

# Seguro Individual Corporativo (SIC) - Soles

## Condiciones Generales

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias  
(Registro SBS VI2058010004)

### Art. 1° CONTRATO

La veracidad de las declaraciones hechas en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios presentados por el Contratante y/o Asegurado voluntariamente y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

### Art. 2° TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía Aseguradora, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiese convenido lo contrario. El Contratante puede ser una persona natural o una persona jurídica que mantenga vínculo laboral con el propio Asegurado.

Podrán asegurarse bajo la presente póliza las personas naturales que gocen de buena salud, se encuentren en servicio activo y que su empleador haya aceptado realizar, bajo autorización del Asegurado, el descuento por planilla de la prima mensual a ser pagada a la Compañía Aseguradora, o el trabajador haya afiliado una tarjeta de crédito o elegido cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud para el pago de la prima mensual. Asimismo, éstos trabajadores pueden ser Contratantes de las pólizas de su cónyuge, padres, hermanos e hijos, mayores de edad, siempre y cuando hayan autorizado a su empleador a descontar de su remuneración mensual la prima correspondiente mensual o haya afiliado una tarjeta de crédito o elegido cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud para el pago de la prima mensual.

Si el Contratante, persona natural, falleciera estando esta póliza y la de su cónyuge en vigencia, se producirá la terminación de su cobertura, a menos que el cónyuge solicitara hacerse cargo de las obligaciones de su seguro en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de fallecimiento del Contratante. Para ello el cónyuge se registrará a lo señalado en el Artículo 15° de la presente póliza.

Lo anterior no se aplica para el caso de las pólizas de padres, hermanos e hijos, es decir, al producirse el fallecimiento del Contratante, persona natural, se producirá la terminación de estos contratos. En caso el Contratante, persona natural, cesara de su empleo, estando esta póliza y la de su Cónyuge en vigencia, se producirá la terminación de ambas coberturas, a menos que el Contratante y el Cónyuge deseen continuar con el seguro en forma individual, para lo cual se registrarán a lo señalado en el Artículo 15° de la presente póliza.

Lo anterior no se aplica para el caso de las pólizas de padres, hermanos e hijos, es decir, al producirse el cese del Contratante, persona natural, se producirá la terminación de su cobertura.

### ART. 3° LÍMITE DE EDAD

La edad mínima del Asegurado para el ingreso a esta póliza queda determinada en dieciocho (18) años cumplidos. La edad máxima de ingreso del Asegurado, para esta póliza es de sesenta (60) años y la edad de máxima de permanencia del Asegurado es de sesenta y cinco (65) años.

A la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad, el seguro quedará resuelto automáticamente respecto de dicho Asegurado. En caso se hubiera continuado con el pago de la prima luego de haber superado el límite de permanencia del seguro, la Compañía Aseguradora, devolverá las primas pagadas en exceso al Contratante.

En tal sentido, de acuerdo a lo señalado en el artículo 123° de la Ley de Contrato de Seguro, **la declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea la nulidad del presente Contrato, si su**

**verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable, por lo que corresponde la devolución de las primas pagadas.**

#### **Art. 4° PLAZO DE VIGENCIA Y RENOVACIÓN**

La presente póliza inicia su vigencia a las 00:00 horas de la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, sujeto al cumplimiento de lo estipulado en las Condiciones Generales de este contrato y siempre y cuando se haya realizado el pago de la prima correspondiente.

La vigencia del presente seguro es mensual (30 días calendario). En tal sentido, al vencimiento de cada periodo de treinta (30) días vencerá también el presente contrato de seguros. **No obstante, ello, esta póliza se renovará automáticamente por un plazo similar, siempre y cuando la prima se encontrase pagada y no hubiera indicación en contrario de parte del Contratante, conservándose como fecha de vigencia inicial para todos los efectos de la póliza, la fecha de contratación o última rehabilitación de la misma.**

**La renovación que se realice sin la modificación de condiciones del presente contrato no requerirá la emisión de una nueva Póliza.**

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

**En caso la Compañía Aseguradora decida renovar la Póliza en condiciones distintas a las pactadas originalmente, deberá comunicarlo por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación a la fecha de renovación a partir de la cual surtirán efectos la modificación.**

**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 y el contrato se renovará automáticamente con la inclusión de tales nuevas condiciones en caracteres destacados.**

**En el supuesto en que la referida propuesta de modificación remitida por la Compañía sea rechazada por el Contratante dentro de los 30 días previos al vencimiento de la vigencia mensual en curso, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar dicha vigencia mensual, no procediendo la renovación automática de la Póliza para el siguiente período mensual.**

#### **Art. 5° MODIFICACIÓN CONTRACTUAL**

Se deja constancia que, 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. Finalmente, la Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados, en caso sean personas distintas.

#### **Art. 6° COBERTURA**

En los términos de la presente póliza, el Capital Asegurado, según el Plan de Seguro tomado y señalado en las Condiciones Particulares, será pagado por la Compañía al Asegurado o beneficiarios después de ocurrido el siniestro ocasionado durante la vigencia de la póliza, de acuerdo a los términos y condiciones

indicados en el presente Condicionado.

#### Coberturas:

##### Muerte Natural

Los beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural, el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

##### Muerte Accidental

La Compañía pagará a los beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran los hechos que sean consecuencia de los denominados Accidentes Médicos, entendiéndose como accidentes médicos, a los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o tratamiento médico, tales como: Infartos del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.**

##### Renta Mensual

Los beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural o accidental, una Renta Mensual durante 12 meses conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

##### Sepelio del Titular

Los beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural o accidental, el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura, conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

##### Invalidez Total y Permanente por accidente.

Si como consecuencia de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Total y Permanente, él recibirá el monto asegurado correspondiente a esta cobertura indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros se terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por Invalidez Total y Permanente como la pérdida igual o superior a los dos tercios de la capacidad de trabajo del asegurado.

Aun cuando este Contrato de Seguros es un contrato privado sujeto a la Ley General del Sistema Bancario y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y demás normas de seguros aplicables, la Invalidez Total y Permanente será evaluada conforme a las "Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones", aprobado por el Decreto Supremo N° 054-97-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP.

El Asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía solicite para efectos de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. El costo será de cargo de la Compañía la cual determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, si se ha producido la invalidez de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

Si el Asegurado no se encontrase de acuerdo con el dictamen de la Compañía, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación del dictamen, podrá requerir que la invalidez sea evaluada nuevamente por un médico elegido por él, entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía, los que deberán encontrarse inscritos como médicos consultores del Sistema Privado de Pensiones o ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año, como médicos titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico de la SBS (COMEC). El médico elegido por el Asegurado evaluará la invalidez, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones". Asimismo, el médico podrá someter al Asegurado a nuevos exámenes médicos que considere necesarios, el costo de esta evaluación médica adicional será de cargo por el Asegurado.

#### Desamparo Súbito Familiar

Los beneficiarios designados por el asegurado recibirán, proporcionalmente, el monto asegurado correspondiente a ésta cobertura, si como consecuencia de un mismo accidente fallece el asegurado y su cónyuge en un plazo máximo de 72 horas contadas desde la ocurrencia del primer fallecimiento.

#### Enfermedades Graves

La Compañía pagará el Capital Asegurado de la presente cobertura, en caso que al Asegurado se le diagnostique clínicamente alguna de las siguientes enfermedades:

1. Infarto del Miocardio
2. Cáncer
3. Insuficiencia Renal
4. Derrame Cerebral

**Con carácter general, se excluyen para las coberturas de enfermedades graves, si la enfermedad cubierta ha sido causa directa o indirecta de:**

- 1. Intento de suicidio o autolesión intencionada**
- 2. Adicción al alcohol o drogas**
- 3. Enfermedades por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.**

#### Desempleo

En el caso de cese a consecuencia de una invalidez total y permanente por accidente o por una enfermedad grave del Asegurado, éste recibirá el monto asegurado correspondiente a ésta cobertura conforme a las condiciones particulares de la póliza.

Para tal efecto, se entenderá como enfermedad grave alguna de las siguientes enfermedades:

1. Infarto del Miocardio
2. Cáncer
3. Insuficiencia Renal
4. Derrame Cerebral

Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros se terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Deuda con el Empleador.

En el caso de que el trabajador contrate un préstamo con su empleador y al momento de su fallecimiento la deuda originada se mantuviera, la compañía indemnizará al empleador con el monto correspondiente al saldo de la deuda, considerando como límite el capital asegurado para la deuda.

Para tal efecto, la presente cobertura surtirá efecto, siempre y cuando la deuda se hubiere contratado con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad y/o invalidez que cause el siniestro.

Los términos de la cobertura de la presente póliza son los detallados en las Condiciones Particulares de la misma.

#### **Art. 7° EXCLUSIONES**

**Este seguro no otorgará ninguna de sus coberturas en caso que el fallecimiento, la invalidez total y permanente o alguna de las enfermedades graves del Asegurado fuese causado por:**

**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, así como por las consecuencias posteriores que se pudieran derivar de dicha autoría o participación.**

**c. Acto delictivo cometido por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado, sea como autor o partícipe en el acto delictivo, bajo cualquier forma o modalidad.**

**d. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando en este último caso exista participación activa del Asegurado.**

**e. Enfermedad generada por el uso de drogas o estupefacientes o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

**f. 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 o de su rehabilitación:**

- 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.

**g. 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.**

**h. Práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que incrementen notoriamente para un consumidor razonable, el riesgo de fallecimiento o de afectación de la integridad física de las personas, o para las que se requieran medidas de protección o seguridad para realizarlos. Incluyen, pero no están limitados a, el 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. Dependiendo del lugar de trabajo y tipo de actividad desempeñada, los factores de riesgo ocupacional dependerán de las medidas de seguridad adoptadas, desplazamientos, exposición a agentes físicos, químicos o biológicos, características del trabajo, organización del mismo y tecnología empleada. Algunos ejemplos son los señalados en la presente Póliza, así como los siguientes: el 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, levantar o mover mercancías de gran peso, realizar trabajos bajo tierra o a gran altura, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, trabajar con o cerca de materiales explosivos, realizar trabajos con alto voltaje, portar armas, utilizar aviones privados o vuelos no regulares. Deben ser declarados por escrito a la Compañía Aseguradora.

i. Práctica de deporte riesgoso, 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, práctica de artes marciales que impliquen pleno contacto, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, motonáutica, aviación deportiva, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping (Puenting) o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill.

j. Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o haya consumido o utilizado 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 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/lt 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 en el caso de accidentes de tránsito, generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.

k. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en un vuelo regular operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

l. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo General de Bomberos y Equipos de Rescate, así como las funciones o actividades relacionadas con servicios de seguridad y vigilancia que requieran portar armas.

m. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

n. Inhalación de gases, intoxicación e envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.

#### **Art. 8° DECLARACIONES DEL ASEGURADO**

La veracidad de las declaraciones hechas por El Asegurado o El Contratante, según sea el caso, en la solicitud del seguro y/o documentos accesorios y/u otros, constituyen elementos integrantes y esenciales en este contrato de seguro.

Cualquier reticencia y/o declaración inexacta de cualquier circunstancia que, conocida por La Compañía, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, acarreará la nulidad del contrato de seguro, cuando haya mediado dolo o culpa inexcusable.

#### **Art. 9° INDISPUTABILIDAD**

La póliza está exenta de restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado, excepto lo especificado en el Artículo 6° de la presente póliza (Exclusiones). La presente póliza es indisputable una vez transcurridos (2) años desde la celebración del contrato, es decir la Compañía Aseguradora no podrá invocar la reticencia o falsa declaración después de transcurrido este plazo, salvo cuando sea dolosa.

#### **Art. 10° DERECHO DE CONVERSIÓN**

Durante la vigencia de la póliza, sólo el Contratante tendrá derecho a cambiar el Plan de Seguro, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que lo haga a uno de menor Capital Asegurado. En caso el Contratante solicitase cambiar a un Plan de Seguro con mayor Capital Asegurado, el

Asegurado deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía Aseguradora, para lo cual se deberá llenar y firmar una nueva Solicitud de Seguro, pudiendo contratar un nuevo producto de seguro.

#### **Art. 11° DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

El Asegurado Titular podrá instruir para cobrar el importe del seguro en caso de su fallecimiento a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza como Beneficiarios. Cuando el Contratante sea también el Asegurado Titular de la póliza, podrá designar a los Beneficiarios. Si designase a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo se mencione lo contrario. De otro lado, a falta de Beneficiarios instituidos por el Asegurado Titular, el monto de la indemnización se pagará a sus herederos legales, en los porcentajes establecidos en el testamento, sucesión intestada o la ley, de no existir estos porcentajes se entregará la indemnización en partes iguales.

El Asegurado Titular podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la Compañía Aseguradora. El cambio de beneficiario, o de la calidad de éstos, para que surta efectos frente a la Compañía Aseguradora, debe constar en un Endoso en la Póliza o en un tercer documento legalizado por Notario Público.

**La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no hubiese sido notificado con anterioridad al pago de la indemnización.**

Si un beneficiario falleciera durante el proceso de liquidación de la póliza, el capital que le correspondería será pagadero a los beneficiarios sobrevivientes en la proporción correspondiente, siempre que no existan herederos legales del beneficiario fallecido.

#### **Art. 12° PAGO DE PRIMA**

La prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, según la modalidad y el período especificados en la póliza, debiendo realizarse con periodicidad mensual. El pago de la prima es responsabilidad exclusiva del Contratante de la póliza, y sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la Compañía Aseguradora o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente cancelando el recibo o emitiendo el comprobante de pago.

El pago de la prima se realizará a través del descuento en la remuneración del Contratante, realizado por el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Dicho Empleador deberá enviar mensualmente a la Compañía Aseguradora, la relación de Asegurados por quienes se ha realizado el descuento en su planilla, a fin de realizar el pago correspondiente de la prima del seguro.

El Contratante podrá optar por el pago de la prima a través del cargo en su tarjeta de crédito o mediante cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud, para lo cual deberá firmar la autorización correspondiente.

En todos los casos será responsabilidad exclusiva del Contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente. La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o falta de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. No se aceptarán pagos parciales de prima.

Para los casos de subsidio por incapacidad temporal de cuyo pago se encargue ESSALUD, será responsabilidad del Contratante el informar acerca de dicha situación a la Compañía Aseguradora. En este supuesto, el pago de la prima deberá ser realizado directamente en las oficinas de la Compañía o afiliando una tarjeta de crédito o a través de cualquier otra modalidad de pago acordada con la Compañía para el pago de la prima mensual.

**Art. 13° PERÍODO DE GRACIA Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO**  
Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días contados a partir del vencimiento de la prima o cuota correspondiente. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente. Si la prima se encontrase impaga, habiendo vencido el plazo de gracia mencionado, el contrato de seguro -considerando que la vigencia del mismo es de treinta (30) días conforme a lo establecido en el Artículo 4° del presente contrato-, no se renovará automáticamente en el siguiente período mensual, por lo que el mismo se extinguirá en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, librándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

**Art. 14° MONEDA**

Las obligaciones pecuniarias de esta póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

**Art. 15° AVISO Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTRO**

Una vez producido el siniestro, el Contratante, el Asegurado y/o el(los) Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del Siniestro, dentro de los siete (7) días contados a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. El dolo en que incurra el Contratante o Asegurado 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 Asegurado 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 Compañía Aseguradora ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio. En caso de culpa leve por parte del Asegurado o Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, esta 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 en las oficinas de la Compañía Aseguradora los antecedentes relativos al Siniestro, dentro de los noventa (90) días calendario contados desde el aviso del Siniestro.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida 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 que el plazo de prescripción establecido en la Ley del Contrato de Seguro es de diez (10) años desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario tuvo conocimiento del beneficio.

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios deberán presentar en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos, según corresponda:

**a) Muerte Natural**

- Documento Nacional de Identidad del Asegurado, en caso se cuente con el mismo.
- Certificado de Defunción (formato completo).
- Partida o Acta de Defunción.
- Documento Nacional de Identidad del Beneficiario.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos los relativos al fallecimiento del Asegurado.

**b) Muerte Accidental; adicionalmente a lo requerido en caso de muerte natural:**

- Protocolo de Necropsia completo, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente)



- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

**c) Invalidez Total y Permanente por Accidente**

- Documento de identidad del Asegurado; a falta de este documento, certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la partida de nacimiento.
- Informe del médico que prestó los primeros auxilios.
- Dictamen de Invalidez Total Permanente emitida por Essalud (Seguro Social de Salud) o MINSA (Ministerio de Salud) o la COMAFP (Comité Médico de las AFP); en caso de apelación, el dictamen médico será emitido por el Comité Médico de la SBS (COMEC).
- Atestado policial completo o acta de intervención policial, o de autoridad competente, en caso de accidente (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente). La fecha del accidente que conste en dicho documento constituye la fecha del siniestro.
- Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su invalidez.

**d) Para los casos de Deuda con el Empleador, adicionalmente a lo requerido para la cobertura por muerte o Invalidez Total y Permanente por Accidente, según corresponda, se deberá presentar el documento que sustente el préstamo respectivo, así como copias de las boletas o planillas de pago que demuestre el saldo insoluto a la fecha del siniestro. Los documentos deberán ser presentados mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).**

**e) En el caso de Desempleo, el Asegurado deberá presentar, adicionalmente a lo solicitado en los literales c) o f), según corresponda, la constancia emitida por el empleador mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). Asimismo, de ser necesario, aplicará lo dispuesto en la cobertura de Enfermedades Graves, en el siguiente literal.**

**f) Para la cobertura de Enfermedades Graves, deberán proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos del Asegurado, que posean este último y/o los Beneficiarios, entendiéndose como estos la Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue diagnosticado y tratado, Informe del médico tratante y Estudio histopatológico y Anátomo patológico. El Asegurado dará las facilidades y deberá someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del diagnóstico y tipo de enfermedad y determinar la fecha en que dicho diagnóstico se haya producido (fecha del suceso que otorga la cobertura). El costo de dichos exámenes y pruebas será de cargo de la Compañía Aseguradora, y serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días desde la recepción de toda la documentación e información requerida en la póliza. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contado desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas.**

**En cualquiera de los casos señalados previamente, adicionalmente a los documentos solicitados en el presente artículo, el(los) Beneficiario(s) deberá(n) presentar los informes, declaraciones, certificados o documentos, destinados a probar la ocurrencia del siniestro, que la Compañía Aseguradora razonablemente solicite dentro del plazo indicado más adelante.**

**Sin perjuicio de que es obligación del contratante, el Asegurado y/o el(los) beneficiario(s) presentar la documentación e información prevista en el presente artículo, 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 y necesaria indicada en la póliza para la liquidación, la Compañía 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 SBS, en particular lo establecido en el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros y la Ley del Contrato de Seguro.

El pago de la indemnización se efectuará en un plazo no mayor a treinta (30) días desde la fecha en que el siniestro fue consentido.

#### **Art. 16° CESACIÓN DEL EMPLEO**

Las coberturas del presente seguro sólo surtirán efecto mientras el Contratante mantenga el vínculo laboral con el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, o aun cuando habiendo finalizado dicho vínculo, haya cumplido con presentar la solicitud de continuidad indicada en el presente artículo.

Para que el Asegurado continúe gozando de las coberturas contratadas por la presente póliza luego del cese en el empleo del Contratante, éste último deberá solicitar por escrito la continuidad del seguro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la fecha del cese o finalización del vínculo laboral con el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En dicha situación, el pago de la prima será de forma mensual a través de la afiliación de una tarjeta de crédito o a través de cualquier otra modalidad acordada con la Compañía para el pago de la prima mensual.

**Luego de vencido el plazo indicado sin haberse solicitado la continuidad del seguro, la presente póliza se extinguirá automáticamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, librándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad (incluyendo la cobertura) derivada de la póliza.** La extinción por la causal descrita anteriormente no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza, siendo que la extinción es informada mediante las presentes Condiciones Generales y es aceptada en la contratación de la póliza.

En los casos que el Contratante, luego de haber cesado en su empleo, hubiese continuado con el pago de la prima sin haber solicitado la respectiva continuidad del seguro, el compromiso de la Compañía Aseguradora se limitará a la devolución de las primas pagadas en exceso, más los intereses legales.

#### **Art. 17° CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

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 reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- b) 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.
- c) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante, para lo cual el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución denominada "Declaración Jurada del Contratante" en original acompañada del DNI. El formato numerado de dicha Declaración podrá ser proporcionado por la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro. La resolución de la póliza será efectiva en treinta (30) días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este período el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar.
- d) 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 fijado anteriormente.

e) Por no contar con la cantidad mínima de asegurados en un mismo empleador conforme al artículo 18° del presente documento.

f) Por falta de pago de la prima conforme al artículo 13° de presente documento.

g) Por agravación del riesgo: Comunicada a la Compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, ésta debe manifestar al contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Mientras la Compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso. El seguro de vida no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.

h) Derecho del Asegurado de revocar su consentimiento por escrito, cuando éste sea distinto que el contratante. Cesará la cobertura del seguro desde la recepción del documento por parte de la Compañía. Asimismo, el Contratante tiene derecho a la devolución de la prima, salvo por la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

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

En todos los casos, salvo que en algún supuesto específico de resolución se diga expresamente algo distinto, sólo se devolverá la prima pagada por adelantado por la fracción de días del período mensual en curso que hubiese quedado trunco como consecuencia de la resolución. Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán de la siguiente manera:

(i) Para el supuesto establecido en el literal c), el Contratante deberá presentar una solicitud de devolución 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), d), e), g) y h) 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.

#### **Art. 18° TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA POR CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS EN UN MISMO EMPLEADOR**

La Compañía Aseguradora tiene la potestad de poner término a esta póliza en caso el número de Asegurados pertenecientes a un mismo Empleador sea menor a diez (10) trabajadores asegurados. En este caso, la Compañía Aseguradora deberá comunicarlo por escrito con una anticipación de treinta (30) días calendario, mediante aviso dirigido al último domicilio del Empleador y del Contratante de la póliza.

El plazo de 30 días se contará desde la fecha en que se comunicó al Contratante. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza.

#### **Art. 19° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

La nulidad deja sin efecto el presente contrato por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

El contrato de seguro será nulo y el Contratante y/o Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo el mismo, en caso de reticencia y/o declaración inexacta que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado y/o Contratante. Las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora, quien tiene el derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio, devolviendo sólo las primas pagadas en exceso a dicho monto.

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea también la nulidad del presente Contrato, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de la declaración de nulidad de la Póliza.

Asimismo, el contrato de seguro será nulo y El Asegurado y/o el Beneficiario perderán todo derecho a indemnización bajo el mismo: (i) si al tiempo de su celebración se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad que se produzca; y, (ii) cuando no existe interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En estos casos las primas pagadas serán devueltas por la Compañía Aseguradora, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de la declaración de nulidad de la Póliza.

Si el Asegurado o sus Beneficiarios hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía Aseguradora la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales y demás gastos que deberán ser debidamente justificados por la Compañía Aseguradora.

#### **Art. 20° INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS**

La Compañía Aseguradora podrá investigar, revisar y/o solicitar comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas; en general podrá disponer las medidas necesarias para la sustentación del evento. Si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, los Beneficiarios perderán todo derecho a indemnización sin perjuicio de que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

Asimismo, la presentación por parte del Contratante y/o Asegurado de información falsa, simulada o fraudulenta al momento de comunicación, sustento o investigación es causal de resolución expresa del presente Contrato de Seguro, procediéndose de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1430° del Código Civil.

#### **Art. 21° SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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 en Lima o del lugar donde domicilia el Contratante o Asegurado o Beneficiario, según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin embargo, una vez ocurrido el siniestro, las partes podrán acordar someter cualquier controversia que se derive de esta póliza a un arbitraje de derecho siempre que el monto reclamado supere los límites económicos fijados por la SBS. El tribunal arbitral estará compuesto de tres (3) árbitros que serán elegidos de común acuerdo en la siguiente forma:  
- Cada una de las partes elegirá a un árbitro y el tercero, quien lo presidirá, será designado por los

dos árbitros previamente nombrados, o en su defecto por el Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima o del lugar en que discuta la controversia.

- El procedimiento de arbitraje, incluso para la designación de los árbitros, se sujetará a las normas del Reglamento del mencionado Centro de Arbitraje. El fallo del Tribunal es inapelable.

**De ser el caso, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario tiene el derecho de acudir ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.**

#### **Art. 22° DOMICILIOS Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

El Contratante y/o Asegurado señalan como su domicilio, su dirección postal, de correo electrónico y número de celular los que aparecen registrados en la Solicitud de Seguro. La Compañía Aseguradora señala como su domicilio el que aparece registrado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Ambas partes acuerdan que a estos domicilios se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía Aseguradora y el Contratante y/o el Asegurado y/o (los) Beneficiario(s) con motivo de esta póliza la efectuarán por escrito, debiendo dirigirlas a sus domicilios, a través de cualquier medio que acredite fehacientemente la recepción por el destinatario o a las direcciones de correo electrónico de su titularidad que han sido consignadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud del Seguro o mediante cualquier comunicación telefónica sostenida con el Contratante y/o Asegurado y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han sido indicados por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud del Seguro. Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas en el domicilio registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Para el caso de las comunicaciones remitidas vía correo electrónico, se confirmarán y surtirán efecto desde del momento en que éstas hayan sido recibidas en el servidor de los correos electrónicos declarados en la Solicitud del Seguro. Para el caso de las comunicaciones por vía telefónica surtirán efectos desde que han sido realizadas y sostenidas con el Contratante y/o Asegurado.

En caso de variación de domicilio y/o de dirección de correo electrónico y/o de número telefónico, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s), según el caso, deberán comunicar por escrito a la Compañía Aseguradora su nuevo domicilio y/o dirección de correo electrónico y/o nuevo número telefónico. La referida variación surtirá efecto luego de cinco días hábiles de comunicado a la Compañía Aseguradora. De no cumplir con esta información, esta variación se tendrá por no válida y carecerá de efecto para este contrato de seguro, surtiendo todos sus efectos las declaraciones, notificaciones y cualquier comunicación que curse la Compañía Aseguradora en el domicilio o correo electrónico o teléfono(s) que aparecen registrados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En tal sentido, se pacta expresamente que las notificaciones efectuadas a las direcciones de correo electrónico y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos señalados por el Contratante y/o Asegurado conforme a la presente cláusula, tienen el mismo valor legal que si hubieran sido realizadas al domicilio físico, estando la Compañía Aseguradora facultada a efectuar las notificaciones, indistintamente al domicilio físico o al correo electrónico o al teléfono(s).

#### **Art. 23° CONFORMIDAD**

La Compañía Aseguradora y el Contratante declaran que, antes de suscribir la Póliza, han tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente contrato.

#### **Art. 24° DEFENSORIA DEL ASEGURADO**

**Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario(s) de la póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por APESEG (Asociación Peruana de Empresas de Seguros) orientada a**

**la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que se susciten entre éstos y las Empresas Aseguradoras.**

#### **Art. 25° CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el Contratante y/o Asegurado quedan informados y dan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Compañía Aseguradora, ubicado en su Oficina Principal.

La Compañía Aseguradora utilizará los datos personales, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Compañía Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante y/o Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica celebrada con la Compañía Aseguradora, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

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.

Los datos suministrados por el Contratante y/o el Asegurado son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Contratante y/o Aseguradora decidan no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la Compañía Aseguradora.

De acuerdo con la legislación vigente, el Contratante y/o el Asegurado están facultados a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en [www.sura.pe/seguros](http://www.sura.pe/seguros), mediante el procedimiento que se indica en dicho sitio web.

#### **Art. 26° 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.