

RESUMEN DE LA PÓLIZA DE SEGURO
SURA VIDA CAPITAL FLEXIBLE
(Registro SBS VI2057120081)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas
Reglamentarias

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

1. Datos de la empresa Aseguradora:

Seguros SURA	Atención al cliente		
	<u>Oficina Principal</u> Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro	<u>Línea de servicio al cliente:</u> 222 7777 0800-11117 (línea gratuita)	<u>Horario de</u> <u>Atención:</u> Lima y Provincias - De lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	<u>Provincias:</u> Arequipa: Av. Ejército 107- B Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced	<u>Correo electrónico:</u> servicioalcliente.seguros@sura.pe	

2. Límite de edad para ser Asegurado:

Edad mínima de ingreso : 18 años.
Edad máxima de ingreso : XXXXXXXX.
Edad máxima de permanencia : 99 años de edad actuarial

3. Lugar y Forma de Pago de Prima:

- Débito automático (cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito): En caso escoja esta modalidad, el pago es de periodicidad mensual y se deberá firmar la autorización correspondiente.
- Cuponera (código de cliente): En caso escoja esta modalidad, deberá indicar si el pago será de periodicidad trimestral, semestral o anual; siendo los lugares de pago: Vía Web (Interbank, Scotiabank, BCP, BBVA), Bancos (Interbank, Scotiabank, BCP, BBVA) y Agentes (Interbank, BBVA).

En todos los casos será responsabilidad exclusiva del Contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente (Artículo 13° Condiciones Generales).

4. Medio y plazo para aviso de siniestro:

El Contratante y/o Beneficiarios deben dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. (Artículo 31° Condiciones Generales)

5. Lugar para solicitar cobertura del Seguro:

Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen.

6. ¿Cómo solicitar la cobertura del seguro ante la ocurrencia de un siniestro?

Una vez producido el Siniestro, el Contratante y/o el (los) Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del mismo, la cual deberá ser comunicada dentro de los

siete (7) Días siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro (o del Beneficio, según corresponda). El Dolo en que incurra el Contratante o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de Culpa Inexcusable, el Contratante o Beneficiario no pierden el derecho de ser indemnizados si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro o si se demuestra que la empresa ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio. En caso de culpa leve por parte del Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, ésta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentar a la Compañía Aseguradora los antecedentes relativos al Siniestro, dentro de los noventa (90) Días contados desde el aviso del Siniestro.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida de acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última - para reclamar la indemnización aún luego de transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido por el Código Civil peruano.

El (los) Beneficiario(s) deberán presentar la solicitud de cobertura a la Compañía Aseguradora, incluyendo la siguiente documentación e información completa (legible o en buen estado) en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

1. Documentación en caso de Muerte Natural:
 - (a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado
 - (b) Certificado Médico de Defunción
 - (c) Documento de identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con el mismo)
 - (d) Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.

2. Documentación en caso de Muerte Accidental:
 - (a) Los documentos requeridos para Muerte Natural
 - (b) Protocolo de necropsia completo (en caso corresponda)
 - (c) Atestado o Informe policial completo; o, Carpeta Fiscal completa.
 - (d) Examen químico toxicológico (en caso corresponda)
 - (e) Dosaje etílico (cuando corresponda)

Documentación con relación al (los) Beneficiario (s):

- Documento(s) de identidad (DNI)
- Testamento por escritura pública o Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscritos en Registros públicos, en caso de no existir beneficiarios declarados en la Póliza.
- Testamento por escritura pública o Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscritos en Registros públicos, en caso de haber fallecido un beneficiario declarado en la Póliza y no existiese beneficiario contingente.

Sin perjuicio de que es obligación del Contratante y/o Beneficiarios presentar la documentación e información prevista en el presente numeral, por el presente documento el Contratante y los Beneficiarios autorizan y se obligan a colaborar para que la Compañía Aseguradora realice todas las indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un Siniestro y el importe de la indemnización.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa señalada en el presente artículo, La Compañía Aseguradora cuenta con treinta (30) Días para evaluar el Siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo. En caso la Compañía Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada deberá de solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) Días del plazo antes señalado. La Compañía Aseguradora podrá solicitar un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro siempre, conforme a la legislación establecida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Una vez consentido el Siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) Días para proceder a efectuar el pago correspondiente caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú de acuerdo a la moneda pactada en el presente contrato por todo el tiempo de la mora.

El Beneficiario pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

7. 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.

8. Información sobre agravación del riesgo

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

9. ¿Cuáles son las Coberturas de la póliza?

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, sea en territorio nacional o extranjero, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios el importe del beneficio contratado señalado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos en la Póliza y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las Exclusiones de cobertura y en la medida de que se cumplan con los procedimientos establecidos en dicho documento.

Para mayor detalle de las coberturas revisar las Condiciones Particulares de la Póliza, las Cláusulas Adicionales y el Artículo 8° de las Condiciones Generales de la póliza.

10. ¿Cuáles son las Exclusiones del seguro?

Esta Póliza no cubre el Siniestro del Asegurado, cuando se produjera a consecuencia de:

- a) **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, actividades en servicio militar, actividades en servicio policial, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando exista participación activa del Asegurado.**
- b) **Suicidio. Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.**
- c) **La participación o práctica del Asegurado en los siguientes Deportes Riesgosos, considerándose como tales deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que**

meramente enunciativa, se consideran como Deportes Riesgosos: buceo, montañismo, andinismo, alpinismo, paracaidismo, ala delta, parapente, vuelo o caída libre, puenting, canotaje, rafting, surfing, saltos ornamentales, escalada en paredes montañosas o artificiales, cacería con armas de fuego, boxeo, toreo, artes marciales, ciclismo de montaña, skate; la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante, en los siguientes deportes de velocidad: carreras de caballo o carrera de vehículos terrestres, marítimos o aéreos, motorizados o no, como: carreras de automóviles, motocicletas, lanchas motorizadas o a vela.

- d) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como Actividades Riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.
- e) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- f) Acto criminal en que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía Aseguradora quedará liberada de pagar el Beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, estos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros y en vuelo regular, dentro de itinerario fijo, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo, sobre una ruta regular establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- h) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
- i) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o 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/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- j) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente Póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o

síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:

- La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico colegiado; y,
 - No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- k) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga, tumulto popular o cualquier acto delictivo, cuando el Asegurado hubiera participado como sujeto activo.

11. ¿En qué situaciones se resuelve o termina contrato de seguro?

La presente Póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

Resolución contractual:

Como consecuencia de la resolución, la presente Póliza dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía Aseguradora de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un Siniestro.

La presente Póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. **Como consecuencia del ejercicio del Derecho de Arrepentimiento establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “De los documentos – Derecho de Arrepentimiento”.**

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora devolverá únicamente el total de la Prima recibida por parte del Contratante. La devolución antes referida se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de resolución de la Póliza.

2. **Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Consentimiento del Tercero”.**

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la resolución de la Póliza.

3. **Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la Póliza efectuada por la Compañía Aseguradora, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.**

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante el Valor de Rescate, conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo

Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate". La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de la resolución de la Póliza.

4. **Por falta de pago de las Primas, en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) Días de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".**

Ante la resolución por esta causal, el Contratante no tendrá derecho a recibir suma alguna debido a que el Valor de Rescate es nulo.

5. **Por incumplimiento de pago del saldo total del préstamo, en caso la Compañía Aseguradora le comunice que el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior a la suma del saldo del Fondo Principal neto del correspondiente Cargo por Rescate y el Fondo Excedente, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Quinta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Préstamos".**

Ante la resolución por esta causal, el Contratante no tendrá derecho a recibir suma alguna debido a que el Valor de Rescate es nulo.

6. **Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la Póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".**

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate". La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la resolución de la Póliza.

7. **En caso el Contratante y/o Asegurado no haya comunicado a la Compañía Aseguradora la Agravación del Riesgo del Contratante y/o Asegurado pero la Compañía Aseguradora hubiera tomado conocimiento, por cualquier medio, de dicha Agravación de Riesgo. Dicha resolución se producirá siempre que la Compañía Aseguradora comunique por escrito al Contratante dentro del plazo de quince (15) Días de conocida, por cualquier medio, la Agravación del Riesgo, conforme a lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".**

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el Valor de Rescate, conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate". La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la resolución de la Póliza.

- 8. En caso el Contratante y/o Asegurado haya comunicado a la Compañía Aseguradora la Agravación del Riesgo del Contratante y/o Asegurado. Dicha resolución se producirá siempre que la Compañía Aseguradora comunique por escrito al Contratante dentro del plazo de quince (15) Días de conocida la Agravación del Riesgo, conforme a lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”.**

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el Valor de Rescate, conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la resolución de la Póliza.

- 9. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Trigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la Póliza titulada “Solicitud de Cobertura Fraudulenta”.**

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la resolución de la Póliza.

Nulidad contractual:

Se deja expresa constancia que la Póliza será nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia si:

- 1. Al momento de la contratación de ésta, el Contratante y/o el Asegurado incurren en declaración inexacta o reticente que obedezca a Dolo o Culpa Inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado”**

Ante la nulidad por esta causal, la Compañía Aseguradora devolverá únicamente: (a) el importe máximo que resulte de comparar el Valor de Rescate del Fondo Principal con el total de las Primas Principales pagadas deducidas las primas pagadas por el primer año de vigencia de la Póliza, y, (b) el Valor de Rescate del Fondo Excedente. La devolución antes referida se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de declaración de nulidad de la Póliza.

- 2. Al momento de la contratación o afiliación del Asegurado a la Póliza no existía un interés asegurable actual o contingente.**

Ante la nulidad por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el total de las Primas recibidas por parte del Contratante. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la declaración de nulidad de la Póliza.

- 3. Al tiempo de la contratación de la Póliza se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**

Ante la nulidad por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el total de las Primas recibidas por parte del Contratante. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la declaración de nulidad de la Póliza.

- 4. Se comprobase que la edad real del Asegurado era distinta de la declarada en la fecha de contratación del seguro de modo tal que la misma superaba la “Edad Máxima de Ingreso”, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Edad”.**

Ante la nulidad por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el total de las Primas recibidas por parte del Contratante. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la declaración de nulidad de la Póliza.

Extinción contractual:

Asimismo, la presente Póliza se extinguirá y, por tanto, la cobertura de los riesgos asegurados en ella terminará, liberándose la Compañía Aseguradora de toda responsabilidad indemnizatoria en virtud de la misma, ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- 1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la Póliza.**

Ante la extinción por esta causal, los Beneficiarios tendrán derecho únicamente al importe del Beneficio indicado en la Cláusula Novena.

- 2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciere cargo de las obligaciones del Contratante mientras la Póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Titular de esta Póliza”.**

Ante la extinción por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor de los herederos del Contratante únicamente el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de presentación de los documentos que acrediten la condición de herederos del Contratante.

- 3. Por falta de pago de las Primas, en caso transcurran noventa (90) Días desde el primer día del mes en que no se pudo realizar la Deducción Mensual por falta de saldo en las cuentas de la Póliza, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas”.**

Ante la extinción por esta causal, el Contratante no tendrá derecho a recibir suma alguna debido a que el Valor de Rescate es nulo.

4. Por haber alcanzado el Asegurado la edad de noventa y nueve (99) años para la Póliza, cumpliéndose lo establecido en la Cláusula Vigésimo Séptima de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Límite de los Noventa y Nueve (99) Años”.

Ante la extinción por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la declaración de extinción de la Póliza.

Las coberturas adicionales contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la Póliza, terminarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o en cualquiera de los supuestos de resolución, nulidad y extinción contractual mencionados en los puntos precedentes, lo que ocurra primero.

El Contratante podrá proceder a la resolución sin expresión de causa a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los empleados para la contratación de la Póliza.

12. ¿Si deseo solicitar la resolución del seguro?

El Contratante puede manifestar su decisión de resolver la Póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”.

Ante la resolución por esta causal, la Compañía Aseguradora liquidará y abonará a favor del Contratante únicamente el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: “Resolución de la Póliza y Valor de Rescate”. La liquidación y abono antes referidos se producirá dentro de los quince (15) Días siguientes a la fecha de la resolución de la Póliza.

13. Derecho de Arrepentimiento

En el caso que los seguros fueran ofertados por los Comercializadores en caso la norma lo permita, el Contratante podrá resolver el seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna, con la correspondiente devolución total de la prima que hubiere sido pagada, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional en caso corresponda. Para tal fin, el Contratante deberá remitir una comunicación escrita a la Compañía Aseguradora o a través de los mismos mecanismos empleados para la contratación del seguro, indicando su intención de resolver la Póliza de seguro.

14. Modificación del Contrato

En caso la Compañía Aseguradora decida renovar la Póliza en condiciones distintas a las pactadas originalmente, deberá comunicarlo al Contratante, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia mensual de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.

En el supuesto en que la referida propuesta de modificación remitida por la Compañía sea rechazada por el Contratante, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente; es decir, cuando se haya completado el período correspondiente de 30 días de duración del producto, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

Sin perjuicio de lo indicado previamente, durante la vigencia del contrato el asegurador no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada.

15. 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.

Este procedimiento puede realizarse a través de los siguientes canales:
(Se completará al momento de la comercialización)

16. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias:

- INDECOPI (www.indecopi.gob.pe)
- Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe)

Para denuncias o consultas Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (teléfono gratuito 0-800-10840)

SEGUROS

SOLICITUD DE VIDA INDIVIDUAL



Nº de Solicitud:	Nº 000000	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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fuente de Ingresos: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente
Teléfono Casa:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:	Rel. con el Asegurado:
Ingreso Neto Mes <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> 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 CIU:
------------	-------------------	-------------

B. PERSONA NATURAL - DEPENDIENTE

Centro Laboral:	Sector Laboral: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	Ocupación, Prof, Ofic.:	Cargo:
-----------------	--	-------------------------	--------

1.2. PERSONA JURÍDICA

Razón Social:	Objeto Social:	RUC:	Código CIU:
---------------	----------------	------	-------------

Personas Jurídicas vinculadas:

Datos del Representante:

Apellido paterno, materno, nombres:			Tipo de Documento: DNI / CE
Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fuente de Ingresos: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> 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

¿Recibe transferencias 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fuente de ingresos: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 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 CIU:
------------	-----------------	-------------

B. PERSONA NATURAL - DEPENDIENTE

Centro Laboral:	Sector Laboral: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	Ocupación, Prof, Ofic.	Cargo:
-----------------	--	------------------------	--------

Comentarios / Observaciones: Incluir fecha y firma

3. INTERMEDIARIO

Tipo: <input type="checkbox"/> Promotor / FFVV <input type="checkbox"/> Corredor	Código / REG SBS:	Apellido paterno, materno, nombres / Razon social:
---	-------------------	--

4. COBERTURA BASE

Plan de Seguro:	Capital Asegurado: <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles	Período de Pago:	Tasa por mil:	Prima: <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles
-----------------	---	------------------	---------------	---

5. COBERTURA(S) ADICIONAL(ES)

Plan de Seguro:	Capital Asegurado: <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles	Período de Pago:	Tasa por mil:	Prima: <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles

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	Periodicidad de pago de prima	Prima Excedente
<input type="checkbox"/> Fondo conservador	<input type="checkbox"/> Fondo conservador		
<input type="checkbox"/> Fondo moderado	<input type="checkbox"/> Fondo moderado		
<input type="checkbox"/> Fondo de Capitalización	<input type="checkbox"/> 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)? Sí No ¿Profesional? Sí No ¿Cuál(es)? Fútbol Tenis Voleibol Basket Natación Otros: _____ Frontón

¿Practicas algunos de los siguientes deportes riesgosos? (por favor completa el cuestionario respectivo si lo requiere)

Sí No

¿Cuál(es)?

- | | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Artes marciales, boxeo (que impliquen contacto) | <input type="checkbox"/> Montañismo o escalada | <input type="checkbox"/> Ala delta | | |
| <input type="checkbox"/> Paracaidismo, parapente | <input type="checkbox"/> Automovilismo | <input type="checkbox"/> Carrera de velocidad (moto-lancha) | | |
| <input type="checkbox"/> Motonaútica | <input type="checkbox"/> Aviación deportiva | <input type="checkbox"/> Esquí (acuático y de nieve) | | |
| <input type="checkbox"/> Bungee Jumping, puenting o variación de salto al vacío | <input type="checkbox"/> Canopy | <input type="checkbox"/> Rappel | <input type="checkbox"/> Rafting | |
| <input type="checkbox"/> Kayak | <input type="checkbox"/> Trekking | <input type="checkbox"/> Equitación | <input type="checkbox"/> Cacería | <input type="checkbox"/> Ciclismo en montaña o en pista |
| <input type="checkbox"/> Downhill | <input type="checkbox"/> 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? Como:

Sí No

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?

- 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 anomalía, 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 (paraplejía)?
- 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:	Fech. últ. episodio:	Nomb. del Médico Tratante / Centro Méd.
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?

¿Cuánto?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	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

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Diabetes | <input type="checkbox"/> 2. Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 3. Hipertensión | <input type="checkbox"/> 4. Cáncer |
| <input type="checkbox"/> 5. Enf. Cardíaca | <input type="checkbox"/> 6. SIDA | <input type="checkbox"/> 7. Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> 8. Suicidio |

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

16. CONSULTAS MÉDICAS

¿Has consultado a algún médico en los últimos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Motivo: <input type="checkbox"/> Chequeo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente	Fecha de Consulta:
Diagnóstico:	Nombre del Médico / Centro Médico:	Tratamiento Recomendado:

17. SÓLO PARA SER CONTESTADO POR MUJERES

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás actualmente embarazada?	Semanas:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Has sido sometida a cesárea?	Fecha:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Te has practicado el Papanicolao?	Resultado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Fecha:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Has tenido algún trastorno en los senos u órganos femeninos?		

18. OBSERVACIONES DEL ASEGURADO

IMPORTANTE

- 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.
- 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.
- 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.
- Esta declaración personal de salud tiene validez de 30 días desde su fecha de emisión.
- 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.
- 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.
- 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.

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

19. DECLARACIÓN ADICIONAL - PILOTOS

Licencia: Profesional Aficionado | Especificar: Civil Militar | Descripción: 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:

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA - AUDITORÍA MÉDICA

Fecha: _____ Firma del Suscriptor: _____ Edad: _____
 N° AM: _____

	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: _____

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

CONCLUSIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

- Normal Sobrepassa Aplazar Rechazar Firma del Médico Auditor: _____

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 Perú: 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

Nº _____

[] 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"

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 a 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° 000000	
3. Vigencia	<p>Inicio de Vigencia Con la presentación de la solicitud y con el pago de la cuota inicial o de la prima.</p>	<p>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.</p>
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.	

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 Nº 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

1. Ramo de seguros	505	
2. Número de solicitud de referencia	N° 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: <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Tarjeta <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Boleta de Depósito <input type="checkbox"/> Transferencia	N° de Tarjeta:
N° de Cheque / Boleta de Depósito:	Moneda: <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Soles
Banco:	Firma del Intermediario: