

CONDICIONES GENERALES
VIDA ACCIDENTAL
(Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias)

Registro: SBS AE2056110024 (S/.)
SBS AE2056120043 (US\$)

Art.1°.- OBJETO Y MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Seguros SURA (en adelante, "la Compañía Aseguradora") emite la presente Póliza a cambio del pago de la prima convenida, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y Especiales, y a las declaraciones contenidas en la Solicitud-Certificado firmada por el Asegurado, todo lo cual forma parte integrante de la Póliza.

La Póliza, así como sus eventuales Endosos, estos últimos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía Aseguradora, así como por el tomador o Contratante son los únicos documentos válidos que establecen los derechos y obligaciones de las partes. La Compañía Aseguradora sólo será responsable por los términos y condiciones establecidos en los mencionados instrumentos.

Se deja constancia que, 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.

Si el contenido de la Póliza no concordase con las condiciones ofrecidas por la Compañía Aseguradora, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de recibida la Póliza. Transcurrido este plazo sin que el Contratante solicite rectificación alguna, se consideraran aceptadas por éste las condiciones de la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando la Compañía Aseguradora advierte al Contratante, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen dichas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas.

Art. 2° DEFINICIONES

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 manifiestan 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**, entendidos como aquel evento imprevisto, derivado de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o a un tratamiento médico, tales como: Infartos del miocardio, (Accidente Cerebro Vascular-ACV), congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales (y del comportamiento), desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

ASEGURADO Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

Son asegurables bajo esta póliza las personas desde los 15 (quince) años. La edad máxima de permanencia es de 70 (setenta) años. La cobertura cesará luego de la edad máxima de permanencia. La condición de Asegurado puede o no recaer en el Contratante. En este último supuesto, se requiere el consentimiento escrito, en soporte físico o electrónico, de la persona distinta del Contratante. **No podrán ser asegurados de la presente Póliza aquellas personas afectadas previas a la contratación del seguro de Incapacidad física grave tal como:**

ceguera sordera, parálisis, apoplejía u otras incapacidades físicas que agraven el riesgo notoriamente para las coberturas de accidentes.

BENEFICIARIO

Persona designada en la póliza por el asegurado como titular de los derechos indemnizatorios del seguro contratado.

COBERTURA

Es el compromiso aceptado por la Compañía Aseguradora en virtud del cual se hace cargo hasta el límite asegurado estipulado en la Póliza, de las consecuencias directas y exclusivamente de accidentes que pudiera sufrir el Asegurado, de conformidad con lo pactado en las Condiciones Generales Comunes, Particulares y Especiales, Clausulas Adicionales y Endosos.

CONTRATANTE

Es la persona y/o entidad que celebra con la Compañía Aseguradora el contrato de seguro.

DIAS

Se debe entender días calendarios.

GRUPO DE ASEGURADOS

Es el conjunto de asegurados bajo la presente póliza.

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 Asegurado. El Contratante será el responsable del pago de la prima del asegurado menor de 18 años.

SBS

Es la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP del Perú. Sus objetivos, funciones y atribuciones están establecidos en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Ley 26702).

TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La cobertura de esta póliza terminará anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que deje de pertenecer, formar parte o tener vínculo contractual con la entidad contratante, en virtud del cual se le tuvo como integrante del grupo de asegurados. La Compañía Aseguradora procederá a devolver el porcentaje de la prima correspondiente al periodo no cubierto al Asegurado.

Art. 3°. - OBJETO DEL SEGURO

Esta Póliza cubre los siguientes riesgos que expresamente se hayan indicado en la Condiciones Particulares, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por ella y se manifieste a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

MUERTE

La compañía pagará la suma asegurada convenida a la persona o personas designadas como beneficiarios que constan en la póliza o en los endosos respectivos, producida la muerte del Asegurado conforme a los términos y condiciones establecidos en la Póliza. En caso de no haber tal designación la indemnización será pagada a los herederos legales del Asegurado previa presentación del testamento o Sucesión Intestada correspondiente. Si fueren dos o más los beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en la solicitud y en consecuencia en la

póliza, el importe del seguro se dividirá en partes iguales sea cual fuere el vínculo que ligare a los beneficiarios con el Asegurado.

INVALIDEZ PERMANENTE

La Compañía pagará la suma pactada en las Condiciones Particulares en caso el Asegurado sufra un accidente que le ocasione una Invalidez Permanente en el grado que figura en la Tabla de indemnizaciones incorporada a la presente póliza y que forma parte integrante de ella. Se encuentra bajo esta cobertura la invalidez permanente que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

INCAPACIDAD TEMPORAL

En caso de incapacidad temporal para el trabajo, la indemnización diaria contratada empezará a partir del día en que se inicie el tratamiento médico (a reserva de las excepciones abajo estipuladas) y hasta el fin de dicho tratamiento, deduciéndose los días del periodo de carencia que se hubiera pactado en las Condiciones Particulares, sin que en ningún caso pueda exceder de 365 días.

En caso que se hubiere contratado el presente seguro sin periodo de carencia, la indemnización diaria empezará a computarse desde el inicio del tratamiento médico respectivo hasta el fin de dicho tratamiento, sin que en ningún caso pueda excederse de 365 días.

La Compañía pagará la indemnización diaria durante el tiempo en que el Asegurado esté completamente imposibilitado por el accidente para dedicarse a trabajo alguno remunerado.

GASTOS DE CURACION

La Compañía pagará, hasta por la cantidad establecida en la póliza, los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis dentales que fueran necesarios, no así aparatos ortopédicos, teniendo libertad La Compañía de designar el hospital o clínica que conceptúe conveniente.

Si el Asegurado tuviere contratado otro(s) seguro(s), cubriendo este mismo riesgo, la Compañía contribuirá a la indemnización sólo en forma proporcional a los límites garantizados en dicho(s) seguro(s).

GASTOS DE SEPELIO

La Compañía pagará, hasta por la cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, los Gastos de Sepelio, en que incurran los beneficiarios, por el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

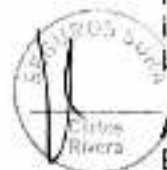
Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por muerte e invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, La Compañía deducirá de la suma asegurada por Muerte la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

Si El Asegurado sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente no podrán exceder en conjunto del 100% de la suma asegurada por este concepto; pero las indemnizaciones por Incapacidad Temporal y Gastos de Curación, se pagarán independientemente y sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para casos de Muerte y/o Invalidez Permanente.

Art. 4º. – EXTENSIÓN DE COBERTURA

El presente seguro cubre las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrir al Asegurado:

- 4.1. En el ejercicio de la profesión u oficio declarados.
- 4.2. Durante la permanencia en cualquier lugar del mundo, la cual comprende la visita del Asegurado a otro país, sin necesidad de ser residente.
- 4.3. Durante el uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pertenezcan a una empresa comercial autorizada y recorran



itinerarios regulares y fijos, y los que ocurran en el empleo regular, como conductor o pasajero de vehículos automotores de uso particular.

- 4.4. La asfixia e intoxicación por vapores o gases o cualquier otra sustancia análoga, o por inmersión y obstrucción y la electrocución.
- 4.5. Los casos de rabia y otros similares, producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos.
- 4.6. El carbunco o tétanos de origen traumático.
- 4.7. Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente Póliza.
- 4.8. Los accidentes, ocasionados por fenómenos de la naturaleza, tales como sismos, erupciones volcánicas, inundaciones y similares.

Art. 5º.- TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de los ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

MIEMBROS SUPERIORES

	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida de un brazo arriba del codo	75%	60%
Pérdida de un antebrazo hasta el codo	70%	55%



Pérdida de una mano a la altura de la muñeca	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

MIEMBROS INFERIORES

Pérdida de alguna pierna (Por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de alguna pierna (Por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (Seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (Seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (Seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Akortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm.	15%



Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cm.	8%
Pérdida del dedo gordo de un pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembros lesionados.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte por cada falange, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro, u órganos perdidos sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.

La indemnización de lesiones que, sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyera una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos, y sin tomar en consideración la Profesión del Asegurado.

En caso de constar en la solicitud que El Asegurado ha declarado ser zurdo se invertirán los porcentajes de la indemnización fijada por la pérdida de los miembros superiores.

Art. 6°. - PAGO DE PRIMAS

El pago de la prima es de cargo de la persona natural, asegurado del presente seguro y cliente de la entidad contratante. La prima será pagada bajo la modalidad de cargo automático en cuenta corriente o ahorros o tarjeta de crédito. El Contratante será el responsable del pago de la prima del asegurado menor de 18 años.

Art. 7°. - SUSPENSIÓN DE COBERTURA, RESOLUCIÓN POR FALTA DE PAGO Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Si durante el periodo de vigencia de la Póliza la prima se encontrase impaga, la cobertura se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación y siempre que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación al Contratante y al Asegurado informando sobre la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima y el plazo que se disponen para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida, el contrato y/o certificado de seguro, según corresponda, quedará resuelto vencido el plazo de treinta (30) días contado a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver el contrato y/o certificado de seguro, según corresponda. En este último supuesto, la Compañía Aseguradora tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. El Contratante será el responsable de comunicar al Asegurado la resolución del contrato y/o certificado de seguro, según corresponda.

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del periodo en que la cobertura se encuentre suspendida o la Póliza resuelta y/o certificado resuelto debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa.



Sin perjuicio de lo señalado, si la Compañía Aseguradora no reclama el pago de la prima, por la vía judicial o arbitral, dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en la Póliza, se entiende que el contrato y/o certificado de seguro, según corresponda, quedará extinguido.

Art. 8°. - AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA Y AVISO EXTEMPORÁNEO DE SINIESTRO

Una vez ocurrido el siniestro, el Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario comunicará por escrito el siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo de siete (7) días calendarios, contados a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de la 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 y/o el Beneficiario y/o Asegurado en el incumplimiento 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 por parte del Asegurado y/o del 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.

La Solicitud de Cobertura debe contener la precisión de las coberturas reclamadas, los montos correspondientes, y documentos requeridos, según cada cobertura, indicados en el Art. 9° del presente Condicionado General y en el Condicionado Particular.

Se deja a salvo el derecho del Contratante y/o del Asegurado y/o del 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 transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello el plazo de prescripción establecido por La Ley del Contrato de Seguro.

Art. 9°. - DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

La documentación requerida e información completa que debe de ser presentada por el Beneficiario y/o Asegurado y/o Contratante ante la Compañía Aseguradora en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) es la que se detalla a continuación:

- a. Una declaración escrita redactada por quien solicite la cobertura que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancia en que éste ocurrió.
- b. Un certificado o informe del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables. Todo accidente grave debe ser certificado por la autoridad competente.
- c. Copia de la Historia Clínica Completa foliada y fechada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue atendido en el momento del accidente. El seguro no obliga a la Compañía Aseguradora si no se dejare libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la Compañía Aseguradora, al lugar donde se encuentre el Asegurado, salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.
- d. Dosaje Etílico y/o Estudio Químico Toxicológico, en caso de corresponder.
- e. Atestado o Parte policial completo o Acta de intervención policial sólo en caso de accidente.
- f. Carpeta Fiscal o conclusiones de la Fiscalía, sólo en caso de accidente.
- g. Dictamen o Certificado de Invalidez Permanente emitida por ESSALUD (Seguro Social de Salud), la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la COMEC (Comisión Médica de la Superintendencia).



Para el pago de la cobertura de Gastos de Sepelio como reembolso, sólo se deberá presentar la partida de defunción y las facturas o boletas originales de los gastos incurridos.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de exigir –dentro del plazo previsto para la solicitud de información adicional- la necropsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso, si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La necropsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de la Compañía Aseguradora, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los sucesores o beneficiarios.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro dentro de los primeros 20 días del plazo de 30 días con el que cuenta la Compañía Aseguradora para aceptar o rechazar el siniestro, suspendiéndose el plazo que tiene la Compañía Aseguradora para proceder a pagar 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 Contratante y/o Beneficiario y/o Asegurado presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, éstos 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 y/o Asegurado pierden derecho a ser indemnizados si actúan fraudulentamente o emplean medios falsos para probar el siniestro.

Art. 10º.- AGRAVACION DEL RIESGO

10.1. El Contratante y/o el Asegurado deberán comunicar a la Compañía Aseguradora cuando se produzca cualquier cambio que agrave el riesgo asumido por la Compañía Aseguradora al momento de perfeccionarse el contrato de seguro. Dicha comunicación deberá realizarse por escrito dentro de los treinta (30) días calendario posteriores de producidos estos hechos que modifican el riesgo asegurado.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el párrafo anterior, la Compañía Aseguradora deberá informar al Contratante la voluntad de mantener el contrato, la resolución del contrato o la propuesta de reajuste de prima correspondiente, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a la recepción de la comunicación. Cuando la Compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

10.2. En caso no se hubiera realizado la notificación por escrito a la Compañía Aseguradora y ocurriera el siniestro cubierto por esta póliza después de que el Asegurado cambiara de una ocupación a otra clasificada por la Compañía Aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar la póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

10.3. En caso la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

10.4. Si el Contratante o, en su caso, el Asegurado, omiten denunciar la agravación, la Compañía Aseguradora será liberada de su prestación si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto:

- a) Si el Contratante o, en su caso, el Asegurado incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.



- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía Aseguradora.
- c) Si no ejerce el derecho de resolver o proponer la modificación del contrato en el plazo previsto en el numeral 9.1. de la presente cláusula.
- d) La Compañía Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Art. 11º.- OTROS SEGUROS

El Asegurado que al momento de celebrar este contrato de seguro o, después de ello, tuviera contratada otra Póliza por los mismos riesgos y por periodos que coincidan total o parcialmente con la presente cobertura, está en la obligación de declararlo en su solicitud de seguro o comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora, según sea el caso.

Producido un siniestro amparado por esta Póliza, si el Asegurado ha cumplido con declarar sus otros seguros, la indemnización por las coberturas de muerte será por cuenta de la Compañía Aseguradora, independientemente si el Asegurado tiene otros seguros similares.

La falta de declaración o comunicación de otros seguros, cuando medie dolo o culpa inexcusable, será considerada como una declaración falsa y/o reticente, dando lugar a la nulidad del contrato de seguro conforme al artículo 20º del presente Condicionado General.

Art. 12º. - EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si se deben a:

- a. Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- b. Los denominados Accidentes Médicos, entendidos como aquel evento imprevisible, derivado de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o a un tratamiento médico, tales como: Infartos de miocardio, accidente cerebro vascular, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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. En caso no se emita sentencia, el análisis se realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos.
- g. 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.



- h. Los accidentes que se produzcan en la realización o práctica de actividades, profesión u oficio claramente peligrosos, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo; actividades para las 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, profesión u oficio 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 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.
- i. 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, práctica 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.
- j. Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, así como las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- k. Actos infractorios de leyes o reglamentos o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.

Art. 13°. - VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de este seguro será por el periodo estipulado en las Condiciones Particulares. Los Términos, Condiciones y Sumas Aseguradas podrán ser modificados en cada renovación. Asimismo, la vigencia de la presente póliza finalizará en el instante en que un Asegurado deje de pertenecer, formar parte o tener vínculo contractual con el Contratante, en virtud del cual se le tuvo como integrante del grupo de asegurados.

La Póliza podrá ser modificada en la fecha de su renovación, previa comunicación de la Compañía Aseguradora por escrito al Contratante, por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por la Compañía Aseguradora ante lo cual no se renovará al contrato de seguro; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas. En caso se entiendan aceptadas las nuevas condiciones propuestas, la Compañía Aseguradora emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones conforme a lo establecido en la regulación de seguros vigente.



Art. 14°.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado o el Contratante, según sea el caso, en la solicitud del seguro y/o documentos accesorios y/u otros, constituyen elementos integrantes y esenciales en este contrato de seguro.

Si hubiesen transcurrido dos (2) años desde la suscripción de la solicitud-certificado, la Compañía Aseguradora no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.

Art. 15°.- MONEDA

Las obligaciones pecuniaras de esta póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

Art. 16°.- IMPUESTOS

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

Art. 17°.- RESOLUCIÓN Y NULIDAD DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO

17.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: La resolución deja sin efecto la solicitud-certificado por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la solicitud-certificado 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 resolución.

b) Por solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.

c) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Asegurado y/o Beneficiario.

d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado mediante un previo aviso de treinta (30) días calendario a la Compañía Aseguradora o al Contratante. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.

e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del 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 Asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá la revisión de la solicitud-certificado en un plazo de treinta (30) días calendario computados 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 calendario para que el Asegurado 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 la solicitud-certificado mediante comunicación dirigida al Asegurado, en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario fijado en el párrafo anterior.

f) Por agravación del riesgo, siendo que el asegurado, debe notificar por escrito a la compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por esta al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas. Comunicada a la compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, esta debe manifestar al asegurado, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato,



modificarlas o resolverlo, mientras la compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. La solicitud-certificado no podrá ser modificada o dejada sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración de la solicitud-certificado.

En todos los supuestos señalados anteriormente, la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al periodo efectivamente cubierto.

En el supuesto señalado en el literal a), el Contratante comunicará la resolución al Asegurado.

La resolución de la Solicitud-certificado en los supuestos b), c) y f) señalados previamente, operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Beneficiario y/o Asegurado, según corresponda. En caso alguna causal de resolución disponga un plazo específico para resolver el contrato, el plazo se computará desde la notificación al Asegurado, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de estos.

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

En los supuestos señalados en los literales b) y c) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución de la solicitud-certificado.

En los supuestos señalados en los literales e) y f), en el caso que la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución de la solicitud-certificado. Para aquellos casos, en los cuales el asegurado no haya comunicado oportunamente la agravación del riesgo, la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima por el periodo 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), el Asegurado 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 y al asegurado 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 asegurado, 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), e) y f) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución de la solicitud-certificado 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 asegurado, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

17.2 NULIDAD DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: La nulidad deja sin efecto la solicitud-certificado por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

La solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma, 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. 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 de la solicitud-certificado, 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, la solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma: (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.

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.

Art. 18° RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

18.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO:

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 decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante, para lo cual el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración Jurada del Contratante", la misma que es proporcionada por la compañía y deberá ser entregada en original y acompañada del DNI. 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 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.
- b) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante 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 anteriormente.
- c) Por falta de abono de la prima por parte del Contratante, cuando este sea responsable de su pago, según lo dispuesto en la cláusula 6°.
- d) Por agravación del riesgo: El contratante comunica a la Compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, siendo que ésta deberá manifestar al contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Mientras la Compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

Cuando la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, 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. El contrato de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.

Respecto a la resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los literales a), b), c) y d), será el Contratante quien comunicará a los Asegurados la resolución del contrato, la comunicación podrá ser cursada al domicilio o correo electrónico de los Asegurados.

En los supuestos señalados en los literales a), b), y d), las primas devengadas a prorrata quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato de seguro.

En el supuesto señalado en el literal c), las primas devengadas a prorrata quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora hasta el momento en que brindó cobertura.

En los supuestos señalados en los literales a), b) y d), salvo que en algún supuesto específico de resolución se diga expresamente algo distinto, sólo se devolverá la prima pagada por adelantado del período que hubiese quedado trunco como consecuencia de la resolución.

La Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses, quien se encargará de devolver al Asegurado. Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán de la siguiente manera:

- (i). Para el supuesto establecido en el literal a), 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 el supuesto establecido en los literales b) y d), 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 Contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

18.2 CAUSALES DE NULIDAD:

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. En caso de declaración inexacta de la edad de EL ASEGURADO, si se comprobare que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de Ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Octava de las presentes Condiciones Generales. La presente causal será aplicable en caso EL CONTRATANTE sea quien declare.
2. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal será aplicable en caso EL CONTRATANTE sea quien declare la información o proporcione los documentos que acrediten el interés asegurable que mantiene sobre la vida del Asegurado.
3. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro. La presente causal será aplicable en caso EL CONTRATANTE sea quien declare.



En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2 o 3 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses, quien se encargará de devolver al asegurado. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente del CONTRATANTE, se aplicará lo dispuesto en el numeral 17.2 de las presentes Condiciones.

Art. 19°. - INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

La Compañía Aseguradora podrá investigar, revisar y/o solicitar comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas; en general podrá disponer las medidas necesarias para la sustentación del evento.

Art. 20°. - DOMICILIO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

20.1. La Compañía Aseguradora y el Contratante y/o Asegurado señalan como su domicilio y como su dirección de correo electrónico y como su(s) número(s) telefónico(s) los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado de la póliza.

20.2. Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía Aseguradora y el Contratante y/o el Asegurado y/o (los) Beneficiario(s) con motivo de esta póliza la efectuarán por escrito, debiendo dirigirlas a sus domicilios, a través de cualquier medio que acredite fehacientemente la recepción por el destinatario o a las direcciones de correo electrónico de su titularidad que han sido consignadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud-Certificado del Seguro o mediante cualquier comunicación telefónica sostenida con el Contratante y/o Asegurado y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han sido indicados por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud del Seguro. Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas en el domicilio registrado en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado de la póliza. Para el caso de las comunicaciones remitidas vía correo electrónico, se confirmarán y surtirán efecto desde del momento en que éstas hayan sido recibidas en el servidor de los correos electrónicos declarados en la Solicitud-Certificado del Seguro. Para el caso de las comunicaciones por vía telefónica surtirán efectos desde que han sido realizadas y sostenidas con el Contratante y/o Asegurado.

20.3. En caso de variación de domicilio y/o de dirección de correo electrónico y/o de número telefónico, el Contratante y/o 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 días hábiles de comunicado a la Compañía Aseguradora. De no cumplir con esta comunicación, 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 y/o Solicitud-Certificado de la Póliza.

20.4. 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 Contratante y/o 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).

Art. 21°. - PLAZO PRESCRIPTORIO

Las acciones emergentes de esta póliza prescriben en el plazo fijado por las leyes de la materia.

Art. 22°. - RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

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 532, 1er. Piso, San Isidro
- Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara; Piura: Calle Tacna 30; Trujillo: Av. Larco Herrera 529, Urb. La Merced
- Teléfonos: 222 7777 / 0800 11117



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

Art. 23°. - DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Asegurado y/o Beneficiario(s) de la póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoria 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 éstos y las Empresas Aseguradoras. Ello, sin perjuicio del derecho del Asegurado de acudir a un proceso arbitral o a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

Art. 24°. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de presentarse conflictos o divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, las partes acuerdan que se someterán a la jurisdicción del Poder Judicial en Lima o del lugar donde domicilia el Contratante, el Asegurado o el Beneficiario, según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin embargo, una vez ocurrido el siniestro, las partes podrán acordar someter cualquier controversia que se derive de esta Póliza a un arbitraje de derecho siempre que el monto reclamado supere los límites económicos fijados por la SBS. El tribunal arbitral estará compuesto de tres (3) árbitros que serán elegidos de común acuerdo en la siguiente forma:

- Cada una de las partes elegirá a un árbitro y el tercero, quien lo presidirá, será designado por los dos árbitros previamente nombrados, o en su defecto por el Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima o de la ciudad que corresponda para el caso del arbitraje.
- El procedimiento de arbitraje, incluso para la designación de los árbitros, se sujetará a las normas del Reglamento del mencionado Centro de Arbitraje. El fallo del Tribunal es inapelable.

De ser el caso, el Contratante, el Asegurado o el Beneficiario tiene el derecho de acudir ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

Art. 25°. - REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contrato de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355.

Art. 26°. -DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El contratante y/o asegurado declara que, antes de suscribir la póliza, ha tomado conocimiento directo de las condiciones generales, de las condiciones particulares y especiales y cláusulas adicionales, a cuyas estipulaciones que sometido el presente contrato. Asimismo, declaran conocer que la referida información, puede ser consultada en el sitio web www.segurossura.pe

Art. 27° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si el presente seguro no es contratado directamente a 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 dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, con la correspondiente devolución total de la prima que hubiere sido pagada. 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 la Solicitud-Certificado.

Art. 28° CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el Contratante y/o Asegurado quedan informados y dan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el



tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Compañía Aseguradora, ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima.

La Compañía Aseguradora utilizará los datos personales, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Compañía Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante y/o Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica celebrada con la Compañía Aseguradora, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

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.

Los datos suministrados por el Contratante y/o el Asegurado son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Contratante y/o Aseguradora decidan no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la Compañía Aseguradora.

De acuerdo con la legislación vigente, el Contratante y/o el Asegurado están facultados a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.sura.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicho sitio web.



