

**RESUMEN DE PÓLIZA**  
**SEGURO DE VIDA LEY TRABAJADORES CESANTES – INDIVIDUALES**  
**DECRETO LEGISLATIVO N° 688 (Ex trabajadores)**  
**(Código SBS VI2058200003 / VI2058220046)**

Seguros SURA, la Compañía Aseguradora (en adelante, la COMPAÑÍA), emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen del Seguro de Vida Ley Decreto Legislativo N° 688 conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

**Datos de la empresa Aseguradora:**

<b>Seguros</b>	<b>Atención al cliente</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.
<b>SURA</b>	<u>Provincias:</u> Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced	<u>Correo electrónico:</u> servicioalcliente.seguros@sura.pe	

**Personas Asegurables:**

Son asegurables bajo esta póliza las personas que hayan decidido acogerse al Artículo 18° del Decreto Legislativo N° 688 y a las normas reglamentarias y complementarias de ese dispositivo legal que conciernen a su condición de ex-trabajadores asegurados en LA COMPAÑÍA, así como a las Condiciones de esta póliza.

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

"EL ASEGURADO" se obliga a pagar a "LA COMPAÑÍA" la prima anual que corresponde a esta póliza, de acuerdo a la facturación elegida, dentro de los primeros siete (7) días calendario del inicio de la cobertura.

Si "EL ASEGURADO" no cumpliera con el pago de la prima, se origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. "LA COMPAÑÍA" deberá comunicar al "ASEGURADO" de manera cierta a través de los medios y en la dirección previamente acordados, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como el plazo que tiene para pagar antes que se suspenda la cobertura. "LA COMPAÑÍA" no es responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. La suspensión no es aplicable en los casos en que "EL ASEGURADO" ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

"LA COMPAÑÍA" podrá resolver el contrato de seguro durante la suspensión de la cobertura, según el artículo 15° de las Condiciones Generales.

"EL ASEGURADO" deberá pagar todas las primas pendientes para rehabilitar la cobertura suspendida, debiendo considerar que la rehabilitación surtirá efecto sólo a partir del día siguiente de dicho pago.

Sin perjuicio de lo indicado, si "LA COMPAÑÍA" no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinto.

**Vigencia de la Póliza**

Se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima según corresponda, 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.



La vigencia de la póliza finalizará al transcurrir doce (12) meses desde la fecha de inicio consignada en la solicitud de cobertura.

EL ASEGURADO, deberá tramitar la renovación de la póliza dentro de los 15 días útiles anteriores al vencimiento de la vigencia en curso, obligándose a pagar a "LA COMPAÑÍA", la prima que corresponda por la emisión y/o renovación de esta póliza, dentro de los siete (7) días calendario de inicio de la nueva cobertura. La póliza se extinguirá si "EL ASEGURADO" no cumplierse con tramitar su renovación, sin necesidad de remisión de comunicación previa a "EL ASEGURADO".

### Medio y plazo para aviso de siniestro:

Conforme a lo señalado en el Artículo 8° Decreto Legislativo N° 688, la declaración jurada que contiene los beneficiarios del trabajador a que se refiere el Artículo 1° de la precitada norma, debe ser entregada bajo responsabilidad a la COMPAÑÍA, dentro de las 48 horas de producido el fallecimiento del trabajador. EL ASEGURADO es responsable de la actualización de dicha declaración jurada.

### Lugar para solicitar cobertura del Seguro:

Se podrá solicitar cobertura ante cualquiera de las oficinas detalladas en la parte introductoria del presente resumen.

Ocurrido el fallecimiento o la invalidez total y permanente de "EL ASEGURADO", "EL ASEGURADO", sus beneficiarios o sus representantes legales, en caso de encontrarse aquél impedido, deberán de comunicarlo por escrito a "LA COMPAÑÍA". "LA COMPAÑÍA" efectuará el pago de la cantidad que corresponda, de acuerdo a lo estipulado en el DL 688 y sus normas modificatorias, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas legales que se indican a continuación en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), siendo que los beneficiarios son responsables de entregar la documentación requerida, según sea el caso:

### Por Muerte Natural:

- Certificado Médico de Defunción.
- Tres (3) últimas boletas de pago firmadas por el Asegurado.
- DNI del Asegurado (en caso se cuente con éste).
- Declaración de Beneficiarios (en caso haya sufrido variaciones o haya sido modificada) o Testamento por escritura pública.
- DNI o, en su defecto, Partida de Nacimiento de Beneficiarios menores de edad.
- DNI de Beneficiarios mayores de edad.
- Partida de Matrimonio, de ser el caso.
- Acta de defunción.

### Por Muerte Accidental (además de lo solicitado por muerte natural):

- Certificado de Necropsia, según corresponda.
- Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial, según corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Conclusiones de la Fiscalía, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).

### Por Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- DNI del Asegurado.



## SEGUROS



- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial, según corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Certificado de Invalidez emitido por Essalud, COMEC (Comité Médico de la Superintendencia) o COMAFP (Comité de AFP).
- Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital donde fue diagnosticado y tratado.

Cabe indicar que en observancia al Art. 17° del DL 688, que la cobertura deberá pagarse dentro de las 72 horas de presentada la solicitud de cobertura y aun cuando no se hayan presentado los beneficiarios, a partir de los quince (15) días de la fecha de fallecimiento del Asegurado. "LA COMPAÑÍA" quedará liberada de dicha obligación al consignar el importe del monto asegurado, siendo que no podrá consignar dicho monto antes de haber transcurrido 30 días desde la muerte del Asegurado.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el Asegurado y/o el Beneficiario deben suministrar a "LA COMPAÑÍA", a su pedido, la información veraz, razonable y necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo.

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

Esta póliza posee las siguientes coberturas:

**Muerte Natural:** 16 remuneraciones mensuales.

**Muerte Accidental:** 32 remuneraciones mensuales.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente:** 32 remuneraciones mensuales.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, el monto del capital que corresponda abonar, sea cual fuere la contingencia, se establecerá en base al promedio de las comisiones percibidas en los últimos tres (3) meses.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

### Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

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

Si el Asegurado no cumpliera con solicitar la renovación anual o con pagar las primas dentro de los plazos acordados, según lo estipulado en el Artículo 7° de las Condiciones Generales del Seguro de Vida Ley Decreto Legislativo N° 688.

Asimismo, el contrato será resuelto en los siguientes supuestos:

- Por falta de pago de la prima en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato de seguro durante la suspensión de la cobertura. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.**
- Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado mediante un previo aviso de treinta (30) días calendario a la Compañía Aseguradora. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.**

Para mayor información sobre la resolución y nulidad del Contrato de Seguro, remitirse al artículo 15° de las Condiciones Generales.

### Modificaciones

**Se deja constancia que, durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía Aseguradora no**

## SEGUROS



podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Asegurado. El Asegurado 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.

De igual manera, se precisa que las modificaciones propuestas no pueden contravenir lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688, en lo que fuere aplicable.

### Procedimiento y lugar para presentar un reclamo

El 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.

### 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)



**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA LEY TRABAJADORES CESANTES - INDIVIDUALES**  
**DL 688 EX TRABAJADORES**  
**Código de Registro SBS N° VI2058200003 / VI2058220046**  
 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Nombres y Apellidos

Documento de Identidad:

Motivo de la solicitud

Emisión de póliza  Renovación de póliza  N° de Póliza:

Contestar en caso el cliente esté trabajando actualmente

¿Actualmente está incorporado en otra póliza del Seguro de Vida Ley contratada por su actual empleador?

Sí  No

Sólo para ser llenado en caso de emisión de póliza

Fecha de Nacimiento:

Dirección

Provincia

Distrito

Teléfonos

Empresa donde trabajó:

Póliza:

Fecha de Cese:

Firma del asegurado

Fecha:

DNI:

**En caso de emisión de póliza nueva se deberá adjuntar los siguientes documentos**

1. Copia legalizada de las tres (3) últimas boletas de remuneraciones
2. Formulario Legalizado de la Declaración de Beneficiarios
3. Fotocopia Legalizada del DNI.
4. Fotocopia Legalizada de la Liquidación de Beneficios

De no haber rechazo a la solicitud, la póliza o renovación será entrega al contratante o asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario contados desde la fecha de presentación de la presente solicitud.

“EL ASEGURADO” dentro de esta póliza, se obliga a pagar a “LA COMPAÑÍA” la prima anual, de acuerdo a la facturación elegida por “EL ASEGURADO”, que corresponde por esta póliza, dentro de los primeros siete (7) días calendario del inicio de la cobertura.

Si “EL ASEGURADO” no cumplierse con lo indicado en el párrafo anterior, se origina la suspensión automática de la cobertura del seguro una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de



## SEGUROS



vencimiento de la obligación, "LA COMPAÑÍA" deberá comunicar de manera cierta al asegurado a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como indicar el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. "LA COMPAÑÍA" no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantiene suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el contratante ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del contrato.

Para que "EL ASEGURADO" pueda contar nuevamente con cobertura deberá pagar las primas pendientes de pago, por lo que la cobertura será rehabilitada sólo a partir del día siguiente del pago de la prima.

Sin perjuicio de lo indicado, "LA COMPAÑÍA" no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.

**EL ASEGURADO para las siguientes renovaciones, al no ser automáticas, deberá tramitarlas dentro de los quince (15) días anteriores al vencimiento de la vigencia anterior. Si "EL ASEGURADO" no cumpliera con tramitar la renovación de la póliza en el plazo establecido o si es asegurado en otra póliza de Seguro de Vida Ley contratada por su nuevo empleador con cualquier compañía de seguros del mercado local, la póliza quedará automáticamente resuelta sin necesidad de aviso previo de ninguna índole por parte de "LA COMPAÑÍA" quedando el asegurado sin cobertura.**

En caso de variación de domicilio y/o de dirección de correo electrónico y/o de número telefónico, el 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 (5) días hábiles de comunicada 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 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), siempre que la norma no establezca un mecanismo específico.

El Asegurado declara expresamente que ha sido previamente informado y conoce los alcances de la política sobre protección de datos personales de la Compañía desarrollada en el sitio web [www.sura.pe/seguros](http://www.sura.pe/seguros). En tal sentido, el Asegurado otorga su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales, con fines de evaluación del riesgo, ejecución del presente contrato y de toda actividad vinculada con este último, envío de comunicaciones vinculadas con la Póliza y/o para fines comerciales o publicitarios. El banco de datos de titularidad de la Compañía está ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima. El Asegurado autoriza que los referidos datos personales podrán ser transferidos, para los fines antes indicados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades financieras o inmobiliarias, ya sea que pertenezcan o no al Grupo económico de la Compañía. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

El Asegurado reconoce y autoriza expresamente a la Compañía Aseguradora a remitirle cualquier comunicación a la dirección de correo electrónico que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier otro tipo de comunicación permitida por la normativa de seguros vigente. Estas comunicaciones surtirán plenos efectos legales y reemplazarán a la notificación al domicilio físico, siempre que la norma no establezca un mecanismo específico. El Asegurado declara ser titular de la dirección de correo electrónico y/o teléfonos que han indicado en la presente Solicitud, asimismo, se obligan a comunicar a la Compañía Aseguradora el cambio de dicha dirección de correo electrónico y/o teléfonos, dicho cambio surtirá efecto luego de cinco (5) días hábiles de comunicado a la aseguradora.

SEGUROS SURA  
PAC  
Carlos Azabado

SEGUROS SURA  
Juan Carlos

SEGUROS SURA  
Juan Carlos

## SEGUROS



### FORMATO DE AUTORIZACION "ASESORIA INTEGRAL SURA"

Como parte de los beneficios que te ofrecemos al ser Cliente de seguros SURA, te presentamos nuestro nuevo servicio de "Asesoría Integral SURA", el cual ha sido desarrollado especialmente para ti y que te permitirá:

- Obtener información consolidada de los productos que pudieses haber contratado en las empresas de SURA en el Perú: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA e Hipotecaria SURA.
- Acceder a una propuesta integral que te permitirá optimizar tu patrimonio y alcanzar tus objetivos personales.

Respecto a los datos de contacto: Teléfonos, correo electrónico, dirección de correspondencia registrados en mi solicitud N° \_\_\_\_\_

- Autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA" (\*)  
 No autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA"

Firma: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Cliente)

(\*)"Seguros SURA es una empresa que forma parte del grupo económico Grupo de Inversiones Suramericana S.A. (SURA). En el Perú forman parte de SURA: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA, Hipotecaria SURA y SURA Asset Management Perú S.A. (en adelante denominadas cualquiera de ellas y todas en conjunto, "Grupo SURA").

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, Ley N° 29733 y Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, respectivamente, ponemos en su conocimiento que al suscribir el presente documento, usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, pueda utilizar, transferir y/o compartir su información personal y conforme entre las mismas; así como la información de los productos, tenencias y/o servicios que contrate con el Grupo SURA.

Dicha información podrá ser utilizada para brindarle una asesoría integral que le permita acceder, a través de portales web u otros medios electrónicos a información consolidada respecto a sus productos, tenencias y/o servicios; así como para los fines comerciales relacionados a sus actividades de negocio. Por lo cual, Grupo SURA, puede requerir la colaboración de terceros para que tramiten o manejen su información, incluyendo la de carácter personal y sensible. En este sentido, usted autoriza a Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, a transferir y dar tratamiento a la información necesaria para estos fines.

Le informamos que usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de sus datos personales en cualquier momento.

Al suscribir este documento, usted manifiesta que se adhiere a nuestra Política de Privacidad integral, la cual ha sido revisada de manera previa y se encuentra disponible en nuestra página web [www.sura.pe](http://www.sura.pe).

SEGUROS SURA  
Seguros SURA  
PAC  
Carlos Azabache

SEGUROS SURA  
Jua  
Barros