

**RESUMEN DE LA PÓLIZA DE SEGURO
ACCIDENTES PERSONALES
(Registro SBS AE2056120019)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas
Reglamentarias**

Seguros SURA, la Compañía Aseguradora, emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen de Accidentes Personales conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

1. Datos de la empresa Aseguradora:

Seguros SURA	Atención al cliente		
	Oficina Principal Av. Carnaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro	Línea de servicio al cliente: 222 7777 0800-11117 (línea gratuita)	Horario de Atención: Lima y Provincias – De lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Victor Larco 535 Urb. La Merced	Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe	

2. Límite de edad para ser Asegurado:

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

3. Lugar y Forma de Pago de Prima:

- Débito automático (cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito): En caso escoja esta modalidad, el pago es de periodicidad mensual y se deberá firmar la autorización correspondiente.

En todos los casos será responsabilidad exclusiva del Contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente (Artículo 11° Condiciones Generales).

4. 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 calendario siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. (Artículo 15° Condiciones Generales)

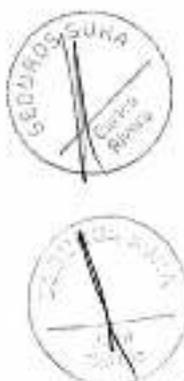
5. Lugar para solicitar cobertura del Seguro:

Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen.

6. ¿Cómo solicitar la cobertura del seguro ante la ocurrencia de un siniestro?

El (los) beneficiario (s) podrá(n) exigir a la Compañía Aseguradora el pago del Capital Asegurado presentando el original o copia certificada o certificación de reproducción notarial de la siguiente documentación:

1. Respecto al Asegurado:



- Copia de DNI, en caso de contar con este.
- Certificado Médico de Defunción.
- Acta de Defunción.
- Atestado Policial Completo, sólo en caso de accidente en que haya presunta responsabilidad de terceros o daños a dichos terceros o a la propiedad pública o privada.
- Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- Dosaje Etilico y Toxicológico, en caso corresponda.

2. Respecto al (los) Beneficiario(s):

- a. Documento de identidad
- b. Testamento, sucesión Intestada o resolución que lo declare Beneficiario en caso no figure en la Póliza.

En cualquier caso, adicionalmente a los documentos referidos en el presente numeral, el (los) Beneficiario(s) deberá presentar los informes, declaraciones, certificados o documentos, destinados a la evaluación del siniestro y a probar la coexistencia de todas las condiciones necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que ésta solicite, conforme a lo establecido en el párrafo siguiente.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria para la liquidación que se encuentran detallados en la presente Póliza, 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, conforme a la legislación establecida por la SBS.

7. 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.

8. Información sobre 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.

9. ¿Cuáles son las Coberturas de la póliza?

La Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro. **Se hará distinción en aquellos accidentes ocurridos en transporte aéreo comercial.**

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora que la muerte sobreviniere a consecuencia directa e inmediata de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguientes de ocurrido el accidente.

La Compañía Aseguradora cubrirá la muerte que pueda resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.



SEGUROS

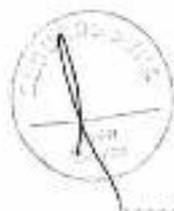


Para mayor detalle de las coberturas revisar las Condiciones Particulares de la Póliza, las Cláusulas Adicionales y el Artículo 3° de las Condiciones Generales de la póliza.

10. ¿Cuáles son las Exclusiones del seguro?

Este seguro excluye de su cobertura y no cubre el fallecimiento del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a. Suicidio, cualquiera sea el momento en que ocurra, o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- b. 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.
- c. Acto delictivo cometido en calidad de autor o participe, por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.
- d. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motin, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando exista participación activa del Asegurado.
- e. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- f. 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.
- g. Práctica de deportes riesgosos, entendidos estos como deportes practicados en forma frecuente por el Asegurado, que por las situaciones y condiciones en que se realizan originan un significativo aumento del riesgo de sufrir lesiones corporales graves o la muerte del asegurado. Incluye pero no está limitado a, deportes tales como: Artes marciales, boxeo (que impliquen pleno contacto), buceo, montañismo o escalada, ala delta, paracaidismo, parapente automovilismo, carrera de velocidad (moto - lancha), motonáutica, aviación deportiva, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping, Puenting o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill. Deben ser declarados por escrito a la Compañía Aseguradora.
- h. Práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no haya sido declarado por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, mediante comunicación escrita.
- i. 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 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.
- j. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el caso que el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en avión operado por una empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, en vuelo regular dentro de itinerario fijo, o en vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo. Se excluye aerotaxis.



- k. Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.

Los denominados "Accidentes Médicos", entendiéndose a estos como los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o tratamiento médico: 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.

- l. Consecuencia de enfermedades de cualquier naturaleza: física, mental o nerviosa;
- m. Trastornos o complicaciones sufridos en el embarazo o parto.
- n. Consecuencia de HIV, cáncer u otras enfermedades terminales, u anomalías congénitas, o trastornos que sobrevengán por tales anomalías o relacionados a ellas.

11. ¿En qué casos se resuelve el contrato de seguro?

La resolución deja sin efecto el contrato de seguros celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
- b) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Beneficiario.
- c) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante 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. Por decisión unilateral y sin expresión de causa por la Compañía Aseguradora debiendo dar un preaviso por escrito con una anticipación no menor de 30 días calendario.
- e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, retraer la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior.
- f) Por decisión de la Compañía Aseguradora, dentro de los quince días de comunicada la agravación del riesgo por el Contratante y/o Asegurado. Durante el tiempo en que la Compañía Aseguradora no manifieste su decisión de resolver el contrato, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

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



En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al periodo efectivamente cubierto.

En el supuesto señalado en el literal d) la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante y/o Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b), c) y e) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

En el supuesto f) la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán de la siguiente manera:

- i) Para el supuesto establecido en el literal d) (sólo si la resolución unilateral se da por parte del Contratante), el Contratante deberá presentar una solicitud de manera presencial a través de las plataformas de atención ubicadas en las oficinas de la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al Contratante sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del Contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.
- ii) Para los supuestos establecidos en los literales a), b), c), d) (sólo si la resolución unilateral se da por parte de la Compañía Aseguradora), e) y f) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante y/o Asegurado sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución, con abono a la cuenta del cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

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

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

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea también la nulidad del contrato de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada.

Por otro lado, en caso que la prima pagada sea inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Asimismo, el contrato de seguro será nulo y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo el mismo: (i) si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad que se produzca; y, (ii) cuando no existe interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En estos casos las primas pagadas serán devueltas por la Compañía Aseguradora.



SEGUROS



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

12. 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 calendario de anticipación al vencimiento de la vigencia mensual de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendario 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 periodo correspondiente de 30 días de duración del producto, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

Sin perjuicio de lo indicado previamente, durante la vigencia del contrato el asegurador no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada.

13. 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)

14. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias:

- INDECOPI (www.indecopi.gob.pe)
- Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe)

Para denuncias o consultas Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (teléfono gratuito 0-800-10840)

