

RESUMEN DE LA PÓLIZA DE SEGURO
SEGURO VIDA

(Cód. SBS VI2057220052)

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus Normas Reglamentarias

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

1. Datos de la empresa Aseguradora:

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

2. Límite de edad para ser Asegurado:

Edad mínima de ingreso	:	18 años
Edad máxima de ingreso	:	60 años
Edad máxima de permanencia	:	72 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 8° Condiciones Generales).

4. Medio y plazo para aviso de siniestro:

El Contratante y/o Beneficiarios deben dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. (Artículo 12° Condiciones Generales)

5. Lugar para solicitar cobertura del Seguro:

Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen. Asimismo, Solicitud de Cobertura también podrá efectuarse en las oficinas del comercializador.

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

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, la cual deberá ser comunicada dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha 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, ésta 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 calendario 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 Aseguradora, decida de 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 (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 el presente numeral, por el presente documento el Contratante, 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.

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?

Los riesgos cubiertos por este seguro son los siguientes:

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

10. ¿Cuáles son las Exclusiones del seguro?

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 participe bajo cualquier forma o modalidad en un acto delictivo, así como por las consecuencias posteriores que se pudieran derivar de dicha autoría o participación.
- c) Acto delictivo cometido por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado, sea como autor o participe 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.

11. ¿En qué situaciones se resuelve o termina contrato de seguro?



SEGUROS



De acuerdo a lo señalado en el Art.9: CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: RESOLUCIÓN Y NULIDAD y en el Art.10: CAUSALES DE RESOLUCIÓN y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

A continuación, listamos las causales de resolución y nulidad de la solicitud-certificado:

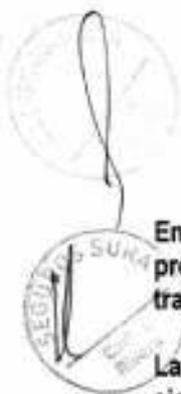
CAUSALES DE RESOLUCIÓN:

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 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 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 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.

CAUSALES DE NULIDAD:

La nulidad deja sin efecto la solicitud-certificado por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

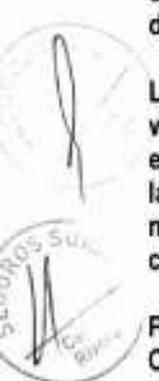
La solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma, en caso de reticencia y/o declaración inexacta que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado. Las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora, quien tiene el derecho al cobro de las 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.

12. Modificación del Contrato

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.

13. Procedimiento y lugar para presentar un reclamo

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios podrán presentar un reclamo mediante carta, correo electrónico o completando el "Formato de Reclamos Escritos" que podrá solicitar en nuestra área de Servicio al Cliente. El reclamo será respondido en 30 días calendario, prorrogables de ser el caso.

Este procedimiento puede realizarse a través de los siguientes canales:
(Se completará al momento de la comercialización)

14. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias:

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

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



SOLICITUD CERTIFICADO - SEGURO DE VIDA

Cód. SBS VI2057220052

Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

PÓLIZA N° XXXXXXX

Seguros SURA RUC: 20463627488

Dirección: Canaval y Moreyra 522, Piso 10, San Isidro.

Teléfono: 222-2222

Fax: 421-4658

Contratante: XXXXXXXX RUC/DNI: XXXXXXXXXX

Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Correo electrónico: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Son asegurados de esta póliza los clientes del Contratante

PRIMAS MENSUALES DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES PLANES:

PLAN A:

PLAN B:

US\$ 0.00 ó S/.00.00*

US\$ 0.00 ó S/.00.00*

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

DATOS DEL ASEGURADO:

Apellidos y Nombres:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS:

Nombres y Apellido:	Parentesco / vínculo:	%:

Fecha de solicitud: / /

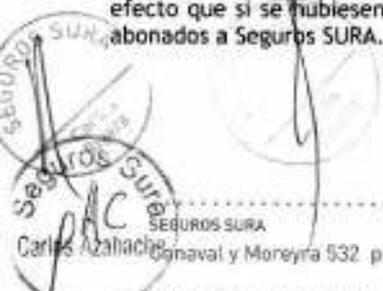
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Se tomará como inicio de vigencia de la cobertura la fecha de firma de la Solicitud-Certificado. Vigencia Mensual.

FECHA DE TÉRMINO: xxxxxxx.

El Asegurado puede observar la Solicitud-Certificado, solicitando por escrito su rectificación, dentro de los treinta (30) días calendario 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.

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.



RESUMEN
TABLA DE COBERTURAS

Coberturas	A	B
Fallecimiento (Incluye Muerte Natural o Muerte Accidental)	US\$ 50,000	US\$ 25,000
Pago Adicional por Muerte Accidental	US\$ 50,000	US\$ 25,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.	US\$ 20,000	US\$ 10,000

Prima Total Mensual c/u US\$ *	17.00	9.00
Prima Total Mensual c/u S/. *	59.5	31.50
PLAN ELEGIDO (Marcar con una X)		

Tipo de cambio referencial: S/. 3.50

(*) La prima total mensual incluye comisión por recaudación de primas.

EXCLUSIONES

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

- Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
- 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.
- 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.
- 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.
- Realización de actividad o deporte riesgoso.
- 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.
- Incapacidad física.
- 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.
- Enfermedades psíquicas o mentales.
- Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada o Policía Nacional u otra institución similar.
- Vuelos en líneas aéreas no comerciales.

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 el presente Contrato.

BENEFICIARIOS

Es la persona declarada por el Asegurado como titular del derecho a cobrar el Capital Asegurado. Puede haber 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.

EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

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.

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, siendo 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 Contratante 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.

COBERTURA

De acuerdo al plan contratado.

AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

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, 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).

CAUSALES DE RESOLUCIÓN Y NULIDAD DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO

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 periodo 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 periodo 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 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, de ser el caso.

(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, mediante 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.

CAUSALES DE NULIDAD:

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

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea también la nulidad de la solicitud-certificado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad



Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada, 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.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguros quedará resuelto o será nulo en los supuestos indicados en el Artículo 10° de las Condiciones Generales.

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

La Compañía Aseguradora podrá modificar los términos contractuales del presente Seguro, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y aceptarla o no, debiendo tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos originales.

ÁREA ENCARGADA DE ATENDER RECLAMOS DE LOS USUARIOS

En caso de reclamos, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios pueden contactarse con la Compañía Aseguradora a través del Sistema de Atención al Usuario implementado para estos fines.

Este procedimiento puede realizarse a través de los siguientes canales:

Seguros SURA	Atención al cliente		
	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. Ejército 107-B Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced	Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe	

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)

CARGAS 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.

DOMICILIO Y COMUNICACIONES

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).

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

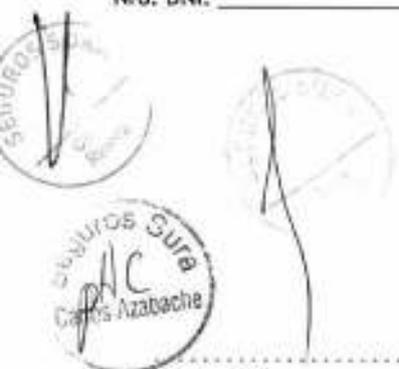
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El Contratante y el Asegurado declaran expresamente que han sido previamente informados y conocen los alcances de la política sobre protección de datos personales de la Compañía desarrollada en el sitio web www.sura.pe/seguros. En tal sentido, el Contratante y el Asegurado otorgan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales, con fines de evaluación del riesgo, ejecución del presente contrato y de toda actividad vinculada con este último, envío de comunicaciones vinculadas con la Póliza y/o para fines comerciales o publicitarios. El banco de datos de titularidad de la Compañía está ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima. El Contratante y el Asegurado autorizan que los referidos datos personales podrán ser transferidos, para los fines antes indicados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades financieras o inmobiliarias, ya sea que pertenezcan o no al Grupo económico de la Compañía. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

Asimismo, autorizo a cualquier médico, clínica, hospital u otra persona que me hubiese atendido o asistido en alguna dolencia o enfermedad a revelar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido, suministrando la información médica completa que corresponda.

 Firma del Asegurado
 Nombre: _____
 Nro. DNI: _____

 XXXXXXXXXXXX
 Gerente de Operaciones



FORMATO DE AUTORIZACION "ASESORIA INTEGRAL SURA"

Como parte de los beneficios que te ofrecemos al ser Cliente de seguros SURA, te presentamos nuestro nuevo servicio de "Asesoría Integral SURA", el cual ha sido desarrollado especialmente para ti y que te permitirá:

- Obtener información consolidada de los productos que pudieras haber contratado en las empresas de SURA en el Perú: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA e Hipotecaria SURA.
- Acceder a una propuesta integral que te permitirá optimizar tu patrimonio y alcanzar tus objetivos personales.

Respecto a los datos de contacto: Teléfonos, correo electrónico, dirección de correspondencia registrados en mi solicitud N° _____

- Autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA" (*)
- No autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA"

Firma: _____
(Nombre de Cliente)

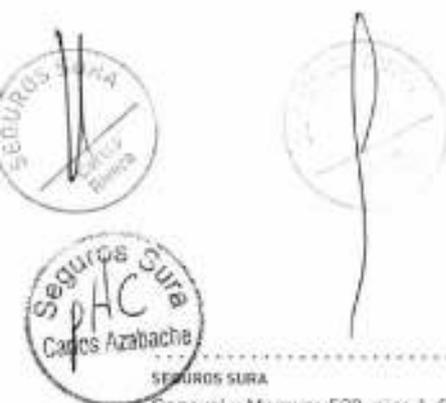
(*)**Seguros SURA es una empresa que forma parte del grupo económico Grupo de Inversiones Suramericana S.A. (SURA). En el Perú forman parte de SURA: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA, Hipotecaria SURA y SURA Asset Management Perú S.A. (en adelante denominadas cualquiera de ellas y todas en conjunto, "Grupo SURA").

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, Ley N° 29733 y Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, respectivamente, ponemos en su conocimiento que al suscribir el presente documento, usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, pueda utilizar, transferir y/o compartir su información personal y sensible entre las mismas; así como la información de los productos, tenencias y/o servicios que contrate con el Grupo SURA.

Dicha información podrá ser utilizada para brindarle una asesoría integral que le permita acceder, a través de portales web u otros medios electrónicos a información consolidada respecto a sus productos, tenencias y/o servicios; así como para los fines comerciales relacionados a sus actividades de negocio. Por lo cual, Grupo SURA, puede requerir la colaboración de terceros para que tramiten o manejen su información, incluyendo la de carácter personal y sensible. En este sentido, usted autoriza a Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, a transferir y dar tratamiento a la información necesaria para estos fines.

Le informamos que usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de sus datos personales en cualquier momento.

Al suscribir este documento, usted manifiesta que se adhiere a nuestra Política de Privacidad integral, la cual ha sido revisada de manera previa y se encuentra disponible en nuestra página web www.sura.pe.



Two circular stamps are visible. The one on the left contains the text "Seguros SURA" and "PAC Carlos Azabache". The one on the right is partially obscured by a signature.