

CONDICIONES GENERALES  
SEGURO DE VIDA  
(CÓD. SBS VI2057220052)

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

La veracidad de las declaraciones hechas en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

**ART. 1. DEFINICIONES**

**Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causados por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado.

**No se consideran como accidentes para el presente contrato los hechos que sean consecuencias de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo o de cualquier otra enfermedad que sufra el Asegurado.**

**Incapacidad física:** Es la pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, ya sea por causas relacionadas con enfermedades congénitas o adquiridas, o por lesiones que determinan una merma en las capacidades de la persona, especialmente en lo referente a la anatomía y la función de un órgano, miembro o sentido.

**Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, por causa de enfermedad o accidente y que le produzca un menoscabo irreversible de al menos 66.66% de su capacidad de trabajo.

Lo anterior será evaluado conforme al Manual para la evaluación y calificación del grado de invalidez total permanente de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Ley General del Sistema Financiero, del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, sus normas modificatorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulten aplicables.

En todo caso se consideran casos de Invalidez Total y Permanente:

- La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
- Pérdida total de: Ambos brazos, ambas manos, ambas piernas, ambos pies o un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.

**Pérdida total de un órgano:** La eliminación de una parte del cuerpo humano en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional o la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiológica, de uno o más miembros o de uno o más órganos, pudiendo o no estar implicados el aspecto anatómico del miembro u organismo comprometido.

**Miembro:** Cualquier extremidad articulada con el tronco destinada a ejecutar los grandes movimientos de locomoción o presión, tales como piernas y brazos.

**Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

**Actividad Riesgosa:** Actividades que incrementen notoriamente para un consumidor razonable, el riesgo de fallecimiento o de afectación de la integridad física de las personas, o para las que se requieran medidas de protección o seguridad para realizarlos. Incluyen, pero no están limitados a, el 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. Dependiendo del lugar de trabajo y tipo de actividad desempeñada, los factores de riesgo ocupacional dependerán de las medidas de seguridad adoptadas, desplazamientos, exposición a agentes físicos, químicos o biológicos, características del trabajo, organización del mismo y tecnología empleada. Algunos ejemplos de Actividad Riesgosa son: trabajo cerca de materiales explosivos,

minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, realizar trabajos con alto voltaje, pilotos o tripulante en vuelos de aviones privados de vuelos regulares o no regulares, personal que labora en embarcaciones marítimas, grupos de artistas y/o músicos, fuerzas del ejército y policía, personal de seguridad, extracción o construcción en o bajo del agua, exploración de gas o petróleo, trabajo de refinamiento, trabajos con industrias químicas, industrias que utilizan explosivos, fuegos artificiales y sustancias tóxicas.

**Asegurado:** Es la persona sobre cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo y, cuya muerte o fallecimiento, producirá la responsabilidad de indemnizar el Capital Asegurado a el (los) Beneficiario(s), de acuerdo con los términos y condiciones pactados en la presente póliza.

**Beneficiario:** Es la persona declarada por el Asegurado como titular del derecho a cobrar el Capital Asegurado. Puede haber más de un Beneficiario.

**Capital Asegurado:** Es la suma o importe determinado por el Asegurado, que constituye el valor de la indemnización que la Compañía Aseguradora se responsabiliza a pagar a favor de el(los) Beneficiario(s), en caso de ocurrir el siniestro.

**Compañía Aseguradora:** Se refiere a Seguros SURA.

**Condiciones Particulares:** Documento que contiene los datos de identificación del Asegurado, de identificación de su(s) Beneficiario(s) del bien o interés asegurado; el importe de la prima y demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo asegurado, adicionales a las Condiciones Generales. Estas pueden contener amparos adicionales y otros términos que condicionan el riesgo individualizado. Prevalecen sobre las Condiciones Generales.

**Deporte Riesgoso:** Deportes practicados por el Asegurado que por las situaciones y condiciones en que se realizan constituyan una clara agravación del riesgo debido al aumento del riesgo de sufrir lesiones corporales graves o la muerte del asegurado, que requieran medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas. Incluye pero no está limitado a, deportes tales como: 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 (Puening) o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill.

**Fallecimiento:** Muerte o pérdida de vida de la persona.

**Muerte Accidental:** Fallecimiento por causa de un accidente.

**Muerte Natural:** Muerte que se produce por vejez o enfermedad.

**Prima:** El valor dinerario determinado por la Compañía Aseguradora como contraprestación por las coberturas de la presente póliza.

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

## ART. 2. TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones concedidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía Aseguradora, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiese convenido lo contrario. Si el Asegurado falleciera estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del presente contrato, generándose la responsabilidad a la Compañía Aseguradora de indemnizar el Capital Asegurado a el (los) Beneficiario(s).



**ART. 3. ASEGURADOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

Son Asegurados de esta póliza los clientes del Banco XXXXXXXXXXXX y que autoricen a que el cargo de sus cuotas de pago de la prima de la presente póliza se realice bajo la modalidad de cargo automático en cuenta corriente, ahorros o tarjeta de crédito del Banco XXXX. Cabe indicar que los clientes del Banco xxxxxxxxx pueden asegurar a personas distintas a ellos mismos.

La Compañía Aseguradora requerirá consentimiento previo por escrito del Asegurado cuando el Contratante del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. El Asegurado podrá revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación a la Compañía Aseguradora, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del Asegurado, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho, siendo que el Asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato estuvo vigente.

La edad mínima del Asegurado para el ingreso a esta póliza queda determinada en dieciocho (18) años cumplidos. La edad máxima del Asegurado para el ingreso a esta póliza queda determinada en sesenta (60) años cumplidos. La edad límite de permanencia del Asegurado para la permanencia en esta póliza queda determinada en setenta y dos (72) años cumplidos para la cobertura de Fallecimiento (incluye muerte natural o muerte accidental) y para la cobertura de Pago Adicional por Muerte Accidental.

Asimismo, la edad límite del Asegurado para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de la presente Póliza queda determinada en sesenta y cinco (65) años cumplidos. En el momento que el Asegurado supere la edad máxima de permanencia de sesenta y cinco (65) años cumplidos para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, se reducirá la prima descontando el valor correspondiente a dicha cobertura.

La cobertura se inicia a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia del Contrato de Seguros indicada en la solicitud-certificado. La terminación o finalización del presente contrato se producirá con la muerte o fallecimiento del Asegurado o cuando éste haya excedido la edad límite de permanencia establecido para la cobertura de Fallecimiento (incluye muerte natural o muerte accidental) y para la cobertura de Pago Adicional por Muerte Accidental en la presente Póliza. La Compañía Aseguradora pagará a el (los) Beneficiario(s) el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares, después del fallecimiento del Asegurado conforme al plan elegido.

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. En caso el Contratante esté de acuerdo con la aplicación de las citadas modificaciones deberá remitir una comunicación por escrito a la Compañía Aseguradora manifestando su aprobación, y la compañía deberá proporcionar al Contratante la documentación suficiente para que éste comunique los cambios a los asegurados.

**ART. 4. COBERTURA**

El presente seguro cubre los riesgos de Muerte Natural o Accidental y la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, conforme al plan elegido por el Asegurado, según el detalle siguiente:

Fallecimiento (Incluye Muerte Natural o Muerte Accidental)
Pago Adicional por Muerte Accidental
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Se encuentra cubierta la invalidez total y permanente que se manifieste dentro de los 2 años siguientes al acaecimiento del accidente.



Cabe indicar que, si el asegurado falleciera a consecuencia de un accidente, previamente indemnizado por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, la Compañía deducirá de la Suma Asegurada por la Muerte Accidental la indemnización pagada por la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

Se deja constancia que la Compañía Aseguradora, tendrá la facultad de ajustar las primas o modificar el presente Contrato de Seguros si lo considerase necesario en las renovaciones, de lo cual dará aviso al Contratante. Para ello, la Compañía Aseguradora dará aviso por escrito al Contratante con 45 días de anticipación al vencimiento del contrato. 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. En dicho plazo, el Contratante podrá manifestar su rechazo a la propuesta de la Compañía Aseguradora, debiendo ésta mantener las condiciones iniciales del Contrato de Seguros pactadas con el Contratante. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no implica la resolución del contrato, en cuyo caso no procede su modificación hasta el fin de la vigencia del contrato. La compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los Asegurados.

La descripción del plan elegido será detallada en la solicitud-certificado.

#### ART. 5. DECLARACIONES DEL ASEGURADO O EL CONTRATANTE

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

#### ART. 6. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuese causado por:

- a) Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
- b) Su participación como autor o partícipe bajo cualquier forma o modalidad en un acto delictivo, así como por las consecuencias posteriores que se pudieran derivar de dicha autoría o participación.
- c) Acto delictivo cometido por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado, sea como autor o partícipe en el acto delictivo, bajo cualquier forma o modalidad.
- d) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando exista participación activa del Asegurado.
- e) Realización de actividad o deporte riesgoso.
- f) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. Se considera que el asegurado ha hecho uso de alcohol cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 0.5 grs./lt. al momento del siniestro. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del siniestro, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 grs./lt. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- g) Incapacidad física.
- h) Enfermedades preexistentes, es decir enfermedades contraídas por el Asegurado con anterioridad al ingreso de la póliza o con anterioridad a la rehabilitación de la póliza y que sean de su conocimiento.
- i) Enfermedades psíquicas o mentales.
- j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- k) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- l) El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada o Policía Nacional u otra institución similar.
- m) Vuelos en líneas aéreas no comerciales.

#### ART. 7. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS



El Beneficiario es designado por el Asegurado. Puede designarse más de un Beneficiario.

El Asegurado podrá distinguir entre los Beneficiarios nombrados, estableciendo quiénes de ellos son designados en calidad de Beneficiario o Beneficiarios Principales, y quienes son designados en calidad de Beneficiario o Beneficiarios Contingentes, individualizándolos en la Solicitud - Certificado de esta Póliza en la calidad que les corresponda, para los efectos del cobro del Capital Asegurado.

El Asegurado podrá cambiar de Beneficiario, o la calidad que corresponda a éstos, en cualquier momento que estime conveniente. En caso de que la designación hubiese sido hecha en calidad de irrevocable, para ser válido el cambio, se deberá contar con el consentimiento escrito del Beneficiario. El cambio de beneficiario, o de la calidad de éstos, para que surta efectos frente a la Compañía Aseguradora, debe constar en un Endoso en la Póliza o en un tercer documento legalizado por Notario Público.

Si se designase a dos o más Beneficiarios Principales, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer en caso de ausencia del otro(s) beneficiario(s) principales, salvo que el Asegurado haya dispuesto algo distinto. El pago del Capital Asegurado se efectuará al o a los Beneficiarios Principales en la forma establecida. Solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales, se procederá a efectuar el pago al o a los Beneficiarios Contingentes, quienes participarán de la indemnización en igual forma.

Salvo disposición expresa del Asegurado, se presume que el(los) Beneficiario(s) designado(s) por éste, tiene(n) la calidad de Beneficiario(s) Principal(es).

La Compañía Aseguradora pagará válidamente el Capital Asegurado al (los) beneficiario(s) registrado(s) en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones. No le será oponible a la Compañía Aseguradora ningún cambio de Beneficiario que no le hubiera sido comunicado previamente, hasta antes del pago del siniestro. Para el caso de beneficiario nombrado por testamento, éste tendrá oportunidad de apersonarse a la Compañía Aseguradora a los efectos de acreditar su derecho ante ésta, hasta el momento del pago del Capital Asegurado.

Se tendrá por válidos los pagos hechos por la Compañía Aseguradora en la forma indicada en el presente artículo, no siendo oponibles a ésta las reclamaciones de los herederos legales ni de acreedores de cualquier clase del Contratante.

En caso de no haber Beneficiario según los numerales precedentes o por cualquier causa la designación efectuada se hace ineficaz o queda sin efecto, el Capital Asegurado corresponderá a los herederos legales del Asegurado.

**ART. 8. PAGO DE PRIMA**

La prima será pagada por el Asegurado mensualmente bajo la modalidad de cargo automático en cuenta corriente o ahorros o tarjeta de crédito conforme a lo indicado en la solicitud-certificado. Cabe indicar, que es responsabilidad del Contratante verificar que los cargos de las Primas se realicen. La Compañía Aseguradora carecerá de toda responsabilidad si el cargo de las Primas no puede realizarse dentro del plazo otorgado por insuficiencia de saldos o cualquier otro motivo no imputable a la Compañía Aseguradora o al Comercializador.

El Banco XXXXXX abonará a la Compañía Aseguradora a más tardar los días veinticinco (25) de cada mes de cobertura la prima correspondiente a todos los Asegurados que a dicho mes mantienen vigente su póliza. Adjunto a dicho abono deberá alcanzarle a la Compañía Aseguradora la relación de dichos Asegurados bajo el formato preestablecido como sustento del abono realizado.

Si durante el periodo de vigencia de la Solicitud-Certificado o Póliza, según corresponda, la prima se encontrase impaga, la cobertura se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días calendario desde la fecha de vencimiento de la obligación y siempre que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación cierta, a través de los medios y en la dirección previamente acordada, al Contratante y el Asegurado informando sobre la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima y el plazo que



se dispone para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura de la solicitud-certificado o Póliza, según corresponda.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida, la solicitud-certificado o Póliza, según corresponda, quedará resuelta vencido el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante y el Asegurado reciban una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver la solicitud-certificado o póliza, 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 período efectivamente cubierto.

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del período en que la cobertura se encuentre suspendida o la Póliza o solicitud-certificado haya sido resuelta, según corresponda, debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa.

El Contratante en caso de no encontrar fondos realizará cargas recurrentes aplicando siempre al mes más antiguo.

Sin perjuicio de lo señalado, si la Compañía Aseguradora no reclama el pago de la prima, por la vía judicial o arbitral –en caso se hubiese pactado-, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en la Póliza, se entiende que la Solicitud-Certificado o Póliza de Seguro quedará extinguido, según corresponda. El contratante comunicará al asegurado la extinción de la solicitud-certificado o póliza, según corresponda.

**Art. 9. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: RESOLUCIÓN Y NULIDAD**

**9.1. CAUSALES DE RESOLUCIÓN:**

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.
- 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. 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.

- 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 el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al período efectivamente cubierto. Asimismo, la resolución surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

La resolución de la Solicitud-certificado, en los supuestos señalados en los literales b) al f), operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante y Asegurado, en caso la fecha de notificación sea distinta, 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 b) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

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

En el supuesto señalado en el literal e) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo que el contrato tuvo vigencia.

En el supuesto señalado en el literal f), en el caso que la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. 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 período de seguro en curso.

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

- (i). Para el supuesto establecido en el literal d), 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 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.

## 9.2. CAUSALES DE NULIDAD:

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 primas 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, para lo cual dentro de los 15 días útiles posteriores a la fecha en que se informó sobre la nulidad al Contratante y/o Asegurado, se le informará 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, de ser el caso.

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, para lo cual dentro de los 15 días útiles posteriores a la fecha en que se informó sobre la nulidad al Contratante y/o Asegurado, se le informará 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, de ser el caso.

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. 10: CAUSALES DE RESOLUCIÓN y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

### 10.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN:

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/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado anteriormente.
- c) Por falta de pago de la prima por parte del Contratante respecto del grupo asegurado.
- 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 quién comunicará a los Asegurados la resolución del contrato, la comunicación podrá ser cursada al domicilio o correo electrónico de los Asegurados.

En todos los casos, salvo que en algún supuesto específico de resolución se diga expresamente algo distinto, sólo se devolverá la prima pagada por adelantado por la fracción de días del período mensual en curso que hubiese quedado trunco como consecuencia de la resolución.

La Compañía procederá con la devolución de la prima no devengada 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 a la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al contratante sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.
- (ii). Para los supuestos establecidos en los literales 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, siendo que, la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante 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.

**10.2 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 caso de declaración inexacta o reticente de EL CONTRATANTE, en caso haya mediado dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en el numeral 9.2 de las presentes Condiciones Generales en lo que correspondiese.
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
4. 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.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 1, 3 o 4 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 del supuesto contenido en el numeral 2, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, 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.

Para la devolución de prima, dentro de los 15 días útiles posteriores a la fecha en que se informó sobre la nulidad al Contratante, se le informará también sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución, mediante abono en cuenta, cheque o a través de caja de la Compañía, de ser el caso.

**ART. 11. REHABILITACIÓN**

Estando suspendido el Contrato por no pago de Prima, podrá el Asegurado solicitar por escrito a la Compañía Aseguradora la rehabilitación de la Solicitud-Certificado, sin necesidad de llenar una nueva solicitud de seguro, mientras que la Compañía Aseguradora no haya expresado por escrito su decisión de resolver la solicitud-certificado, para lo cual el Contratante deberá cancelar el total de las cuotas impagas devengadas desde que se produjo el incumplimiento del pago.

**ART. 12. AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN**

Una vez producido el Siniestro, el Contratante, Asegurado y/o el/los Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del mismo, éste debe ser comunicado dentro de los siete (7) días contados a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. El Dolo en que incurra el Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de Culpa Inexcusable, el Asegurado o Beneficiario no pierden el derecho de ser indemnizados 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 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.



Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentar en las oficinas de la Compañía Aseguradora y/o del Banco XXXXXX, los antecedentes relativos al Siniestro, dentro de los noventa (90) días contados desde el aviso del Siniestro.

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

El Asegurado y/o el(los) Beneficiario(s) deberán presentar la solicitud de cobertura a la Compañía Aseguradora, incluyendo la siguiente documentación e información completa (legible o en buen estado) en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) En caso de Muerte Natural:
  - DNI del Asegurado (en caso cuente con dicho documento).
  - Certificado Médico de Defunción (formato completo).
  - Partida o Acta de Defunción.
  - DNI del Beneficiario.
  - Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos relativos al fallecimiento del Asegurado de ser solicitado.
  - Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado Beneficiarios en la Póliza.
  
- b) En caso de Muerte Accidental, adicionalmente a la documentación en caso de muerte natural:
  - Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
  - Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
  - Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
  - Dosaje etílico, en caso corresponda.
  
- c) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:
  - Certificación médica de Invalidez emitida por Essalud, COMEC (Comité Médico de la Superintendencia), MINSA o COMAFP (Comité Médico de las AFP).
  - Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, según corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).

Sin perjuicio de que es obligación del Asegurado y/o de el(los) beneficiario(s) presentar la documentación e información prevista en la presente Cláusula, por el presente documento el Asegurado y los beneficiarios 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.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria indicada en la Póliza para la liquidación, la Compañía Aseguradora cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo. En caso la Compañía Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada deberá de solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) Días del plazo antes señalado. La Compañía Aseguradora podrá solicitar un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro, el cual no podrá exceder los 30 días calendario.

Una vez consentido el siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago correspondiente, caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú de acuerdo a la moneda pactada en el presente contrato por todo el tiempo de la mora.



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

**ART. 13. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE SOLICITUDES DE COBERTURA**

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. Si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, el (los) Beneficiarios(s) perderá(n) todo derecho a indemnización sin perjuicio de que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

**ART. 14. PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO**

La obligación de pagar el Capital Asegurado, deberá ser cumplida por la Compañía Aseguradora en un sólo acto, por su valor total y en dinero. Se podrá pagar, a elección de el(los) Beneficiario(s), en dólares americanos o en moneda nacional. Si decidieran recibir el Capital Asegurado en moneda nacional se tomará el tipo de cambio de venta del XXXX del día de pago.

**ART. 15. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

La Compañía Aseguradora y el Contratante y/o Asegurado señalan como su domicilio y como su dirección de correo electrónico los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 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 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 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.

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 información, esta variación se tendrá por no válida y carecerá de efecto para este contrato de seguro, surtiendo todos sus efectos las declaraciones, notificaciones y cualquier comunicación que curse la Compañía Aseguradora en el domicilio o correo electrónico o teléfono(s) que aparecen registrados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En tal sentido, se pacta expresamente que las notificaciones efectuadas a las direcciones de correo electrónico y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos señalados por el 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), esto siempre que la normativa vigente de seguros no haya previsto el medio escrito como formalidad de la comunicación que se desee realizar para los casos de comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS.

**ART. 16. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Contratante y/o Asegurado y/o el 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. Ello, sin perjuicio del derecho del Contratante y/o Beneficiario y/o Asegurado de acudir a un proceso arbitral o a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.





**ART. 17. DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD**

El Asegurado declara que, de manera previa a la suscripción del presente contrato, ha sido informado y ha tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales, de las Condiciones Particulares y Especiales y Cláusulas Adicionales a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato, declarando a su vez su conformidad con estas.

**ART. 18. DOMICILIO Y JURISDICCION**

La Compañía Aseguradora, el Contratante y el Asegurado señalan como su domicilio el que aparece registrado en la presente Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones entre las partes.

**ART. 19. 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 ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en [www.sura.pe/seguros](http://www.sura.pe/seguros), mediante el procedimiento que se indica en dicho sitio web.

**ART. 20. 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. 21. RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO**

En caso de reclamos, el Contratante y/o Asegurado 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: Calle Moral 223; Piura: Calle Tacna 30; Trujillo: Av. Larco Herrera 529, Urb. La Merced.
- Teléfonos: 222 7777 / 0800 11117.
- Correo electrónico: [servicioalcliente.seguros@sura.pe](mailto:servicioalcliente.seguros@sura.pe).
- Página web: [www.segurossura.pe](http://www.segurossura.pe) (opción "contáctenos").



**ART. 22. 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 o Asegurado o 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 del lugar en que discuta la controversia.
- 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 y/o Asegurado y/o Beneficiario tiene el derecho de acudir ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

