

**CONDICIONES PARTICULARES  
MICROSEGURO DE ACCIDENTES  
Cód. SBS N° AE2056110078  
PÓLIZA XXXXXXXX**

**Asegurado** XXXXXXXXXXXXXXXX  
**Contratante** XXXXXXXXXXXXXXXX  
**Dirección** XXXXXXXXXXXXXXXX  
**Distrito** XXXXXXXXX  
**Provincia** XXXXXXXXX  
**Departamento** XXXXXXXXX  
**Comercializador** XXXXXXXXXXXXXXXX  
**Dirección** XXXXXXXXXXXXXXXX  
**Distrito** XXXXXXXXX  
**Provincia** XXXXXXXXX  
**Departamento** XXXXXXXXX

---

**Ramo** MICROSEGURO DE ACCIDENTES  
**Póliza N°** XXXXXX  
**Vigencia** Desde las 00:00 horas del XX.XX.XXXX a las 23:59:59 horas del XX.XX.XXXX  
**Moneda** Soles

---

**Corredor** SIN INTERMEDIACIÓN

---

Prima Comercial	XXX
Comisión del Comercializador	XXX

Para que la Compañía Aseguradora quede obligada a efectuar cualquier pago conforme a la presente póliza y sus anexos, el Asegurado deberá cumplir con la estricta observación de los términos contenidos en las condiciones generales y particulares.

Emitida en San Isidro en fecha XX de XXXXXXXXX del XXXX

\_\_\_\_\_  
FIRMA COMPAÑÍA

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE  
Nombre:  
DNI:

\_\_\_\_\_  
FIRMA COMPAÑÍA

Agradeceremos devolver en un plazo no mayor de 5 días, la copia de la póliza debidamente firmada.

**CONDICIONES PARTICULARES  
MICROSEGURO DE ACCIDENTES  
Cód. SBS N° AE2056110078  
POLIZA N° XXXXXXX**

**Art. 1° BASES DEL CONTRATO**

Las presentes Condiciones Particulares, las Condiciones Generales y las solicitudes certificadas de los asegurados forman parte integrante de la póliza.

Las indemnizaciones como consecuencia de los siniestros que amparan las coberturas de la presente Póliza, serán a favor de los Beneficiarios, independientemente de cualquier otra Póliza de Seguros de Vida o Vida Accidental que pudiera tener el Asegurado con la Compañía Aseguradora y/o cualquier otra institución.

**Art. 2° ASEGURADOS**

El Contratante deberá notificar a la Compañía Aseguradora por escrito los respectivos datos de los Asegurados, indicando los nombres, apellidos, fecha de nacimiento y documento de identidad de cada Asegurado.

**Art. 3° COBERTURAS**

En los términos de la presente póliza, el Capital Asegurado, será pagado por la Compañía Aseguradora al Beneficiario, según corresponda, después de ocurrido el siniestro ocasionado durante la vigencia de la póliza.

La Compañía Aseguradora indemnizará los siniestros derivados de las coberturas detalladas a continuación:

<b>Suma Asegurada por Muerte Accidental</b>	<b>XXX</b>
<b>Renta Mensual por Fallecimiento a consecuencia de Accidentes (Por 12 meses)</b>	<b>XXX</b>

Los Beneficiarios podrán recibir las doce (12) rentas mensuales en un solo pago equivalente al valor presente de estas, aplicando el factor de descuento que determine la Compañía Aseguradora.

**Art. 4° PAGO DE PRIMAS**

El pago de la prima mensual será realizado a través del Contratante, quien se encargará de recaudar la prima de los Asegurados por medio de los canales que designe para este fin, y luego transferirla a la Compañía Aseguradora. La prima queda establecida de acuerdo al Plan Elegido en la Solicitud Certificado y detallado en las presentes Condiciones Particulares:

Plan	XX
Prima Comercial	XXX
Comisión del Comercializador	XXX

**Art. 5° CARACTERÍSTICAS**

- Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria para la liquidación, la indemnización total del seguro se realizará en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles.
- El pago de la indemnización podrá ser a través del comercializador o del corredor de seguros.

- La edad máxima de ingreso de los asegurados es de sesenta y cuatro (64) años, once (11) meses y veintinueve (29) días.
- La edad máxima de permanencia del asegurado es de sesenta y nueve (69) años, once (11) meses y veintinueve (29) días.
- La vigencia del seguro estará determinada por el pago oportuno de la prima, entendiéndose que la oportunidad implica el plazo de gracia de pago equivalente a treinta (30) días.
- La Solicitud-Certificado que será entregada al Asegurado contiene:
  - Datos generales del asegurado.
  - Principales condiciones de la póliza.

#### **Art. 6° CUMULO**

Cada asegurado solo podrá acceder a una (1) Solicitud-Certificado.

#### **Art. 7° JURISDICCIÓN**

En caso de presentarse conflictos o divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta póliza, las partes acuerdan que se someterán a la jurisdicción del Poder Judicial de Lima o del lugar donde domicilia el Contratante o Asegurado o Beneficiario, según corresponda de acuerdo a Ley.

#### **Art. 8° DATOS DE CONTACTO SEGUROS SURA**

- Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, San Isidro
- Provincias:
  - Arequipa: Av. Ejercito 107-B, Yanahuara;
  - Piura: Calle Tacna 307;
  - Trujillo: Av. Larco Herrera 535, Urb. La Merced
- Teléfonos: 222-7777 / 0800-11117
- Correo electrónico: [servicioalcliente.seguros@sura.pe](mailto:servicioalcliente.seguros@sura.pe)
- Página web: [www.segurossura.pe](http://www.segurossura.pe) (opción "Consultas y Reclamos")

#### **Art. 9° REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA**

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contrato de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355.