SEGUROS

sura

RESUMEN DE LA PÓLIZA DE SEGURO
VIDA ACCIDENTAL SOLES
(Registro SBS AE2056120043)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

Seguros SURA, la Compañia Aseguradora, emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen del Seguro de Vida Accidental Soles conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

1. **Datos de la empresa Aseguradora:**

	Atención al cliente		
Seguros SURA	Oficina Principal Av. Canaval 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. Ejercito 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	:	15 años.
Edad máxima de ingreso	:	69 años
Edad máxima de permanencia	:	70 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 6° Condiciones Generales).

4. **Medio y plazo para aviso de siniestro:**

El Contratante y/o Beneficiarios deben dar aviso por escrito a la Compañia Aseguradora dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. (Artículo 8° 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?**

La documentación requerida e información completa que debe de ser presentada por el Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario ante la Compañia 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 fedateada 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 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 Beneficiario y/o Asegurado 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 y/o Asegurado pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente o emplea medios falsos para probar el siniestro.

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?

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, sea en territorio nacional o extranjero, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios el importe del beneficio contratado señalado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos en la Póliza y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las Exclusiones de cobertura y en la medida de que se cumplan con los procedimientos establecidos en dicho documento.

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 de 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 fueren 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.

Para mayor detalle de las coberturas revisar las Condiciones Particulares de la Póliza, las Cláusulas Adicionales y el Articulo3° de las Condiciones Generales de la póliza.

10. ¿Cuáles son las Exclusiones del seguro?

Esta Póliza no cubre el siniestro del Asegurado, cuando se produjera a consecuencia de:

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, sincopes, 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 indole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.**
e. **Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a si 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 de 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, 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.

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.

11. ¿En qué situaciones se resuelve o termina 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 Asegurado y el Contratante reciban 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 y 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 Compañia 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 período 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 especifico 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.**

Por su parte, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, según lo expuesto en el artículo 18° de las Condiciones Generales.

12. 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 calendarios 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.

13. 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 calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia mensual de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios 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.

14. 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)

15. 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)

RESUMEN DE LA PÓLIZA DE SEGURO
VIDA ACCIDENTAL DOLARES
(Registro SBS AE2056110024)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

Seguros SURA, la Compañia Aseguradora, emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen del Seguro de Vida Accidental Dólares conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

1. Datos de la empresa Aseguradora:

	Atención al cliente		
Seguros SURA	Oficina Principal Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro	Línea de servicio al cliente: 222 7777 0800-11117 (linea gratuita)	Horario de Atención: Lima y Provincias – De lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	Provincias: Arequipa: Av. Ejercito 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 minima de ingreso	:	15 años.
Edad máxima de ingreso	:	69 años
Edad máxima de permanencia	:	70 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 (Articulo 6° Condiciones Generales).

4. Medio y plazo para aviso de siniestro:

El Contratante y/o Beneficiarios deben dar aviso por escrito a la Compañia Aseguradora dentro de los siete (7) dias calendarios siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. (Articulo 8° 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?

La documentación requerida e información completa que debe de ser presentada por el Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario 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 fedateada 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 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 Beneficiario y/o Asegurado 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 y/o Asegurado pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente o emplea medios falsos para probar el siniestro.

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?

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, sea en territorio nacional o extranjero, la Compañia Aseguradora pagará a los beneficiarios el importe del beneficio contratado señalado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos en la Póliza y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las Exclusiones de cobertura y en la medida de que se cumplan con los procedimientos establecidos en dicho documento.

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 vinculo que ligare a los beneficiarios con el Asegurado.

INVALIDEZ PERMANENTE

La Compañia 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 de 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 Compañia 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 Compañia pagará, hasta por la cantidad establecida en la póliza, los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis dentales que fueren necesarios, no así aparatos ortopédicos, teniendo libertad La Compañia 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.

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?

Esta Póliza no cubre el siniestro del Asegurado, cuando se produjera a consecuencia de:

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, síncopes, 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 participe, 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 de 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, 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.

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.

11. ¿En qué situaciones se resuelve o termina 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 Asegurado y el Contratante reciban 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 y 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 Compañia 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 Compañia 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 Compañia 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 período 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 Compañia 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 Compañia 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 Compañia 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.**

Por su parte, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato sin expresión de causa, según lo expuesto en el artículo 18° de las Condiciones Generales.

12. 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 calendarios 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.

13. 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 calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia mensual de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios 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.

14. 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)

15. 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)

SEGUROS

sura

SEGUROS

Código SBS N° XXX

SOLICITUD CERTIFICADO - SEGURO DE VIDA ACCIDENTAL SOLES Y DÓLARES N°000000

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias y modificatorias

Seguros SURA RUC: 20463627488
Dirección: Canaval y Moreyra 522, Piso 10, San Isidro. Teléfono: 222-2222 Fax: 421-4658

Contratante: XXXXXXXX RUC: XXXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

PRIMAS

US$ 0.00 ó S/.00.00* ☐

(*) Importe referencial en nuevos soles para fines informativos, al tipo de cambio de S/. 0.00, este importe variará de acuerdo al tipo de cambio XXXXXXXXXXXXXX en la fecha de pago o cargo.

DATOS DEL TITULAR Y CÓNYUGE

Apellidos Titular: Apellidos Cónyuge:	Domicilio:
Nombres Titular: Nombres Cónyuge:	Distrito:
Fecha de nacimiento Titular: Fecha de Nacimento Conyuge:	Provincia:
DNI Titular: DNI Cónyuge:	Departamento:
Profesion Titular: Profesion Cónyuge	Correo Electrónico Titular: Correo Electrónico Cónyuge
Teléfono Titular y Cónyuge: /	Celular Titular y Cónyuge: /

BENEFICIARIO DEL TITULAR (BT) Y DEL CÓNYUGE (BC) DE SER EL CASO

Nombres y Apellido:	Parentesco / vinculo:	%:
BT1		
BT2		
BC1		
BC2		

Fecha de solicitud: / /

AUTORIZACIÓN DE CARGO: Autorizo a xxxx a realizar los cargos mensuales.

☐ Cuenta de ahorros ☐ Cuenta corriente ☐ Visa ☐ MasterCard
N° ☐ ☐

En caso de cambio de número de tarjeta por cualquier circunstancia, el cliente autoriza la afiliación del Pago Automático de los servicios arriba indicados a la tarjeta que se emita en sustitución de la anterior. Sin perjuicio de ello, es obligación del cliente informar al banco el cambio de número de tarjeta.

Para uso interno, no completar.

Registro Agencia

Firma y sello del funcionario

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Se tomará como inicio de vigencia de la cobertura la fecha de firma de la Solicitud-Certificado.
FECHA DE TÉRMINO: De acuerdo a lo estipulado en las condiciones de la póliza.
El Asegurado puede observar la Solicitud-Certificado, solicitando por escrito su rectificación, dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores a su recepción.
El Asegurado declara que antes de suscribir esta Solicitud- Certificado ha tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Particulares de la misma a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato de acuerdo con la legislación de seguros vigente. El Asegurado deberá firmar y devolver una copia de esta póliza en señal de conformidad.

El cliente del XXXXXXXXXX que haya completado y firmado la presente Solicitud-Certificado en señal de aceptación de las condiciones de la póliza N° XXXXXX tendrá cobertura desde dicho momento.
Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador por asuntos relacionados con la presente póliza, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a la Compañía Aseguradora, así como los pagos efectuados al Comercializador se consideran abonados a Seguros SURA.

RIESGOS CUBIERTOS - COBERTURAS BÁSICAS: SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES

TÉRMINOS Y CONDICIONES
La presente Solicitud- certificado se encuentra sujeto a los Términos y Condiciones Generales y Particulares establecidos en la póliza N° XXXXXX.

TABLA DE RESUMEN Y COBERTURAS Y PRIMAS

Coberturas	
xxxxxxxxxxxxxxxx	XXXXXXX
Prima Comercial	0.00
Prima Comercial + IGV	

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, síncopes, 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 de 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 lacuático 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.

ASEGURADOS

Son asegurados de esta Póliza los clientes del XXXXXXXXXX, personas naturales, que opten por tomar el seguro y que mantengan una o más cuentas de ahorro y/o cuentas corrientes y/o tarjetas de crédito en moneda nacional o extranjera.

EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

Son asegurables bajo esta póliza las personas desde los 15 (quince). 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.**

PAGO DE PRIMA

La fecha de pago de la prima será los días XX y XXX de cada mes, fecha en el cual se cargará el monto de la prima del plan elegido en la cuenta indicada, por el titular, en la solicitud. A partir de la fecha de suscripción de la solicitud se realizarán cargas recurrentes.

Todos los clientes cuentan con cobertura provisional desde la fecha de entrega de la solicitud al funcionario de la agencia del banco, hasta la generación del cargo en cuenta o tarjeta de crédito.

COBERTURAS.

De acuerdo a la Tabla Resumen de Coberturas, Beneficios y Primas, según el plan contratado.

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 período 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 período 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 este completamente imposibilitado por el accidente para dedicarse a trabajo alguno remunerado.

GASTOS DE CURACION

La Compania pagará, hasta por la cantidad establecida en la póliza, los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis dentales que fueren 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 conceptos 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.

AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS
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 de ocurrencia del siniestro o desde que se conoce el beneficio, conforme a los medios de comunicación pactados en la presente póliza. El dolo en que incurra el Contratante 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 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 Condicionado General y en el Resumen.

Se deja a salvo el derecho del Contratante y/o Beneficiario de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decidan acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última -, para reclamar la indemnización aún luego de transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello el plazo de prescripción establecido por La Ley del Contrato de Seguro.

BENEFICIARIOS
Según la relación detallada por el asegurado en la presente Solicitud-Certificado, la cual mantendrá el Comercializador en sus archivos. Si no se especifican Beneficiarios se indemnizará a los herederos legales. El asegurado podrá cambiar a sus Beneficiarios cuando lo crea conveniente mediante una comunicación escrita al Comercializador o a la Compañía Aseguradora.

CAUSALES DE EXTINCIÓN DEL CONTRATO
La Solicitud-Certificado se extinguirá en el caso que el asegurado no cumpla con el pago de prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, siempre que la Compañía Aseguradora no haya reclamado el pago por la vía judicial.

ATENCIÓN DE RECLAMOS DE LOS USUARIOS
Para tramitar reclamos, podrá acercarse a nuestras oficinas ubicadas en:
-Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er. Piso, San Isidro / Provincias: Arequipa: Av. Ejercito 107-B Yanahuara; Piura: Calle Tacna 307; Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced
Teléfonos: 222-7777 / 0800-1-1117 (Provincias).

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
Cualquier diferencia existente entre La Compañía 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 éstos y las empresas Aseguradoras.
Ubicación de sus oficinas: Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 - San Isidro, Lima.
Telefax: 01-4210614
Web: www.defaseg.com.pe Correo electrónico: info@defaseg.com.pe
El Asegurado tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de Grupo o Colectivo a la Compañía Aseguradora, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO
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 derecho. Dentro de la Vigencia de la póliza de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

SEGUROS

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si la Póliza no es contratada directamente a la Compañía Aseguradora o con la intervención de un corredor de seguros, el Asegurado podrá resolver la misma sin expresión de causa ni penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios 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.

¿Actualmente cuenta con otra póliza de seguros con las mismas coberturas con las que cuenta este seguro? Si___ No ___☐ ☐

De ser afirmativa la respuesta, precise el seguro contratado y el periodo de vigencia del mismo:

Seguro A:_____ Vigencia:_____.

Seguro B:_____ Vigencia:_____.

Deseo afiliarme al Seguro de Accidentes Personales, según las instrucciones indicadas líneas abajo, y declaro conocer los términos y condiciones del seguro de acuerdo a la Póliza N° XXXXXXX que obra en poder del Contratante, a lo indicado en la Solicitud - Certificado y en www.segurossura.pe.

_____

Firma del Titular o Titulares

Nombre: _____

Nro. DOI: _____

DOI (Documento oficial de identidad)

_____

XXXXXXXXX

Gerente de Operaciones