

|                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| <b>Póliza de</b>    | <b>SEGURO DE VIDA GRUPO</b> |
| <b>Asegurado</b>    | XX                          |
| <b>Contratante</b>  | XX                          |
| <b>Dirección</b>    | XX                          |
| <b>Provincia</b>    | XX                          |
| <b>Departamento</b> | XX                          |

|                  |        |
|------------------|--------|
| <b>Póliza N°</b> | XX     |
| <b>Vigencia</b>  | XX     |
| <b>Moneda</b>    | XXXXXX |

|                   |        |
|-------------------|--------|
| <b>Bróker</b>     | XXXX   |
| <b>Código SBS</b> | XXXXXX |
| <b>Comisión</b>   | XXXX   |

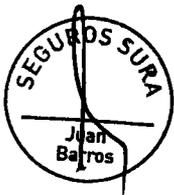
Para que la compañía quede obligada a efectuar cualquier pago conforme a la presente póliza y sus anexos, el asegurado deberá cumplir con la estricta observación de los términos contenidos en las condiciones generales y particulares.

SAN ISIDRO, XX DE XXX DEL XXX

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

Capital Social Suscrito Y Pagado: S/. 225,713,690.00 - Total Patrimonio : S/. 265,300,682.10 . Inscrito en la Partida 11169342 del Registro de Personas Jurídicas

VC 3.1



**CONDICIONES PARTICULARES  
SEGURO DE VIDA GRUPO  
POLIZA N° XXXX**

**Art. 1.- ASEGURADOS**

Son asegurados de ésta póliza los clientes de ahorro (depositantes) de XX que mantenga un promedio mínimo mensual de depósitos en su cuenta de ahorros, sea en dólares americanos o su equivalente en moneda nacional, igual o superior a XX o XX. En caso de cuentas mancomunadas el promedio mínimo mensual de depósitos, dividido entre el número de titulares de la cuenta, deberá ser igual o superior a US\$ XX monto que podrá ser ajustado periódicamente por la XX, previa comunicación a SURA; siempre que la póliza esté vigente, ésta se encuentra sujeta el pago de las primas correspondientes en forma puntual y a que el asegurado haya sido declarado por el contratante.

El Contratante deberá notificar mensualmente a SURA a través de un medio magnético los datos de los asegurados, indicando los nombres, apellidos, tipo de documento de identidad, Número de documento de identidad y fecha de nacimiento.

**Art. 2°.- CONTRATANTE**

Se considera Contratante de esta póliza a XX

**Art. 3°.- BENEFICIARIOS**

Se entenderá por beneficiarios de esta póliza a los personas que designen los asegurados en la Declaración de Beneficiarios o a falta de ésta, se considerarán como beneficiarios a los herederos legales de los asegurados.

**Art. 4°.- MONEDA**

Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresados las coberturas y pago de primas.

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la suma asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

**Art. 5°.- LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO**

Una vez ocurrido el siniestro, el Contratante y/o el Beneficiario, de ser el caso, comunicarán el Siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo máximo de siete (7) días calendario, contados a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro o desde que se conoce el beneficio, conforme a los medios de comunicación pactados en la presente póliza. El dolo en que incurra el Contratante o el 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 el 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 las circunstancias por otros medios. En caso de culpa leve por parte del Contratante 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.

La solicitud de cobertura debe contener el detalle de las coberturas reclamadas, los montos correspondientes y los documentos requeridos según cada cobertura, indicados en el Art.12° del Condicionado General.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado o Beneficiario de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decidan acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última - para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo señalado anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

**Art. 6°.- DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO**

Para hacerse acreedor a los beneficios establecidos, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en lima o provincia, los siguientes documentos de acuerdo a las coberturas de la presente póliza:

**Por Muerte Natural:**

- Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada).
- Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada).
- Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.
- Declaratoria de Beneficiarios o Sucesión Intestada definitiva, inscrita en Registros Públicos, (original o copia legalizada).
- Copia legalizada del DNI de Beneficiario.

- **Por Muerte Accidental:**

- Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo que la compañía lo requiera).
- Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.
- Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada), según corresponda.
- Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.

- **Por Muerte Accidental de Circulación:**

- Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo que la compañía lo requiera).
- Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.
- Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada), según corresponda.
- Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.

**Por Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

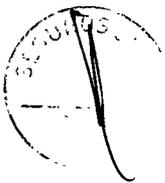
- DNI Asegurado (original o copia legalizada).
- Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSa.
- Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.
- Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.
- Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.



- **Por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente:**  
DNI Asegurado (original o copia legalizada).  
Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSa.  
Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.  
Dosaje Etilico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda..  
Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.
- **Por Gastos de Sepelio, Renta Familiar Mensual y Desamparo Súbito Familiar**  
Documentos solicitados para la cobertura por muerte natural y muerte accidental (de corresponder).
- **Por Adelanto por Enfermedad Grave Terminal:**  
DNI Asegurado (original o copia legalizada).  
Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.  
Informe Médico tratante.  
Anatomía Patológica (sólo para los casos de Cáncer).
- **Por Repatriación de Restos y Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen:**  
Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada).  
Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada).  
Facturas, Boletas y/o equivalentes, originales por gastos vinculados a los restos del asegurado.  
Copia legalizada del DNI de quien realizó los gastos.
- **Por Gastos de Curación por accidentes:**  
DNI Asegurado (original o copia legalizada).  
Informe del médico certificando el accidente.  
Informe del servicio de ambulancia detallando la causa u origen del accidente, en caso corresponda.  
Facturas y/o boletas originales por los gastos incurridos en las primeras cuarenta y ocho (48) horas posteriores de haber sufrido el accidente.  
Acta de intervención policial, de corresponder (original o copia legalizada).  
Dosaje Etilico y Toxicológico, de corresponder (original o copia legalizada).

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro, todo documento deberá ser presentado en original, de requerir copia simple o legalizada, será indicado por la Compañía Aseguradora dentro del plazo señalado en el párrafo siguiente. Sin perjuicio de que es obligación del Contratante y/o Beneficiario presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Contratante autoriza y se obliga 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, caso contrario, no correrá el plazo de treinta (30) días que tiene la Compañía Aseguradora para pronunciarse sobre el siniestro.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria para la liquidación, la Compañía Aseguradora cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo, transcurrido dicho plazo sin respuesta de la Compañía Aseguradora se entenderá consentido el siniestro. 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 conforme a la legislación establecida por la SBS. 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 Contratante cuenta con una declaración de beneficiarios presentada por cada cliente asegurado y una vez aprobado o consentido el siniestro se hará entrega de una constancia al beneficiario, quien acudirá a la aseguradora y cobrará la indemnización. En caso el cliente no haya declarado beneficiarios, se deberá contar con la declaración de herederos.

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

**Art. 7°.- IMPUESTOS**

Todos los impuestos, timbres, contribuciones, etc., creados y por crearse que graven esta Póliza, serán por cuenta del Contratante.

**Art. 8° DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES**

No hay deducibles para este seguro.

**Art. 9° COBERTURAS Y PRIMAS**

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

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

| COBERTURAS  | Suma Asegurada<br>Nuevos Soles<br>(S/.) |
|---|---|
| Muerte Natural  |   |
| Muerte Accidental                                     |   |
| Muerte Accidental de Circulación                      |   |
| Invalidez Permanente Accidental                       |   |
| Invalidez Parcial y Permanente                        |   |
| Gastos de Sepelio                                     |   |
| Renta Familiar Mensual (XX cuotas de S/. XXX c/u)     |   |
| Adelanto por Enfermedad Grave Terminal.               |   |
| Desamparo Súbito Familiar                             |   |
| Repatriación de Restos                                |   |
| Traslado de Fallecimiento al lugar de Origen          |   |
| Gastos de curación por accidentes                     |   |
| <b>Prima Mensual por Asegurado (incl.Gtos e Imp.)</b> |   |

La Compañía Aseguradora indemnizará los Siniestros derivados de las coberturas detalladas a continuación de acuerdo a los términos y condiciones del presente contrato de seguro:

**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 a lo establecido en las condiciones del seguro vigentes.

### **Muerte Accidental**

La Compañía Aseguradora 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.

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 como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo y/o accidentes médicos que sufra el Asegurado. Entendiéndose como accidentes médicos, a los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o tratamiento médico.**

### **Muerte Accidental de Circulación**

Las Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente de tránsito, entendiéndose como tal a aquel evento súbito en el que participa un vehículo automotor en marcha o en reposo en la vía de uso público, causando daño a personas - sean ocupantes o terceros no ocupantes del vehículo automotor-, o a cosas y que pueda ser determinado de manera cierta.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente de tránsito.

Para efectos de esta cobertura se entiende que la indemnización a causa de un accidente de tránsito, es excluyente para cualquier otro tipo de accidente.

### **Invalidez Total y Permanente Accidental**

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 presente 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 Aseguradora 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.

### **Invalidez Parcial y Permanente Accidental**

Si como consecuencia de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Parcial y Permanente, él recibirá el monto asegurado correspondiente a esta cobertura, indicado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud Certificado de la presente 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 Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por Invalidez Parcial y Permanente como la pérdida de un porcentaje mayor o igual al 50% pero inferior a los dos tercios de la capacidad de trabajo del asegurado.

### Gastos de Sepelio

En caso de muerte natural o accidental del asegurado, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza el capital Asegurado por concepto de Gastos de Sepelio señalado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado de la presente póliza, conforme a lo establecido en las condiciones del seguro sin que exista necesidad de la presentación de facturas de gastos, entendiéndose como un monto indemnizatorio adicional.

### Renta Familiar Mensual

Los beneficiarios designados por el asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural o accidental una Renta Mensual durante XX meses de S/. XXXX cada cuota. En caso exista más de un Beneficiario, el monto de la cuota a pagar se dividirá entre el número de beneficiarios.

### Adelanto por Enfermedad Grave Terminal

La compañía aseguradora adelantará el capital asegurado, en caso que al asegurado se le diagnostique clínicamente durante la vigencia de la póliza alguna de las siguientes enfermedades:

- Infarto Masivo del Miocardio.
- Accidente Cerebro Vascular (ACV).
- Cáncer.
- Insuficiencia Renal Crónica.

La presente cobertura surtirá efectos, siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza se encuentre vigente y siempre que no haya sido suspendida la cobertura.
- b) Que la enfermedad grave se diagnostique antes que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad.
- c) Que la enfermedad grave se diagnostique durante la vigencia de esta cobertura.

El adelanto del capital por enfermedades graves, dará lugar a la extinción inmediata del contrato, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

### Desamparo Súbito Familiar

Los Beneficiarios designados por el asegurado recibirán proporcionalmente, el monto asegurado correspondiente a esta 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.

### Repatriación de Restos

La compañía aseguradora reembolsará los gastos que se incurriera por la repatriación de los restos del Asegurado, cuando fallezca en el extranjero; hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado de la presente Póliza, de acuerdo a los gastos que realice. El reembolso se efectuará con la presentación de documentos originales.

### Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen

La compañía aseguradora reembolsará los gastos que se incurriera por los traslados de restos del titular, cuando la familia decida trasladar los restos a la ciudad de origen para sus exequias, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado de la presente póliza, dentro del territorio nacional. El reembolso se efectuará con la presentación de documentos originales.

### Gastos de curación por accidentes



# SEGUROS



En caso el Asegurado sufre un accidente, la presente cobertura se otorgara en forma de reembolso por los gastos de primero auxilios incurridos, hasta las cuarenta y ocho (48) horas posteriores de ocurrencia del accidente y hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la presente póliza. El reembolso se efectuará con la presentación de documentos originales.



CONTRATANTE

XXXXX  
Gerente de Operaciones y Tecnología

XXXXX  
Gerente de Administración, Finanzas y Técnica

