

SEGURO INDIVIDUAL CORPORATIVO (SIC) – DÓLARES
CONDICIONES GENERALES
 Cód. SBS VI2058020059

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

ART. 1° CONTRATO

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.

El presente contrato de seguro está conformado por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Resumen, Solicitud y endosos, de ser el caso.

ART. 2° DEFINICIONES

- 2.1 Asegurado: Persona Natural a quien se le cubre el riesgo de fallecimiento por muerte natural o accidental o invalidez total y permanente, conforme a los términos del Contrato de Seguro. Comprende al Asegurado Titular y/o a los Asegurados Adicionales.
- 2.2 Asegurado Titular: Es el contratante persona natural susceptible de ser cubierta por las coberturas del presente Contrato de Seguro.
- 2.3 Asegurado Adicional: Son sólo el cónyuge, padres, hermanos e hijos mayores de edad del contratante, designado por este último y que estará cubierto por las coberturas del presente Contrato de Seguro.
- 2.4 Compañía Aseguradora: Seguros SURA.
- 2.5 Contratante: Es la persona natural que solicita y celebra con la Compañía Aseguradora el contrato de seguro, para lo cual autoriza a su empleador descontar de su remuneración el pago de la prima del seguro. Puede contratar el seguro a favor de él mismo, o a favor de su cónyuge, padres, hermanos e hijos mayores de edad.
- 2.6 Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran los hechos que sean consecuencia de los denominados Accidentes Médicos, tales como: Infartos del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.

ART. 3° TITULAR DE ESTA POLIZA

Todos los derechos, facultades y obligaciones conferidas 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. El Contratante puede ser una persona natural o una persona jurídica que mantenga vínculo laboral con el propio Asegurado.

Podrá asegurarse bajo la presente póliza aquel empleado o trabajador que se encuentre en servicio laboral activo y cuyo Empleador haya aceptado realizar, bajo autorización del trabajador, el descuento por planilla de la prima mensual a ser pagada a la Compañía Aseguradora, o el trabajador haya afiliado una tarjeta de crédito o elegido cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud para el pago de la prima mensual.

Asimismo, el cónyuge, padres, hermanos e hijos, mayores de edad de éstos trabajadores pueden ser Asegurados Adicionales de su póliza, siempre y cuando el Asegurado Titular haya autorizado a su empleador el descuento de la prima correspondiente de su remuneración mensual o haya afiliado una tarjeta de crédito o elegido cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud para el pago de la prima mensual.

Si el Contratante, persona natural, falleciera estando vigente la póliza y la de su cónyuge o concubino, éste podrá solicitar a la Compañía hacerse cargo de las obligaciones del Contratante a fin de que la póliza se mantenga vigente. Para ello el cónyuge se registrará a lo señalado en el Art. 16° de la presente póliza.

Lo anterior no se aplica para el caso de las pólizas de padres, hermanos e hijos, es decir, al producirse el fallecimiento del Contratante, persona natural, quedará sin efecto su cobertura.



SEGUROS



En caso el Contratante, cesara de su empleo, estando la póliza y la de su Cónyuge o concubino, en vigencia; el Contratante y el Cónyuge o concubino, deberán manifestar su voluntad de continuar con el seguro en forma individual, para lo cual deberán solicitarlo a la Compañía Aseguradora y se registrarán a lo señalado en el Artículo 16° del presente condicionado general.

Lo anterior no se aplica para el caso de las pólizas de padres, hermanos e hijos, es decir, al producirse el cese del Contratante, quedará sin efecto su cobertura.

ART. 4° LÍMITE DE EDAD

La edad mínima del Asegurado para el ingreso a esta póliza queda determinada en dieciocho (18) años cumplidos. La edad máxima de ingreso del Asegurado, para esta póliza es de sesenta (60) años y la edad de máxima de permanencia del Asegurado es de sesenta y cinco (65) años.

A la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad, el seguro quedará resuelto automáticamente respecto de dicho Asegurado. En caso que por error u omisión se hubiera asegurado a personas que no se encuentren dentro del rango de edad permitido para la contratación o se hubiera continuado con el pago de la prima luego del límite de permanencia del seguro, el compromiso de La Compañía Aseguradora, se limitará a la devolución de las primas pagadas en exceso. En tal sentido, de acuerdo a lo señalado en el artículo 123° de la Ley de Contrato de Seguro, **la declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea la nulidad del presente Contrato, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable, por lo que corresponde la devolución de las primas pagadas.**

ART. 5° COBERTURA

En los términos de la presente póliza, el Capital Asegurado, según el Plan de Seguro elegido por el Asegurado y señalado en las Condiciones Particulares, será pagado por la Compañía al Asegurado o Beneficiarios después de ocurrido el siniestro ocasionado durante la vigencia de la póliza, de acuerdo a los términos y condiciones indicados en el presente Condicionado General, hasta el límite del Capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

La cobertura se inicia a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares y siempre que se haya producido el pago de la prima respectiva.

Las partes acuerdan igualmente que se dará inicio a la cobertura del seguro en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la prima, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

Los términos de las coberturas de la presente póliza son los detallados en las Condiciones Particulares de la misma.

Coberturas:

Muerte Natural

Los Beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural, el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

Muerte Accidental

La Compañía pagará a los Beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente.

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

Renta Mensual

Los Beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural o accidental, una Renta Mensual hasta la extinción de la Suma Asegurada conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.



SEGUROS



Asimismo, se entiende que rigen las exclusiones establecidas en el Artículo 6°, Riesgos Excluidos de las Condiciones Generales de la presente póliza.

Los Beneficiarios podrán recibir dicha renta en un sólo pago previo cálculo del valor presente del monto de la cobertura.

Invalidez Permanente, Total o Parcial por Accidente.

Si como consecuencia de un accidente, el Asegurado sufre un accidente indemnizable, que le produjere cualquier pérdida prevista más abajo, la Compañía Aseguradora pagará, sin afectar a las demás condiciones de esta Póliza, un porcentaje del Capital Asegurado, de acuerdo a la escala inserta a continuación:

- | | |
|--|------|
| • Por pérdida de ambas manos, ambos pies o de la vista de ambos ojos.... | 100% |
| • Por amputación de un brazo arriba del codo..... | 50% |
| • Por amputación de un brazo arriba de la muñeca..... | 40% |
| • Por amputación de una pierna arriba de la rodilla..... | 40% |
| • Por amputación de un pie arriba del tobillo..... | 30% |
| • Por pérdida completa de la visión de un ojo..... | 20% |

En caso de Invalidez Total y Definitiva del Asegurado, se considerará el 100% de la tabla anterior.

Esta indemnización por accidente queda sujeta a las condiciones que siguen, además de las señaladas en el Art. 6° de este condicionado y demás que sean aplicables:

- En ningún caso la Compañía Aseguradora indemnizará más de una pérdida. Si se produjeran varias, sólo se indemnizará la mayor; pero si se agravaren las consecuencias de un accidente ya indemnizado y dentro de los noventa (90) días de haberse producido motivaren una pérdida mayor, la Compañía Aseguradora, abonará la diferencia de indemnización.
- El Asegurado quedará cubierto, cuando viaje en calidad de pasajero, con boleto pagado y emitido a su nombre, en aviones de líneas comerciales debidamente autorizadas para el tráfico de pasajeros y que se trate de vuelo regular entre aeropuertos establecidos.
- Para tener derecho a la indemnización adicional, se requiere que el accidente sea denunciado a la Compañía Aseguradora, dentro de los quince (15) días de la fecha en que haya ocurrido; que la pérdida indemnizable se produzca dentro de los noventa (90) días de la misma fecha; que se suministren a la Compañía Aseguradora, las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo.
- El riesgo de invalidez accidental permanente, aquí previsto, dejará automáticamente de quedar cubierto en los siguientes casos:
 - Si esta póliza dejare de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier prima.
 - A partir de la fecha de cualquier accidente indemnizado, salvo lo establecido en el inciso a).
 - A partir de la fecha en que el Asegurado quedare comprendido en el beneficio de incapacidad total, si esta póliza cubriera dicho beneficio.
 - Si se liquidase esta póliza por cualquier motivo.
 - A partir del aniversario del seguro que siga a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

Aun cuando este Contrato de Seguros es un contrato privado sujeto a la Ley General del Sistema Bancario y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, y demás normas de seguros aplicables, la Invalidez Total y Permanente será evaluada conforme a las "Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones" regulado, por el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP.

El Asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones



SEGUROS



originadas en el accidente. El costo será de cargo de la Compañía Aseguradora la cual determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, si se ha producido la invalidez de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

Si el Asegurado no se encontrase de acuerdo con el dictamen de la Compañía Aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación del dictamen, podrá requerir que la invalidez sea evaluada nuevamente por un médico elegido por él, entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los que deberán encontrarse inscritos como médicos consultores del Sistema Privado de Pensiones o ejerciendo, o que hayan ejercido por al menos un año, como médicos titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico de la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMEC). El médico elegido por el Asegurado evaluará la invalidez, pronunciándose si se encuentra inválido en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones". Asimismo, el médico podrá someter al Asegurado a nuevos exámenes médicos que considere necesarios, el costo de esta evaluación médica adicional será de cargo del Asegurado.

La declaración de invalidez del Asegurado emitida por algún organismo del Sistema Previsional Privado o Estatal, sólo tendrá para la compañía y/o médico elegido por el Asegurado un valor informativo.

Enfermedades Graves

La Compañía Aseguradora pagará al Asegurado el adelanto señalado en las Condiciones Particulares, del Capital Asegurado por fallecimiento en la póliza, si este se ve afectado durante el periodo de vigencia de esta cobertura y antes de cumplir sesenta y seis (66) años de edad, por alguna de las siguientes enfermedades y, un cuerpo médico certifique que producto de la enfermedad, el Asegurado tiene un periodo de vida no mayor de ciento veinte (120) días.

La suma indemnizada es a cuenta del Capital Asegurado en la cobertura de fallecimiento que es pagadero a los Beneficiarios designados al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

Esta cobertura cubre en caso que al Asegurado se le diagnostique clínicamente alguna de las siguientes enfermedades, salvo las exclusiones previstas en el Artículo 6:

1. **Infarto del Miocardio:** Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los 3 siguientes criterios:
 - Historia de dolor torácico típico
 - Nuevos cambios de las enzimas cardíacas
 - Elevación de las enzimas cardíacas
2. **Cáncer:** Definido como tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado que debe estar confirmado por análisis histológico. Se incluyen los linfomas, la enfermedad de Hodgkin y las leucemias. Se excluye el cáncer in situ de cuello uterino y el cáncer de cuello uterino no invasivo, tumores debidos y/o relacionados al virus de inmunodeficiencia humana, **cualquier tipo de cáncer de piel a excepción del melanoma maligno.**
3. **Insuficiencia Renal:** Definida como insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
4. **Accidente Cerebro Vascular (ACV):** Cualquier accidente cerebrovascular de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los ACV producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal.

ART. 6º EXCLUSIONES

6.1 Este seguro no cubre, el riesgo de muerte natural o accidental e invalidez del Asegurado si fuere causado por:

- a) **Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad, lesión, condición o sintoma obvio, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo**



SEGUROS



- cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico.
- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
 - c) Suicidio y/o intento de suicidio. No obstante, La Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio siempre que hubiera transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde el cambio de plan.
En este último caso, el plazo se considerará solo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
 - d) La intervención directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, motín, en que el Asegurado participe por culpa grave propio o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
 - e) Acto delictivo cometido en calidad de autor o participe, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.
 - f) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebellón, 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.
 - g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
 - h) El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada o Policía Nacional u otra institución similar.

6.2 Adicionalmente las coberturas de muerte accidental y/o invalidez total y permanente por accidente excluyen lo siguiente:

- a) Práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no haya sido declarado por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, mediante comunicación escrita.
- b) Práctica de deportes riesgosos, entendidos estos como deportes practicados en forma frecuente por el Asegurado, que por las situaciones y condiciones en que se realizan originan un significativo aumento del riesgo de sufrir lesiones corporales graves o la muerte del asegurado. Incluye, pero no está limitado a: Artes marciales, boxeo (que impliquen pleno contacto), buceo, montañismo o escalada, ala delta, paracaidismo, parapente automovilismo, carrera de velocidad (moto - lancha), motonáutica, aviación deportiva, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping, Puenting o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill. Deben ser declarados por escrito a la Compañía Aseguradora.
- c) Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o estupafecientes o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0.5 gr/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional.
- d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el caso que el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en avión operado por una empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, en vuelo regular dentro de itinerario fijo, o en vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo. Se excluye aerotaxis.
- e) Los denominados "Accidentes Médicos", entendiéndose a estos como los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o tratamiento médico: Infartos del miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.



SEGUROS



6.3 Con carácter general, se excluye de la cobertura de enfermedades graves, si la enfermedad cubierta ha sido causa directa o indirecta de:

1. Intento de suicidio o autolesión intencionada.
2. Adicción al alcohol o drogas.
3. Enfermedades por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
4. Cáncer a la piel, excepto melanomas malignos.

ART. 7º DECLARACION DEL ASEGURADO

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

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta o circunstancia que, conocida por La Compañía, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, acarreará la nulidad del contrato de seguro.

ART. 8º INDISPUTABILIDAD

La póliza está exenta de restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado, excepto lo especificado en el Artículo 6º de la presente póliza (Exclusiones).

La presente póliza es indisputable una vez transcurridos (2) años desde la celebración del contrato, es decir la Compañía Aseguradora no podrá invocar la reticencia o falsa declaración después de transcurrido este plazo, salvo cuando sea dolosa.

ART. 9º DERECHO DE CONVERSIÓN

Durante la vigencia de la póliza, sólo el Contratante tendrá derecho a cambiar el Plan de Seguro, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que lo haga a uno de menor Capital Asegurado.

En el caso que el Contratante solicitase cambiar un Plan de Seguro con mayor Capital Asegurado, el Asegurado deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía Aseguradora, para lo cual se deberá llenar y firmar una nueva Solicitud de Seguro.

ART. 10º DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Cuando el Contratante sea también el Asegurado Titular de la póliza, éste podrá instruir para cobrar el importe del seguro en caso de su fallecimiento a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si designase a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo se mencione lo contrario. De otro lado, a falta de Beneficiarios instituidos por el Contratante, el monto de la indemnización se pagará a sus herederos legales, en los porcentajes establecidos en el testamento, sucesión intestada o la ley, de no existir estos porcentajes se entregará la indemnización en partes iguales.

Para el caso del(los) Asegurado(s) Adicional(es), los beneficiarios serán los herederos legales del respectivo Asegurado Adicional, a quienes la Compañía Aseguradora pagará en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, de no existir estos porcentajes se entregará la indemnización en partes iguales. Si el Asegurado Adicional deseara designar explícitamente sus propios beneficiarios, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía Aseguradora para la emisión del endoso respectivo.

El Asegurado Titular podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la Compañía Aseguradora. 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.

La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no hubiese sido notificado con anterioridad al pago de la indemnización.



Si un beneficiario falleciera durante el proceso de liquidación de la póliza, el capital que le correspondería será pagadero a los beneficiarios sobrevivientes en la proporción correspondiente, siempre que no existan herederos legales del beneficiario fallecido.

ART. 11° PAGO DE PRIMA

La prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, según la modalidad y el periodo especificados en las Condiciones Particulares de la póliza, debiendo realizarse con periodicidad mensual.

El pago de la prima es responsabilidad exclusiva del Contratante de la póliza, y sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la Compañía Aseguradora o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente cancelando el recibo o emitiendo el comprobante de pago.

El pago de la prima se realizará a través del descuento en la remuneración del Contratante, realizado por el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Dicho Empleador deberá enviar mensualmente a la Compañía Aseguradora, la relación de Asegurados por quienes se ha realizado el descuento en su planilla, a fin de realizar el pago correspondiente de la prima del seguro.

El Contratante podrá optar por el pago de la prima a través del cargo en su tarjeta de crédito o mediante cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud, para lo cual deberá firmar la autorización correspondiente.

En todos los casos será responsabilidad exclusiva del Contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente. La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o falta de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido. No se aceptarán pagos parciales de prima.

Para los casos de subsidio por incapacidad temporal de cuyo pago se encargue ESSALUD, será responsabilidad del Contratante el informar acerca de dicha situación a la Compañía Aseguradora. En este supuesto, el pago de la prima deberá ser realizado directamente en las oficinas de la Compañía o afiliando una tarjeta de crédito o a través de cualquier otra modalidad de pago acordada con la Compañía para el pago de la prima mensual.

ART. 12° PERÍODO DE GRACIA Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días contados a partir del vencimiento de la prima o cuota correspondiente. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente. Si la prima se encontrase impaga, habiendo vencido el plazo de gracia mencionado, el contrato de seguro - considerando que la vigencia del mismo es de treinta (30) días conforme a lo establecido en el Artículo 13° del presente contrato-, no se renovará automáticamente en el siguiente periodo mensual, por lo que el mismo se extinguirá en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, librándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Dentro del periodo de gracia, la Compañía Aseguradora informará al Contratante, a través de los medios pactados en la presente póliza, que al vencimiento del mismo sin que la prima hubiese sido pagada no se renovará para el siguiente periodo mensual.

ART. 13° PLAZO DE VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La presente póliza inicia su vigencia a las 00:00 horas de la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, sujeto al cumplimiento de lo estipulado en las Condiciones Generales de este contrato y siempre y cuando se haya realizado el pago de la prima correspondiente.

La vigencia del presente seguro es mensual (30 días calendario). En tal sentido, al vencimiento de cada periodo de treinta (30) días vencerá también el presente contrato de seguros. No obstante, ello, esta póliza se renovará automáticamente por un plazo similar, siempre y cuando la prima se encontrase pagada y no hubiera indicación en contrario de parte del Contratante, conservándose como fecha de vigencia inicial para todos los efectos de la póliza, la fecha de contratación o última rehabilitación de la misma.

La renovación que se realice sin la modificación de condiciones del presente contrato no requerirá la emisión de una nueva Póliza.



En caso la Compañía Aseguradora decida renovar la Póliza en condiciones distintas a las pactadas originalmente, deberá comunicarlo al Contratante, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación a la fecha de renovación a partir de la cual surtirá efectos la modificación.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía y el contrato se renovará automáticamente con la inclusión de tales nuevas condiciones.

En el supuesto en que la referida propuesta de modificación remitida por la Compañía sea rechazada por el Contratante dentro de los 30 días previos al vencimiento de la vigencia mensual en curso, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar dicha vigencia mensual, no procediendo la renovación automática de la Póliza para el siguiente periodo mensual.

ART. 14° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea también la nulidad del presente Contrato, 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.

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

Si el Asegurado o sus 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.15° RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

- a) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Contratante y/o Beneficiario.
- b) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- c) 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



SEGUROS



del Contratante" en original 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.

d) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, 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.

e) Por no contar con la cantidad mínima de asegurados en un mismo empleador conforme al artículo 16° del presente documento.

f) Por agravación del riesgo: Comunicada a la Compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, ésta debe 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 seguro de vida 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.

g) Derecho del Asegurado de revocar su consentimiento, cuando éste sea distinto que el contratante. Cesará la cobertura del seguro desde la recepción del documento por parte de la Compañía. Asimismo, el Contratante tiene derecho a la devolución de la prima, salvo por la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

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

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 del período en curso que hubiese quedado trunco como consecuencia de la resolución.

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

(i) Para el supuesto establecido en el literal c), el Contratante deberá presentar una solicitud de manera presencial a través de las plataformas de atención ubicadas en las oficinas de la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al contratante sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.

(ii) Para los supuestos establecidos en los literales a), b), d), e), f) y g) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante y/o Asegurado sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución, con abono a la cuenta del contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.



SEGUROS SURA

Caneval y Moreyra 532 - pso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center: 222-7777 / Provincias: 0800-11117

www.segurossura.pe

SEGUROS



ART. 16° TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía Aseguradora tiene la potestad de poner término a esta póliza en caso el número de Asegurados pertenecientes a un mismo Empleador sea menor a diez (10) asegurados. En este caso, la Compañía Aseguradora deberá comunicarlo por escrito con una anticipación de treinta (30) días calendario, mediante aviso dirigido al último domicilio del Empleador y del Contratante de la póliza. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza.

No obstante lo indicado arriba, el Contratante podrá acogerse al procedimiento para solicitar la continuidad del seguro en forma similar a lo descrito en el artículo 18°.

ART. 17° AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACION DE DOCUMENTOS

Una vez producido el siniestro, El Contratante, El Asegurado y/o el (los) Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del Siniestro, 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 Contratante o 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 Contratante o 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, Beneficiario o Contratante 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 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 y/o Contratante, según corresponda, de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, 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 prescripción establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

El Asegurado y/o Beneficiarios y/o Contratante deberán presentar en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos, según corresponda:

a) En caso de muerte natural del Asegurado:

- Certificado Médico de Defunción (formato completo).
- Partida o Acta de Defunción.
- Documento de Identidad Nacional del Beneficiario.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado los beneficiarios en la póliza.

b) En caso de muerte accidental del Asegurado, deberá presentar adicionalmente a la documentación por muerte natural, el original o certificación de reproducción notarial de:

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- 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 o Parcial y Permanente por Accidente.

- Declaración escrita donde figuren los datos del Asegurado, fecha, hora lugar y circunstancias del accidente.
- Documento de Identidad del Asegurado, a falta de este documento, la partida de nacimiento legalizada.
- Informe del médico que prestó los primeros auxilios.
- Dictamen de Invalidez Total Permanente emitida por Essalud (Seguro Social de Salud) o MINSA (Ministerio de Salud) o la COMAFP (Comité Médico de las AFP); en caso de apelación, el dictamen médico será emitido por el Comité Médico de la Superintendencia (COMEC).
- Atestado policial completo o acta de intervención policial en caso de accidente (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente). La fecha del accidente que conste en dicho documento constituye la fecha del siniestro.
- Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su invalidez.

El Asegurado, deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de que ésta pueda determinar y verificar el grado de invalidez y efectividad de las lesiones originadas en el accidente. El costo de dichos exámenes y pruebas será de cargo de la Compañía Aseguradora, y serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días desde la recepción de toda la documentación e información requerida en la póliza. La Compañía Aseguradora determinará si se ha producido la invalidez de un Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días, contado desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza.

d) Para la cobertura de Enfermedades Graves, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos que ellos posean, entendiéndose como estos la Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue diagnosticado y tratado, Informe del médico tratante y Estudio histopatológico y Anátomo patológico. El Asegurado dará las facilidades y deberá someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del diagnóstico y tipo de enfermedad y determinar la fecha en que dicho diagnóstico se haya producido (fecha del suceso que otorga la cobertura). El costo de dichos exámenes y pruebas será de cargo de la Compañía Aseguradora, y serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días desde la recepción de toda la documentación e información requerida en la póliza. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contado desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas.

En cualquier caso señalado precedentemente, adicionalmente a los documentos referidos anteriormente en el presente artículo, el(los) Beneficiario(s) deberá presentar los informes, declaraciones, certificados o documentos, destinados a probar la coexistencia de todas las condiciones necesarias para solicitar la cobertura, que ésta razonablemente solicite dentro del plazo indicado más adelante.

Sin perjuicio de que es obligación del contratante, el Asegurado y/o el(los) beneficiario(s) presentar la documentación e información prevista en el presente artículo, por el presente documento el contratante 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 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 siempre, conforme a la legislación



SEGUROS



establecida por la SBS, en particular lo establecido en el Reglamento para la Gestión y Pago de Sinistros y la Ley del Contrato de Seguro.

ART. 18° CESACIÓN DEL EMPLEO

Para que el Asegurado continúe gozando de las coberturas contratadas por la presente póliza luego del cese en el empleo del Contratante, éste último deberá solicitar por escrito la continuidad del seguro en un plazo máximo de treinta (30) días calendario desde la fecha del cese o finalización del vínculo laboral con el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En dicha situación, el pago de la prima será de forma mensual a través de la afiliación de una tarjeta de crédito o a través de cualquier otra modalidad acordada con la Compañía para el pago de la prima mensual.

Luego de vencido el plazo indicado sin haberse solicitado la continuidad del seguro, la presente póliza se extinguirá automáticamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, librándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza. La extinción por la causal descrita anteriormente no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza, siendo que la misma es informada mediante las presentes Condiciones Generales y es aceptada en la contratación de la póliza.

Las coberturas del presente seguro sólo surtirán efecto mientras el Contratante mantenga el vínculo laboral con el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, o aun cuando habiendo finalizado dicho vínculo, haya cumplido con presentar la solicitud de continuidad indicada en el presente artículo.

En los casos que el Contratante, luego de haber cesado en su empleo, hubiese continuado con el pago de la prima sin haber solicitado la respectiva continuidad del seguro, el compromiso de la Compañía Aseguradora se limitará a la devolución de las primas pagadas en exceso, más los intereses legales.

ART. 19° INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de investigar las causas reales del Sinistro. Para este efecto revisará y/o solicitará la comprobación de la autenticidad de la información recibida; y, en general, podrá disponer las medidas necesarias para la sustentación del evento. Esta investigación podrá realizarla incluso aun cuando ya hubiere pagado el Capital Asegurado. El Contratante y/o Beneficiario(s) tienen la obligación a cooperar con la máxima buena fe con esta investigación.

Si como consecuencia de esta investigación se determinara que el Sinistro no se encontraba dentro de los términos de la cobertura contratada o que era aplicable una exclusión conforme al Artículo 7° Exclusiones, el Contratante y/o Beneficiario perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, y, de haber recibido el Capital Asegurado, deberán reintegrarlo a la Compañía Aseguradora, con los intereses legales, gastos debidamente sustentados y tributos a que hubiere lugar, pudiendo, en caso contrario, iniciar la Compañía Aseguradora las acciones legales que correspondan con la finalidad de reclamar la devolución de lo indebidamente pagado.

ART. 20° 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.



SEGUROS SURA

Canaval y McCreary 532, piso 5, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center: 222-7777 / Provincias: 8000-11117

www.segurossura.pe

ART. 21° DOMICILIOS Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

El Contratante y/o Asegurado señalan como su domicilio, su dirección postal, de correo electrónico y número de celular los que aparecen registrados en la Solicitud de Seguro. La Compañía Aseguradora señala como su domicilio el que aparece registrado 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).

ART. 22° DOMICILIO

La Compañía Aseguradora y el Asegurado declaran que, antes de suscribir la Póliza, han tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, a cuyas estipulaciones conviene que quede sometido el presente contrato. Asimismo, señalan como su domicilio el que aparece registrado en la Póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

Para todo lo que se relacione con esta Póliza sea arbitraje o controversia judicial, las partes se someten a las reglas de competencia territorial establecidas en el Código Procesal Civil.

ART. 23° DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Asegurado y/o Beneficiario(s) de la póliza podrá ser sometida al ámbito de la 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.

ART. 24° 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



SEGUROS



tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Compañía Aseguradora, ubicado en su Oficina Principal.

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

El Contratante y el Asegurado autorizan que los referidos datos personales podrán ser transferidos, para los fines antes indicados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades financieras o inmobiliarias, ya sea que pertenezcan o no al Grupo económico de la Compañía.

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

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

ART. 25° REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA

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

ART. 26° MODIFICACIÓN CONTRACTUAL

Se deja constancia que, durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía Aseguradora respetará los términos pactados originalmente. Finalmente, la Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados.

