

SOLICITUD / CERTIFICADO SEGURO DE VIDA GRUPO /

CÓDIGO DE REGISTRO EN LA SBS N°XXXXXXXXXX

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Solicitud / Certificado Seguro Póliza N°: 00000

Fecha y hora de firma de la Solicitud:

Vigencia: de acuerdo a condiciones de la póliza.

Compañía de Seguros: Seguros SURA	Teléfono: 222-2222	RUC: 20463627488
---	------------------------------	----------------------------

Dirección:
Av. Canaval y Moreyra N° 522 piso 10, San Isidro - Lima

Contratante:	Teléfono:	RUC:
---------------------	------------------	-------------

Dirección:

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos paterno, materno, nombres:	DNI:
---	-------------

Fecha de nac:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Edad:
----------------------	---	--	--------------

Dirección:
Av. Ca. Dpto. Of.:

Distrito:	Provincia:	Departamento:
------------------	-------------------	----------------------

Teléfono Casa:	Teléfono Oficina:	Celular:	Fax:	E-mail:
-----------------------	--------------------------	-----------------	-------------	----------------

2. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Apellidos paterno, materno, nombres:	Parentesco:	Porcentaje:




--	--	--

PRIMAS COMERCIALES ALTERNATIVAS

	PLAN A	PLAN B
Titular	US\$ *	US\$ *
Titular + Cónyuge	US\$ *	US\$ *

(*) IGV no aplicable. Importe referencial en nuevos soles para fines informativos, al tipo de cambio de, este importe variara de acuerdo al tipo de cambio en la fecha de pago o cargo.

La Modalidad de pago es:

Mensual Semestral Anual

Tasa de costo efectivo anual en caso de fraccionamiento, en caso corresponda:%

AUTORIZACIÓN DE CARGO: Autorizo a realizar los cargos mensuales.

Cuenta de ahorros Cuenta corriente Visa Mastercard

N° Moneda extranjera Moneda nacional

En caso de cambio de número de tarjeta por cualquier circunstancia, el Contratante autoriza la afiliación del Pago Automático de los servicios arriba indicados a la tarjeta que se emita en sustitución de la anterior. El Contratante debe dar aviso a la Compañía Aseguradora del nuevo número de tarjeta. Sin perjuicio de ello, es obligación del Contratante comunicar al banco que los cargos de las primas del seguro deben realizarse en el nuevo número de tarjeta.

Firma del Titular o Titulares

Nombre: _____

Nro. DOI: _____

DOI (documento oficial de identidad) Gerente de Operaciones

3. DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Estatura	Peso actual	¿Fumas o has fumado en los últimos 12 meses?	
_____ mt	_____ kg.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indicar consumo diario:	Unidad(es)

Profesión u Ocupación: _____ | Actividad que desarrolla: _____

Para uso interno, no completar:

Registro	Agencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma y sello del funcionario	



¿Practicas algún deporte como profesional?

Sí No ¿Cuál?:

¿Practicas algún deporte riesgoso?

Sí No ¿Cuál?:

¿Has padecido, tienes conocimiento de padecer o has requerido tratamiento por:

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Alcoholismo o drogadicción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Convulsiones, epilepsia, parálisis, enfermedad mental, meningitis, enfermedades nerviosas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Asma, tuberculosis, enfisema o neumonía o enfermedades pulmonares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Hipertensión arterial, angina o dolor de pecho, arritmias, bypass o angioplastia coronaria, enfermedad cardíaca, vascular, soplo o infarto cardíaco o enfermedad relacionada con el corazón; colesterol alto, sobrepeso u obesidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Enfermedades del hígado, hepatitis B o C, riñones, páncreas, úlceras, diabetes Mellitus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) SIDA, VIH, cáncer o tumores malignos. Leucemia, miomas, displasia mamaria, endometriosis, enfermedades de transmisión sexual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Algún defecto físico o si va a ser sometido a un tratamiento médico y/o intervención quirúrgica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Tienes conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión no resuelta a la fecha y diagnosticada por un profesional médico colegiado, a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario? | | |

En caso de responder Sí a cualquiera de las preguntas antes indicadas, agradeceremos la(s) especifique:

Nº	Diagnóstico / Causa	Mes / Año	Tratamiento Actual	Fecha último episodio	Médico tratante / Centro Médico
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

4. REFERENCIALES DE SEGURO DE VIDA

¿Tienes Seguro de Vida?

Sí No

¿Cuántos?

1. Declaro conocer que la información brindada en la presente solicitud es un elemento integrante del Contrato de Seguro y que la reticencia y/o declaración inexacta de la información brindada en la presente solicitud generará la nulidad del Contrato de Seguro, si media dolo o culpa inexcusable; lo que obliga a declarar con total veracidad y buena fe. Asimismo, declaro conocer que no se pagará la indemnización del Contrato de Seguro si el siniestro se produce como consecuencia de una enfermedad preexistente, actividad, deporte o cualquier circunstancia no especificada en la Solicitud.
2. Autorizo a cualquier médico u otro profesional que hubiese tenido conocimiento de mis dolencias a poner a disposición de la Compañía dicha información, incluyendo la referida al HIV/SIDA y antecedentes patológicos, incluso en caso de muerte. Autorizo a la Compañía a



solicitar a cualquier entidad o persona los antecedentes o documentos que puedan permitir realizar una mejor evaluación de la Solicitud de Seguro o de un eventual siniestro. Asimismo, me comprometo a realizar las pruebas médicas que razonablemente me soliciten.

3. Esta solicitud que contiene la declaración de salud del asegurado, tiene validez de 30 días desde su fecha de emisión.

Tratándose de un seguro de grupo, la Compañía Aseguradora deberá entregar los certificados de seguro necesarios según el número de asegurados de la póliza.

4. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Se tomará como inicio de vigencia de la cobertura la fecha y hora indicadas al inicio de esta Solicitud-Certificado

5. RIESGOS CUBIERTOS – COBERTURAS BASICAS

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

6. COBERTURAS	PLAN A	PLAN B
Muerte Natural	US\$	US\$
Muerte Accidental	US\$	US\$
Canasta Familiar (\$..... x 6 meses)	US\$	US\$

7. EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del asegurado se debe directa o indirectamente a:

- Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado igual o 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.
- Lesiones que El Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase en actos de Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa

de homicidio) al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro

- d. Lesiones causadas por el Asegurado por la intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, hostilidades u operaciones bélicas, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, en que el Asegurado participe por culpa grave propio o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- e. Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la ignición de dicho combustible.
- f. Los accidentes que se produzcan en la realización o práctica de actividades, profesión u oficio claramente peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el Asegurado ni mencionados por el mismo en la solicitud respectiva, o aun cuando lo hubiera hecho; considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.
- g. Los accidentes que se produzcan en la práctica de deportes riesgosos, 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.
- h. El riesgo de aviación solo queda cubierto cuando el asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público, sobre una ruta establecida y autorizada para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario fijo entre aeropuertos debidamente establecidos.
- i. Enfermedades preexistentes, 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.
 - Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro
- k. Por fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- l. VIH o Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus derivados y complicaciones
- m. Muerte en acción de armas y/o acto de servicio si el asegurado pertenece a las Fuerzas Armadas o Policiales u otra Institución similar.

8. ASEGURADOS

Son asegurados de esta póliza los clientes de la empresa del sistema financiero, cooperativas asociaciones etc., personas naturales que hayan completado y firmado la Solicitud/Certificado Seguro de Vida Grupo y que autoricen que el cargo de la prima de la presente póliza se realice bajo la modalidad de cargo automático en cuenta corriente o cuenta de ahorros o tarjeta de crédito en moneda nacional (nuevos soles) o extranjera (dólares americanos).

9. EDAD MAXIMA DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso es desde los dieciocho (18) años. La edad máxima de ingreso es de sesenta y cinco (65) años cumplidos. La edad límite del Asegurado para la permanencia en esta póliza, queda establecida en 65 años, 11 meses y 29 días, momento en el cual se producirá la terminación automática del seguro respecto de dicho asegurado, sin que medie comunicación alguna.

10. VIGENCIA DEL SEGURO

El seguro estará vigente hasta el día y hora de firma de la presente solicitud del año inmediato siguiente (o hasta el 1° de marzo del año siguiente si fuera firmado un 29 de febrero); sin perjuicio de que sea renovable automáticamente por períodos anuales y sucesivos.

11. PAGO DE PRIMA

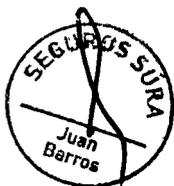
La prima será pagada por el Asegurado mensualmente bajo la modalidad de pago de cargo automático en cuenta corriente o ahorros o tarjeta de crédito del. El Contratante se obliga a efectuar el pago de las primas en forma mensual, semestral y/o anual.

12. ALGUNAS DEFINICIONES RELEVANTES

Accidente: 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, 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.

Asegurado: Es la persona contratante del seguro sobre cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo y, en caso de su muerte, producirá la responsabilidad de indemnizar el Capital Asegurado a el(los) Beneficiario(s), de acuerdo con los términos y condiciones pactados en la Póliza.

Beneficiario: Es la persona designada en la póliza por el Asegurado, con derecho a cobrar la indemnización del seguro. A falta de éstos, se indemnizará a los herederos legales.



Canasta Familiar: La compañía Aseguradora indemnizará a los beneficiarios, al fallecimiento del asegurado, con una renta mensual durante seis (06) meses conforme a lo indicado en el condicionado general. Los Beneficiarios podrán recibir las seis (06) rentas mensuales en un solo pago.

Capital Asegurado: es la suma o importe determinado por el asegurado, que constituye el valor de la indemnización que la Compañía Aseguradora se responsabiliza a pagar a favor de él (los) Beneficiario (s), en caso de ocurrir el siniestro. Compañía Aseguradora: Se refiere a Seguros SURA.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago y, la vigencia del contrato, entre otros.

Prima Comercial: Es el valor dinerario determinado por la Compañía Aseguradora como contraprestación por la cobertura de la Póliza. Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa. Su pago es responsabilidad del Contratante.

Siniestro: es la aparición, acontecimiento, suceso o materialización del riesgo cubierto por el seguro. En el caso de riesgo de vida, se materializa con la muerte del Asegurado, ya sea muerte natural o muerte accidental.

13. AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACION DE DOCUMENTOS

Una vez ocurrido el fallecimiento del Asegurado el(los) Beneficiario(s), comunicarán por escrito el siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo de siete (7) días calendarios, 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 incurran los beneficiarios en el cumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa inexcusable, no se perderá el derecho a la indemnización 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 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, el Beneficiario deberá presentar a la Compañía Aseguradora los antecedentes relativos al siniestro, dentro de los noventa (90) días calendario contados desde el aviso de siniestro.

Los Beneficiarios deberán presentar el original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

a) En caso de fallecimiento del Asegurado:

- Certificado Médico de Defunción (formato completo), en caso corresponda.
- Partida o Acta de Defunción
- DNI del Beneficiario o heredero legal, en caso no se hubiese designado beneficiarios y proceda el pago de herederos legales.
- Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue declarado muerto, reservándose la Compañía Aseguradora el derecho de solicitarla directamente a dicho establecimiento en aplicación del artículo 25 literal f) de la Ley General de Salud .



- Copia Literal de inscripción de testamento o de la Sucesión Intestada (trámite notarial) o declaratoria de herederos (trámite judicial) emitida por SUNARP, con antigüedad no mayor a 30 días para determinar los herederos legales en caso no se hubiese establecido beneficiarios en la póliza.

En caso el fallecimiento del Asegurado es causado por un accidente, deberá presentar, adicionalmente, original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Certificado de Necropsia, según corresponda
- Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial, según corresponda.
- Dosaje Etílico y/o estudio Químico Toxicológico, según corresponda.
- Carpeta Fiscal o conclusiones de la Fiscalía, en caso corresponda.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro dentro de los primeros veinte (20) días calendario del plazo de treinta (30) días calendario con el que cuenta la Compañía Aseguradora para aceptar o rechazar el siniestro, suspendiéndose el plazo que tiene la Compañía Aseguradora para proceder a evaluar el siniestro hasta que se entregue la nueva documentación requerida, conforme a lo establecido en la legislación de seguros vigente. Todo documento deberá ser presentado en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada). Sin perjuicio de que es obligación del Beneficiario presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Contratante y/o el Beneficiario 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.

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

Se deja a salvo el derecho del Beneficiario para 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 el plazo de caducidad establecido por La Ley del Contrato de Seguro.

14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Si el presente seguro no es contratado directamente con la Compañía Aseguradora o con la intervención de un corredor de seguros, el Asegurado podrá resolver el mismo sin expresión de causa ni penalidad alguna, con la correspondiente devolución total de la prima que hubiere sido pagada, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud/Certificado Seguro de Vida Grupo. Para tal fin, el Asegurado podrá ejercer el presente derecho, remitiendo una comunicación empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del presente contrato, indicando su intención de resolver el seguro.

15. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El Contratante y el Asegurado declaran expresamente que han sido previamente informados y conocen los alcances de la política sobre protección de datos personales de la Compañía desarrollada en el sitio web www.segurossura.pe. En tal sentido, el Contratante y el Asegurado otorgan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales, con fines de evaluación del riesgo, ejecución del presente contrato y de toda actividad vinculada con este último, envío de comunicaciones vinculadas con la Póliza y/o para fines comerciales o publicitarios. El banco de



datos de titularidad de la Compañía está ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 522, San Isidro, Lima. El Contratante y el Asegurado autorizan que los referidos datos personales podrán ser transferidos, para los fines antes indicados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades financieras o inmobiliarias, ya sea que pertenezcan o no al Grupo económico de la Compañía. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

16. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El Contratante y el Asegurado reconocen y autorizan expresamente a la Compañía Aseguradora a remitirles cualquier comunicación a la dirección de correo electrónico que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han indicado en a presente Solicitud y/o cualquier otro tipo de comunicación permitida por la normativa de seguros vigente. Estas comunicaciones surtirán plenos efectos legales y reemplazarán a la notificación al domicilio físico. El Contratante y el Asegurado declaran ser titulares de la dirección de correo electrónico y/o teléfonos que han indicado en la presente Solicitud, asimismo, se obligan a comunicar a la Compañía Aseguradora el cambio de dicha dirección de correo electrónico y/o teléfonos, dicho cambio surtirá efecto luego de cinco (5) días hábiles de comunicado a la aseguradora.

17. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

18. MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES Y RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El Asegurado tiene derecho a no aceptar las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del Contrato. El Asegurado podrá resolver el presente seguro sin expresión de causa.

19. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA

Forman parte de la relación contractual entre la Compañía aseguradora y el asegurado y beneficiarios, las condiciones generales y particulares firmadas con el contratante. El asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo a la compañía aseguradora.

20. ATENCIÓN DE RECLAMOS:

En caso de reclamos, el Asegurado y/o Beneficiario puede contactarse con la Compañía Aseguradora a través del Sistema de Atención al Usuario implementado para estos fines. A continuación detallamos las direcciones de nuestras oficinas, teléfonos, correo electrónico y página web de contacto:

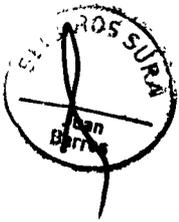
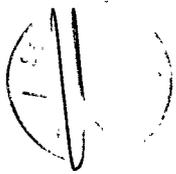
- Lima: Av. Canaval y Moreyra 522, Piso10, San Isidro
- Provincias: Arequipa: Av. Ejercito 107-B, Yanahuara; Piura: Calle Tacna 307; Trujillo: Av. Larco Herrera 535, Urb. La Merced
- Teléfonos: 222 7777 / 0800 11117



- Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe
- Página web: www.segurosura.pe (opción "contáctenos")

21. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS O DENUNCIAS:

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el 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 estos y las empresas aseguradoras. Ello, sin perjuicio del derecho del Asegurado de acudir a un proceso arbitral o a las autoridades administrativas (INDECOPI) o judiciales que considere pertinentes.



Firma Asegurado

Firma Contratante