante, conforme a la autorización otorgada por este último.

MEDIO Y PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO

El Contratante y/o Beneficiarios y/o Asegurado deben dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora dentro de los siete (7) días calendario siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o desde que se toma conocimiento del beneficio - Art. 17° Condiciones Generales.

LUGARES PARA SOLICITAR COBERTURA DEL SEGURO:

Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro
Arequipa: Av. Ejercito 107-B Yanahuara
Piura: Calle Tacna 307
Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced

CARGAS:

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 derechos. Sugerimos revisar su póliza para evitar el incumplimiento de dichas obligaciones.

INFORMACIÓN SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, Contratante y/o el el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

COBERTURAS DE LA PÓLIZA:

Fallecimiento del asegurado.
Asimismo, esta póliza podrá tener coberturas adicionales según la elección del Contratante, las cuales están indicadas en las Condiciones Particulares. Po otro lado, se contempla la cobertura de sobrevivencia, siendo que dicha cobertura no es aplicable para Seguro de Vida Temporal Simple, y Seguro de Vida Entera.

PRINCIPALES EXCLUSIONES:

a. **Suicidio. Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.**
b. **Su participación como autor o partícipe bajo cualquier forma o modalidad en un acto delictivo.**
c. **Uso de estupefacientes y/o drogas.**
d. **Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o bajo los efectos de drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0.5 gr/lt. al momento de un accidente que cause el fallecimiento.**
e. **Realización o participación de una actividad riesgosa o deporte riesgoso.**
f. **Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza**

Para mayor detalle revisar artículo 9° de las Condiciones Generales.

CONDICIONES DE ACCESO Y LÍMITES DE PERMANENCIA:

Son asegurables conforme a esta póliza, las personas desde los 18 años de edad.

La edad máxima de ingreso al seguro, es hasta 66 años, 5 meses y 29 días, y la edad máxima de permanencia será de 84 años, 5 meses y 29 días.

SEGUROS SURA V°B° LEGAL

SEGUROS SURA Juan Barrios

SEGUROS SURA Carlos Rivera

De contratarse alguna de las coberturas adicionales, la edad máxima de permanencia para cualquiera de ellas será 74 años, 5 meses y 29 días.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN:

La resolución deja sin efecto el contrato de seguros celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por falta de pago de la prima en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
b) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
c) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía Aseguradora. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.
e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días antes señalado.
f) En caso sean distintas las personas del Contratante y del Asegurado y este último comunique a la Compañía Aseguradora, por escrito, la revocación de su consentimiento de mantener su condición de Asegurado de la presente Póliza. La resolución por la presente causal operará desde la recepción de la citada comunicación por parte de la Compañía Aseguradora.
g) En caso de vencimiento de alguna de las cuotas del préstamo indicado en la cláusula 13.4. del presente contrato y luego de transcurridos noventa (90) días de dicho vencimiento, en caso el Contratante y/o Asegurado haya ejercido dicho derecho.
h) En caso de ejercitar la opción "Valor de Rescate", conforme a lo indicado en la cláusula 13.1 del presente contrato.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los literales b) y c) operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de este.

En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al período efectivamente cubierto.

En los supuestos señalados en los literales d) y h) la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante y/o Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b), c) y e) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

En el supuesto señalado en el literal f) la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo que el contrato tuvo vigencia.

SEGUROS SURA V°B° LEGAL

En el supuesto señalado en el literal g) se aplicará lo establecido en la cláusula 13.4.
Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán de la siguiente manera:

(i) Para los supuestos establecidos en los literales d), f) y h) el Contratante deberá presentar una solicitud de manera presencial a través de las plataformas de atención ubicadas en las oficinas de la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al cliente sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.

(ii) Para los supuestos establecidos en los literales a), b), c) y e) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante y/o Asegurado sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución, con abono a la cuenta del cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

MODIFICACIÓN DEL CONTRATO:

Asimismo, durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía Aseguradora respetará los términos pactados originalmente.

PROCEDIMIENTO Y LUGAR PARA PRESENTAR UN RECLAMO:

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios podrán presentar un reclamo mediante carta, correo electrónico o completando el "Formato de Reclamos Escritos" que podrá solicitar en nuestra área de Servicio al Cliente. El reclamo será respondido en 30 días calendario, prorrogables de ser el caso.
Los lugares para interponer reclamos son los siguientes:

Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro
Arequipa: Av. Ejercito 107-B Yanahuara
Piura: Calle Tacna 307
Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced

Horario de Atención:
Lima y Provincias - De Lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.

Web:
https://www.sura.pe

Correo electrónico:
servicioalcliente.seguros@sura.pe

Servicio al cliente: 222 7777 / 0800-11117 (línea gratuita).

SOLICITUD DE COBERTURA:

Para la Solicitud de Cobertura, dentro de los noventa (90) días calendario contados desde el aviso del Siniestro los Beneficiarios deberán presentar en las oficinas de la Compañía Aseguradora la documentación establecida en el artículo 17° del Condicionado General.

En caso el asegurado sobreviva al periodo pactado en las condiciones particulares, y siempre que cumpla con los términos y condiciones de cobertura, El contratante deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de su Documento Nacional de identidad. Dicha cobertura no es aplicable para Seguro de Vida Temporal Simple, Seguro de Vida Entera.

INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS SEGÚN CORRESPONDA:

- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS.
- Defensoría del Asegurado.
- INDECOPI.

SEGUROS SURA V°B° LEGAL

SEGUROS
SOLICITUD DE VIDA INDIVIDUAL

sura

Nº de Solicitud: Nº 00000	Nº de Póliza:	Fecha de Recepción:
Nombre Producto: Sucursal:	Fecha de Solicitud:	Fecha Inic. Vigencia:

1. CONTRATANTE

1.1. PERSONA NATURAL

Apellido paterno, materno, nombres: | Tipo de Documento: DNI / CE

Nacionalidad: | Sexo: ☐ M ☐ F | Residente: ☐ Sí ☐ No | Fuente de Ingresos: ☐ Dependiente ☐ Independiente

Teléfono Casa: | Teléfono Celular: | Correo Electrónico: | Rel. con el Asegurado:

Ingreso Neto Mes ☐ Dólares ☐ Soles | Dirección Legal: (Av., Calle, Dpto., Of.) | Distrito:

Provincia: | Departamento: | Dirección de Correspondencia: (Av., Calle, Dpto., Of.)

Distrito: | Provincia: | Departamento:

A. PERSONA NATURAL - INDEPENDIENTE

Nº de RUC: | Giro del negocio: | Código CIIU:

B. PERSONA NATURAL - DEPENDIENTE

Centro Laboral: | Sector Laboral: ☐ Público ☐ Privado | Ocupación, Prof, Ofic.: | Cargo:

1.2. PERSONA JURÍDICA

Razón Social: | Objeto Social: | RUC: | Código CIIU:

Personas Jurídicas vinculadas:

Datos del Representante:

Apellido paterno, materno, nombres: | Tipo de Documento: DNI / CE

Nacionalidad: | Sexo: ☐ M ☐ F | Residente: ☐ Sí ☐ No | Fuente de Ingresos ☐ Dependiente ☐ Independiente

Teléfono: | Teléfono Celular: | Correo Electrónico: | Rel. con el Asegurado:

Dirección Legal: (Av., Calle, Dpto., Of.) | Distrito:

Provincia: | Departamento: | Dirección de Correspondencia: (Av., Calle, Dpto., Of.)

Distrito: | Provincia: | Departamento:

SVI-03/2016

SEGUROS SURA Carlos Rivero

SEGUROS SURA Carlos Azcoache

SEGUROS SURA

¿Recibe trasferencias de dinero desde otros países ocasional o frecuentemente? ☐ Sí ☐ No | Indique el país:

2. ASEGURADO

Apellido paterno, materno, nombres: | Tipo de Documento: DNI / CE

Nacionalidad: | Sexo: ☐ M ☐ F | Residente: ☐ Sí ☐ No | Fuente de ingresos: ☐ Dependiente ☐ Independiente

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Conviviente ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) | Teléfono Casa:

Teléfono Celular: | Correo Electrónico: | Dirección Legal: (Av., Calle, Dpto., Of.)

Distrito: | Provincia: | Departamento:

Dirección de Correspondencia: (Av., Calle, Dpto., Of.) | Distrito: | Provincia:

Departamento: | Fecha de Nacimiento: | Edad:

A. PERSONA NATURAL - INDEPENDIENTE

Nº de RUC: | Giro Comercial: | Código CIIU:

B. PERSONA NATURAL - DEPENDIENTE

Centro Laboral: | Sector Laboral: ☐ Público ☐ Privado | Ocupación, Prof, Ofic. | Cargo:

Comentarios / Observaciones: Incluir fecha y firma

3. INTERMEDIARIO

Tipo: ☐ Promotor / FFVV ☐ Corredor | Código / REG SBS: | Apellido paterno, materno, nombres / Razon social:

4. COBERTURA BASE

Plan de Seguro:	Capital Asegurado: ☐ Dólares ☐ Soles	Período de Pago:	Tasa por mil:	Prima: ☐ Dólares ☐ Soles

5. COBERTURA(S) ADICIONAL(ES)

Plan de Seguro:	Capital Asegurado: ☐ Dólares ☐ Soles	Período de Pago:	Tasa por mil:	Prima: ☐ Dólares ☐ Soles

SEGUROS SURA 03/2016 Carlos Rivera

6. PRIMA TOTAL (INCLUYE TODAS LAS COBERTURAS)

(*) Prima Comercial: | Perioricidad de pago de prima: | Prima según Perioricidad pactada:

(*) Prima igual o mayor a $10,000 ó a su equivalente en soles al tipo de cambio registrado en la SBS. IGV no aplicable. Incluye gastos de promotores y/o corredores y/o comercializadores, según corresponda. Solicitar Declaración Jurada Patrimonial (Según resolución Res. SBS 838 - 2008 Normas de Prevención de LAFT)

(**)Prima Principal	Prima Excedente	Perioricidad de pago de prima	Prima Excedente
☐ Fondo conservador ☐ Fondo moderado ☐ Fondo de Capitalización	☐ Fondo conservador ☐ Fondo moderado ☐ Fondo de Capitalización		

(**) Solo aplica para productos de vida con inversión.

7. COBRANZA DE PRIMA

Periodicidad de Pago:
☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Modalidad de Pago:
☐ Cargo en cuenta o Tarjeta de Crédito ☐ Cupones

Si elegiste cargo automático deberás llenar el formato de autorización de débito en cuenta o tarjeta de crédito.

8. 1ra. CUOTA PRIMA PAGADA

Monto:	Moneda: ☐ Dólares ☐ Soles	Banco:	Tarjeta:

Forma de Pago:
☐ Tarjeta ☐ Cheque ☐ Boleta de Depósito ☐ Transferencia

Nº de Cheque / Boleta de Depósito:

9. BENEFICIARIOS

Ord. Prelac: Sí ☐ No ☐ (Si escoge "NO", se pagará de manera equitativa entre los beneficiarios indicados)

Opción:	Apellido paterno, materno, nombres / Razón social:	Relac. con el Asegurado:	Edad:	% Part.:
1.				
2.				
3.				
4.				

Beneficiario Contingente:	Apellido paterno, materno, nombres / Razón social:	Relación con el Asegurado:

9.1 DATOS COMPLEMENTARIOS DE LOS BENEFICIARIOS (en el orden indicado en el punto 9)

DNI:	Dirección / Distrito / Provincia / Departamento:	Correo Electrónico:
1.		
2.		
3.		
4.		

10. DATOS COMPLEMENTARIOS

Empresa donde trabajas:	Giro de la Empresa:	Actividad que desarrollas:

Especifique y detalle sus funciones, en qué consiste su actividad laboral:

Lugar donde trabajas: ☐ Oficina ☐ Campo ☐ Ambos ☐ Otro:	Distrito:	Provincia:	Departamento:

¿Has desempeñado algún cargo público o función pública en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No	Cargo:	Institución:

¿Practicas algún(os) deporte(s)?	¿Profesional?	¿Cuál(es)?			
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Fútbol	☐ Tenis	☐ Voleibol	☐ Basket
		☐ Natación	☐ Otros:	☐ Frontón	

SVI-03/2016

SEGUROS SURA Carlos Rivera

Seguros Sura Carlos Azcoache

SEGUROS SURA

¿Practicas algunos de los siguientes deportes riesgosos? (por favor completa el cuestionario respectivo si lo requiere)
☐ Sí ☐ No

¿Cuál(es)?
☐ Artes marciales, boxeo (que impliquen contacto) ☐ Montañismo o escalada ☐ Ala delta
☐ Paracaidismo, parapente ☐ Automovilismo ☐ Carrera de velocidad (moto-lancha)
☐ Motonaútica ☐ Aviación deportiva ☐ Esquí (acuático y de nieve)
☐ Bungee Jumping, puenting o variación de salto al vacio ☐ Canopy ☐ Rappel ☐ Rafting
☐ Kayak ☐ Trekking ☐ Equitación ☐ Cacería ☐ Ciclismo en montaña o en pista
☐ Downhill ☐ Otros:

¿Practicas alguna actividad riesgosa?
☐ Sí ☐ No

¿Cuál(es)?
☐ Manejo de explosivos ☐ Minería subterránea

☐ Trabajos en altura o líneas de alta tensión ☐ Servicio de seguridad y vigilancia público o privado

☐ Corrida de toros ☐ Manejo de armas de fuego ☐ Equipo de rescate, bombero ☐ Otros:

¿Haces uso de la aviación?
☐ Sí ☐ No

Como:
☐ Piloto ☐ Pasajero ☐ Ambos ☐ Otro:

Tipo de avión:
☐ Comercial ☐ Civil ☐ Militar

Frecuencia:
☐ Anual ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Otro:

11. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

¿Has padecido, tienes conocimiento de padecer o has requerido tratamiento por:

Sí No

☐ ☐ a) Fiebres continuas, vértigos, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis de cualquier tipo, pérdida de conocimiento, coma, TEC, dolores de cabeza severos o jaquecas, accidente vascular encefálico, derrame cerebral, crisis isquémicas transitorias, encefalitis o cualquier enfermedad neurológica, tumores benignos, tumores malignos o cáncer del cerebro o medula espinal; depresión, tratamiento con médico psiquiatra o psicólogo, o cualquier enfermedad del sistema nervioso?

☐ ☐ b) Asma, enfisema, bronquitis, neumonía, neumotórax, pleuresía, tuberculosis, tos persistente, ronquera crónica, tumores benignos, tumores malignos o cáncer; o cualquier otra enfermedad de los pulmones, bronquios, o sistema respiratorio?

☐ ☐ c) Hipertensión arterial, angina o dolor en el pecho, infarto cardíaco, enfermedad coronaria, by pass o angioplastía coronaria, soplo cardíaco, enfermedad reumática, arritmias, u otra enfermedad cardiovascular, colesterol alto, sobrepeso u obesidad?

☐ ☐ d) Várices o tromboflebitis de extremidades inferiores u otras enfermedades del sistema nervioso o arterial?, linfoma, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, leucemia, aplasia medular o cualquier otra enfermedad de la sangre, del bazo o médula ósea?

☐ ☐ e) Ictericia, hepatitis, cirrosis, elevación de enzimas hepáticas, daño hepático crónico, úlcera, colitis ulcerosa, diverticulitis, hernia, hemorroides, tumores benignos, tumores malignos o cáncer; otra enfermedad del estómago, intestino, hígado, vesícula o páncreas?

☐ ☐ f) Pielonefritis, nefritis, cálculos renales, nefrectomía, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, tumores benignos, tumores malignos o cáncer, malformación de los riñones y/o de las vías urinarias, diálisis; vejiga, testículo o próstata?

☐ ☐ g) Mioma uterino, quistes ováricos benignos, displasia mamaria, endometriosis, anexitis, enfermedades de transmisión sexual venéreas o SIDA, VIH, tumores benignos, tumores malignos ó cáncer o cualquier otra enfermedad de los órganos de la reproducción o mamas?

☐ ☐ h) Enfermedades de la piel, lesiones ulceradas, psoriasis, herpes Zoster o simple, tumores benignos, tumores malignos ó cáncer?

☐ ☐ i) Cualquier enfermedad infectocontagiosa en edad adulta (sarampión, varicela, rubéola, paperas, fiebre tifoidea, meningitis), infecciones tropicales (malaria, etc.), Hepatitis Viral B, Hepatitis Viral C?

☐ ☐ j) Artritis, gota, ciática, lumbago, ciática, tumores benignos, tumores malignos o cáncer o cualquier enfermedad, o traumatismo de huesos o músculos?

SVI-03/2016

SEGUROS SURA
Carlos Rivera

☐ ☐ k) Diabetes, hiperglicemia, intolerancia a la glucosa, azúcar en la sangre y orina; tumores benignos, tumores malignos, cáncer o enfermedades de la tiroides, bocio o una alteración endocrina?

☐ ☐ l) Cáncer, quistes, tumores benignos o malignos, nódulos, pólipos o enfermedades a los ganglios linfáticos?

☐ ☐ m) Enfermedades a los ojos, oídos, nariz o garganta, alguna anormalidad, deformación, defecto físico, amputación o alteración funcional de algún miembro, enfermedades o condiciones relacionadas a las articulaciones, columna vertebral o de los discos intervertebrales tales como artritis, reumatismo, dolores de espalda, articulaciones, tumores benignos, tumores malignos, cáncer, o cualquier padecimiento o trauma relacionado a la columna vertebral (paraplejia)?

☐ ☐ n) Se te ha planteado la posibilidad futura de requerir un trasplante de órgano o te encuentras actualmente en proceso de selección para recibir un trasplante?

☐ ☐ ñ) Has recibido alguna indemnización o pensión por enfermedad o impedimento de cualquier tipo?

☐ ☐ o) Has tenido descanso médico por un período superior a 2 meses, sin considerar pre y post natal?

☐ ☐ p) Has recibido o estás recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción o ha hecho uso o consume morfina, cocaína, LSD, marihuana u otro narcótico?

☐ ☐ q) Cualquier otra enfermedad que no haya sido arriba mencionada o te encuentres actualmente en proceso de estudio diagnóstico para cualquier enfermedad?

☐ ☐ r) Tu capacidad de trabajo está reducida?

☐ ☐ s) Has sido víctima de algún accidente grave o intoxicación?

☐ ☐ t) Se te ha recomendado no donar sangre?

☐ ☐ u) Tienes alguna anomalía de constitución deformación, amputación, u otro defecto físico?

☐ ☐ v) Tienes conocimientos de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario?

☐ ☐ w) Has recibido, alguna indemnización o pensión por enfermedad o impedimento de cualquier tipo, o una licencia médica, por un periodo superior a dos (02) meses o licencias reiteradas por el mismo diagnóstico? Especificar el motivo: _____

☐ ☐ x) Has requerido hospitalización con o sin intervención quirúrgica?

☐ ☐ y) Has recibido alguna vez transfusión de sangre?

☐ ☐ z) Actualmente estás tomando algún medicamento? Especificar causa _____

En caso de responder sí a cualquiera de las preguntas arriba indicadas, sírvete especificar:

Letra:	Diagnóstico / Causa:	Mes / Año:	Tratamiento actual: ☐ Sí ☐ No	Fech. últ. episodio:	Nomb. del Médico Tratante / Centro Méd.
			☐ Sí ☐ No		
			☐ Sí ☐ No		
			☐ Sí ☐ No		

12. CONSUMO DE CIGARRILLOS U OTROS

¿Fumas actualmente o has fumado cigarrillos, pipas, puros, etc en los últimos 24 meses? ☐ Sí ☐ No

Cantidad a la semana: _____ Tipo: _____

¿Tienes intención de volver a fumar o empezar a hacerlo? ☐ Sí ☐ No

13. ESTATURA Y PESO

Completa los siguientes datos: Estatura: _____ mts. Peso: _____ kg.

14. ¿TU PESO HA AUMENTADO O DISMINUIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

☐ Sí ☐ No	¿Cuánto?	Aumentado: Kg.	Disminuido: Kg.

15. HISTORIA FAMILIAR

¿Tienes familiares directos (padre / madre / hermanos), vivos o fallecidos, con alguna(s) de la(s) siguientes enfermedades o causa de fallecimiento? ☐ Sí ☐ No

☐ 1. Diabetes ☐ 2. Tuberculosis ☐ 3. Hipertensión ☐ 4. Cáncer
☐ 5. Enf. Cardíaca ☐ 6. SIDA ☐ 7. Insuf. Renal ☐ 8. Suicidio

Parentesco:	Vivo:	Fallecido:	Edad:	N° Enfermedades:	Diagnóstico / Causa:

16. CONSULTAS MÉDICAS

¿Has consultado a algún médico en los últimos años? ☐ Sí ☐ No | Motivo: ☐ Chequeo ☐ Enfermedad ☐ Accidente | Fecha de Consulta:

Diagnóstico: | Nombre del Médico / Centro Médico: | Tratamiento Recomendado:

17. SÓLO PARA SER CONTESTADO POR MUJERES

☐ Sí ☐ No ¿Estás actualmente embarazada? | Semanas:

☐ Sí ☐ No ¿Has sido sometida a cesárea? | Fecha:

☐ Sí ☐ No ¿Te has practicado el Papanicolao? | Resultado: ☐ Normal ☐ Anormal | Fecha:

☐ Sí ☐ No ¿Has tenido algún trastorno en los senos u órganos femeninos?

18. OBSERVACIONES DEL ASEGURADO

IMPORTANTE

1. La información brindada por el Asegurado y/o Contratante en la Solicitud, Declaración Personal de Salud, en sus elementos accesorios y/o complementarios y en el examen de laboratorio, son elementos integrantes del Contrato de Seguro. La cobertura solicitada entrará en vigencia a partir de la FECHA DE INICIO DE VIGENCIA y con el pago de la prima o cuota inicial, siempre que medie aceptación de la solicitud y aprobación del riesgo por parte de la Compañía. La compañía queda obligada a indemnizar el siniestro, si éste ocurre antes del vencimiento de pago de la prima.
2. La reticencia y/o declaración inexacta de la información señalada en el numeral 1 que antecede implicará la nulidad del contrato, si media dolo o culpa inexcusable. El Contratante y/o Asegurado declaran saber que en las declaraciones que se prestan ante la Compañía de Seguros y sus auxiliares rige el principio de máxima buena fe, lo que obliga a declarar con total veracidad y buena fe.
3. Autorizo a cualquier médico u otro profesional que hubiese tenido conocimiento de mis dolencias a poner a disposición de la Compañía dicha información, incluyendo la referida al HIV/SIDA y antecedentes patológicos, incluso en caso de muerte. Autorizo a la Compañía a solicitar a cualquier entidad o persona los antecedentes o documentos que puedan permitir realizar una mejor evaluación de la Solicitud de Seguro o de un eventual siniestro. Asimismo, me comprometo a realizar las pruebas médicas que me soliciten.
4. Esta declaración personal de salud tiene validez de 30 días desde su fecha de emisión.
5. La Compañía comunicará al Contratante, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.
6. La presente solicitud y la documentación solicitada por la Compañía serán evaluadas y de no mediar rechazo y ser aceptado el Seguro, la póliza será entregada en el plazo de 15 días.
7. El Contratante y el Asegurado declaran expresamente que han sido previamente informados y conocen los alcances de la política sobre protección de datos personales de la Compañía desarrollada en el sitio web www.segurossura.pe. En tal sentido, el Contratante y el Asegurado otorgan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales, con fines de evaluación del riesgo, ejecución del presente contrato y de toda actividad vinculada con este último, envío de comunicaciones vinculadas con la Póliza y/o para fines comerciales o publicitarios.

SVI-03/2016

SEGUROS SURA Carlos Rivera

El banco de datos de titularidad de la Compañía está ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima. El Contratante y el Asegurado autorizan que los referidos datos personales podrán ser transferidos, para los fines antes indicados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades financieras o inmobiliarias, ya sea que pertenezcan o no al Grupo económico de la Compañía. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

8. El Contratante y el Asegurado reconocen y autorizan expresamente a la Compañía Aseguradora a remitirles cualquier comunicación a la dirección de correo electrónico que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier otro tipo de comunicación permitida por la normativa de seguros vigente. Estas comunicaciones surtirán plenos efectos legales y reemplazarán a la notificación al domicilio físico. El Contratante y el Asegurado declaran ser titulares de la dirección de correo electrónico y/o teléfonos que han indicado en la presente Solicitud, asimismo, se obligan a comunicar a la Compañía Aseguradora el cambio de dicha dirección de correo electrónico y/o teléfonos, dicho cambio surtirá efecto luego de cinco (5) días hábiles de comunicado a la aseguradora.

/ /			
Fecha	Firma Asegurado	Firma Contratante	Firma Intermediario

SVI-03/2016

SEGUROS SURA
Carlos Rivera

19. DECLARACIÓN ADICIONAL - PILOTOS

Licencia:	Especificar:	Descripción:
☐ Profesional ☐ Aficionado	☐ Civil ☐ Militar	☐ Estudiante ☐ Instructor ☐ Piloto

Obtenida el:

Fecha de última renovación: | Duración:

¿Tienes otra(s) licencia(s) en curso, cuáles?
☐ Sí ☐ No

EXPERIENCIA

Número total de horas de vuelo: | Número total de horas de vuelo en los últimos 12 meses:

Número probable de horas de vuelo para los próximos 12 meses:

En que clase de avión, helicóptero (marca, modelo, cuántos motores):

Dispone tu avión de equipo para vuelo de noche o sin visibilidad: ☐ Sí ☐ No | A título: Profesional ☐ Sí ☐ No | Aficionado: ☐ Sí ☐ No

Vuelos actuales y futuros: Efectuados en calidad de:
☐ Aficionado ☐ Profesional ☐ Militar | Clase de Avión o helicóptero:

Finalidad de los vuelos:

Vuelos regulares o irregulares (horario rutas):

Límites Geográficos:

RECARGOS (sólo para uso de la Compañía)

Cobertura:	Tasa %:	Motivo del Recargo:	Plazo:

Inicio de Vigencia: | Fecha de Dictamen: | Nombre del Suscriptor:

Condiciones Particulares / Exclusiones:

SVI-03/2016

SEGUROS SURA
Carlos Rivera

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA - AUDITORÍA MÉDICA

Fecha:
Nº AM:

Firma del Suscriptor:

Edad:

	Normal:	Anormal:	Observación:	Vida:	Accidente:	Invalidez:
Herencia:						
Constitución:						
Pulmones:						
P. art. / pulso:						
Orina:						
VIH:						
Hábitos:						
ECG:						
P. Esfuerzo:						
Rayos X:						
Exámenes:						
Examen de Laboratorio:						
Otros:						
			Total:			

Informe del Médico Examinador - Otros Antecedentes:

1. 4.

2. 5.

3. 6.

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA (Incluir fecha)

☐ IMT ☐ Hg ☐ U ☐ Ex orina ☐ VSG ☐ IME ☐ G

☐ PL ☐ AP ☐ DPS ANT ☐ C ☐ ECG ☐ Rx Toráx

Otros especificar:

Comentarios:

SEGUROS SURA Carlos Rivera

Fechas: | 1º evaluación: | 2º evaluación: | 3º evaluación:

CONCLUSIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

☐ Normal ☐ Sobrepasa ☐ Aplazar ☐ Rechazar

Firma del Médico Auditor:

SVM03/2016

CONCLUSIÓN DEL ÁREA DE SUSCRIPCIÓN

Fecha:

Firma del Suscriptor:

SEGUROS

COBERTURA PROVISIONAL

Código de Registro: VI2057120006, VI2057120007, VI2057120008, VI2057120009, VI2057120010, VI2057120011, VI2057120012, VI2057120013, VI2057120014, VI2057120015, VI2057120016, VI2057120017, VI2057120018, VI2057110076

Por el presente documento se aseguran las coberturas indicadas, mientras se formalice la emisión de la póliza principal respectiva, de acuerdo a las estipulaciones siguientes:

La empresa de seguros acepta otorgar la presente cobertura provisional mientras se encuentre pendiente de evaluación la solicitud de seguro presentada por el cliente y siempre que el cliente haya pagado de forma adelantada, la prima o la cuota inicial de la prima correspondiente al seguro que solicita y declara que todo siniestro que ocurra dentro de su vigencia provisional estará amparado por el seguro.

El contratante, por su parte, declara haber recibido y conocer las condiciones generales de la cobertura provisional. Asimismo, declara que, sobre la materia asegurada de esta cobertura provisional, no pesa ningún hecho o circunstancia que, de haber sido conocido por la empresa de seguros, hubiera influido en su apreciación del riesgo y/o en su decisión de otorgar la cobertura.

Empresa de Seguros: Gerente de Operaciones

Fecha: _____

Asegurado: _____

Contratante: _____

FORMATO DE AUTORIZACION "ASESORIA INTEGRAL SURA"

Como parte de los beneficios que te ofrecemos al ser Cliente de seguros SURA, te presentamos nuestro nuevo servicio de "Asesoría Integral SURA", el cual ha sido desarrollado especialmente para ti y que te permitirá:

- Obtener información consolidada de los productos que pudieses haber contratado en las empresas de SURA en el Peru: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA e Hipotecaria SURA.
- Acceder a una propuesta integral que te permitirá optimizar tu patrimonio y alcanzar tus objetivos personales.

Respecto a los datos de contacto: Teléfonos, correo electrónico, dirección de correspondencia registrados en mi solicitud
N° _____

☐ Autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral Sura" (*)

☐ No autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral Sura"

SEGUROS SURA Carlos Rivera

Firma: _____
(Nombre de Cliente)

SVI-03/2016

"Seguros Sura es una empresa que forma parte del grupo económico Grupo de Inversiones Suramericana S.A. (SURA). En el Perú forman parte de SURA: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA, Hipotecaria SURA y SURA Asset Management Perú S.A. (en adelante denominadas cualquiera de ellas y todas en conjunto, "Grupo SURA").

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, Ley N° 29733 y Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, respectivamente, ponemos en su conocimiento que al suscribir el presente documento, usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, pueda utilizar, transferir y/o compartir su información personal y sensible entre las mismas; así como la información de los productos, tenencias y/o servicios que contrate con el Grupo SURA.

Dicha información podrá ser utilizada para brindarle una asesoría integral que le permita acceder, a través de portales web u otros medios electrónicos a información consolidada respecto a sus productos, tenencias y/o servicios; así como para los fines comerciales relacionados a sus actividades de negocio. Por lo cual, Grupo SURA, puede requerir la colaboración de terceros para que tramiten o manejen su información, incluyendo la de carácter personal y sensible. En este sentido, usted autoriza Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, a transferir y dar tratamiento a la información necesaria para estos fines.

Le informamos que usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de sus datos personales en cualquier momento.

Al suscribir este documento, usted manifiesta que se adhiere a nuestra Política de Privacidad integral, la cual ha sido revisada de manera previa y se encuentra disponible en nuestra página web www.sura.pe.

1. Ramo de seguros	505	
2. Número de solicitud de referencia	**N° 00000**	
3. Vigencia	**Inicio de Vigencia** Con la presentación de la solicitud y con el pago de la cuota inicial o de la prima.	**Fin de Vigencia** Plazo máximo de 30 días o hasta que se emita la póliza o hasta que se rechace la solicitud de seguro, lo que ocurra primero.
4. Contratante		
5. Asegurado		
6. Materia del seguro	**Cobertura por Muerte Accidental**	
7. Descripción de riesgos cubiertos	Muerte Accidental	
8. Suma asegurada	Suma asegurada señalada en la solicitud de seguro con un límite máximo de US$ 50,000 o su equivalente al tipo de cambio registrado en la SBS	
9. Prima provisional de depósito		
10. Deducible convenio	NA	
11. Observaciones	En caso de no emitirse la póliza principal por causa imputable al cliente, del monto entregado como prima o cuota inicial, se aplicará la correspondiente al pago de la Cobertura por Muerte Accidental y al pago de los respectivos gastos administrativos.	

SVI-03/2016

SEGUROS SURA
Carlos Rivera

SEGUROS

COBERTURA PROVISIONAL

Código de Registro: VI2057120006, VI2057120007, VI2057120008, VI2057120009, VI2057120010, VI2057120011, VI2057120012, VI2057120013, VI2057120014, VI2057120015, VI2057120016, VI2057120017, VI2057120018, VI2057110076

Por el presente documento se aseguran las coberturas indicadas, mientras se formalice la emisión de la póliza principal respectiva, de acuerdo a las estipulaciones siguientes:

La empresa de seguros acepta otorgar la presente cobertura provisional mientras se encuentre pendiente de evaluación la solicitud de seguro presentada por el cliente y siempre que el cliente haya pagado de forma adelantada, la prima o la cuota inicial de la prima correspondiente al seguro que solicita y declara que todo siniestro que ocurra dentro de su vigencia provisional estará amparado por el seguro.

El contratante, por su parte, declara haber recibido y conocer las condiciones generales de la cobertura provisional. Asimismo, declara que, sobre la materia asegurada de esta cobertura provisional, no pesa ningún hecho o circunstancia que, de haber sido conocido por la empresa de seguros, hubiera influido en su apreciación del riesgo y/o en su decisión de otorgar la cobertura.

Empresa de Seguros: Gerente de Operaciones

Fecha:

Asegurado:

Contratante:

SEGUROS

COBERTURA PROVISIONAL CONTRA MUERTE ACCIDENTAL

Nº de Solicitud: **Nº 000000**

Fecha de pago de la cuota inicial:

Fecha de solicitud:

Contratante (Apellido paterno, materno, nombres)

Cobertura Temporal contra Muerte Accidental: Mientras se encuentre pendiente de evaluación la solicitud de seguro presentada por el cliente y siempre que el cliente haya pagado en forma adelantada la prima o la cuota inicial de la prima correspondiente al seguro que solicita, La Aseguradora otorgará a éste un beneficio consistente en una cobertura de muerte accidental por la suma asegurada señalada en la solicitud de seguro con un límite máximo de US$ 50,000 o su equivalente al tipo de cambio registrado en la SBS, por un plazo máximo de 30 días o hasta que se emita la póliza o hasta que se rechace la solicitud de seguro, lo que ocurra primero. Vencido el plazo señalado anteriormente por cualquiera de las causas antes mencionadas la cobertura de muerte accidental quedará automáticamente resuelta. Esta cobertura temporal por muerte accidental se rige por las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales (Registro SBS N° AE2056120019) que el cliente declara haber recibido al momento de firmar la solicitud de seguro. La presente solicitud junto con la documentación completa solicitada por La Aseguradora será evaluada por ésta, y de no mediar rechazo a la solicitud y ser aceptado el Seguro, la póliza será entregada en el plazo de 15 días. En caso de no emitirse la póliza por causa imputable al cliente, del monto entregado como prima o cuota inicial, se aplicará la correspondiente al pago de la Cobertura por Muerte Accidental a que se refiere los párrafos precedentes y al apgo de los respectivos gastos administrativos. La Compañía comunicará al Contratante, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información, documentación o evaluaciones en el referido plazo.

SVI-03/2016

SEGUROS SURA Carlos Rivera

1. Ramo de seguros	505	
2. Número de solicitud de referencia	**Nº 000000**	
3. Vigencia	**Inicio de Vigencia** Con la presentación de la solicitud y con el pago de la cuota inicial o de la prima.	**Fin de Vigencia** Plazo máximo de 30 días o hasta que se emita la póliza o hasta que se rechace la solicitud de seguro, lo que ocurra primero.
4. Contratante		
5. Asegurado		
6. Materia del seguro	**Cobertura por Muerte Accidental**	
7. Descripción de riesgos cubiertos	Muerte Accidental	
8. Suma asegurada	Suma asegurada señalada en la solicitud de seguro con un límite máximo de US$ 50,000 o su equivalente al tipo de cambio registrado en la SBS	
9. Prima provisional de depósito		
10. Deducible convenio	NA	
11. Observaciones	En caso de no emitirse la póliza principal por causa imputable al cliente, del monto entregado como prima o cuota inicial, se aplicará la correspondiente al pago de la Cobertura por Muerte Accidental y al pago de los respectivos gastos administrativos.	

RECIBO - CUOTA INICIAL

Nombre del Intermediario:	Cuota Inicial: ☐ Dólares ☐ Soles
Forma de Pago: ☐ Tarjeta ☐ Cheque ☐ Boleta de Depósito ☐ Transferencia	Nº de Tarjeta:
Nº de Cheque / Boleta de Depósito:	Moneda: ☐ Dólares ☐ Soles
Banco:	Firma del Intermediario:

SEGUROS SURA
Carlos Rivera

SVI-03/2016