

**RESUMEN**  
**SEGURO INDIVIDUAL CORPORATIVO (SIC) - SOLES**  
**(Registro SBS N° VI2058010004)**  
**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 Individual Corporativo conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

**Datos de la empresa Aseguradora:**

		<b>Atención al cliente</b>	
<b>Seguros</b>  <b>SURA</b>	<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 Atención:</u> Lima y Provincias: De lunes a viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	<u>Provincias:</u> Arequipa: Av. Ejercito 107-B - Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced	<u>Correo electrónico:</u> <a href="mailto:servicioalcliente.seguros@sura.pe">servicioalcliente.seguros@sura.pe</a>	

**Límite de edad para ser Asegurado**

Edad mínima de ingreso	:	18 años.
Edad máxima de ingreso	:	60 años.
Edad máxima de permanencia	:	65 años

**Lugar y Forma de Pago de Prima:**

El pago es de periodicidad mensual y se puede hacer a través de descuentos por Planilla o tarjeta de crédito o mediante cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud, previa firma de la autorización correspondiente.

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.

En todos los casos será responsabilidad exclusiva del Contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente. No se aceptarán pagos parciales de prima. (Artículo 12° Condiciones Generales)

**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 15° Condiciones Generales)

**Lugar para solicitar cobertura del Seguro:**

(Se completará al momento de la comercialización)

**¿Cómo solicitar la cobertura del seguro ante la ocurrencia de un 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 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, en especial 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 debidamente legalizados.
- 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, el Asegurado 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.

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. (Para mayor detalle revisar el Artículo 15 ° de las Condiciones Generales de la póliza).

## **Cargas**

**El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derechos. Sugerimos revisar su póliza para evitar el incumplimiento de dichas obligaciones.**

#### **Información sobre agravación del riesgo**

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

#### **¿Cuáles son las Coberturas de la póliza?**

Esta póliza posee las siguientes 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.

#### **¿Cuáles son las Exclusiones del seguro?**

**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:**

1. **Suicidio. Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.**
2. **Su participación como autor o participe bajo cualquier forma o modalidad en un acto delictivo, así como por las consecuencias posteriores que se pudieran derivar de dicha autoría o participación.**

3. Acto delictivo cometido por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado, sea como autor o participe en el acto delictivo, bajo cualquier forma o modalidad.
4. 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.
5. Enfermedad generada por el uso de drogas o estupefacientes o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Práctica de deporte riesgoso, considerándose como tal 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, practica 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.
10. 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/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 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.
11. 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.

12. 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.
13. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
14. Inhalación de gases, intoxicación e envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.

Las exclusiones de la póliza están detalladas en el Artículo 7° de las Condiciones Generales de la póliza.

#### **¿En qué situaciones se resuelve o termina el contrato de seguro?**

La póliza puede quedar resuelta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Por falta de pago de la prima del seguro: (Ver Artículos 12° y 13° de las Condiciones Generales)
- Cuando la cantidad de trabajadores asegurados dentro de un mismo Empleador sea menor a 10 personas. En esos casos la Compañía Aseguradora podrá ejercer su derecho a resolver la póliza comunicándolo al Empleador y a los Asegurados con 30 días de anticipación (Ver Artículo 18° de las Condiciones Generales).
- Por cese en el empleo: El Contratante deberá solicitar la continuidad del seguro luego del cese de empleo en un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de cese laboral, de lo contrario, el contrato de seguro se extingue automáticamente (Ver Artículo 16° de las Condiciones Generales).
- La edad máxima de permanencia es de 65 años, 11 meses y 29 días.
- Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante. Para ello el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración jurada del Asegurado", la cual será proporcionada por ésta, y deberá estar acompañada del DNI. La resolución de la póliza será efectiva en 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. (Ver artículo 16° de las Condiciones Generales).

Las demás causales de resolución podrán encontrarse en el artículo 17° del Condicionado General.

#### **¿Si deseo solicitar la resolución del seguro?**

El Contratante puede solicitar la resolución del seguro sin expresión de causa, para lo cual debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración jurada del Asegurado" en original acompañada del DNI. El formato 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. (Ver Artículo 17° de las Condiciones Generales).

#### **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 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.

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.

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

#### **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)

**Instancias para presentar reclamos y/o denuncias:**

- INDECOPI ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe))
- Defensoría del Asegurado ([www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe))
- Para solicitar orientación: Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (teléfono gratuito 0-800-10840)