

Desgravamen Hipotecario Cód. SBS N° VI2057410026 (S/.)
Desgravamen Hipotecario Cód. SBS N° VI2057420045 (US\$)

CONDICIONES GENERALES
DESGRAVAMEN HIPOTECARIO (Seguro de Vida)
ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

Art.1°.- BASES DEL CONTRATO

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

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

Si el contenido de la Póliza no concorda con las condiciones ofrecidas por la Compañía Aseguradora, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de recibida la Póliza. Transcurrido este plazo sin que el Contratante solicite rectificación alguna, se consideraran aceptadas por éste las condiciones de la Póliza o sus modificaciones siempre que la Compañía Aseguradora advierta al Contratante de ellas en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, señalando el plazo del que dispone para rechazarlas.

ART. 2°.- DEFINICIONES

ASEGURADO Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

Es la persona prestataria del Contratante, sobre cuya vida la Compañía Aseguradora acepta asumir el riesgo y, en caso de su muerte o invalidez total y permanente, producirá la responsabilidad de indemnizar con el saldo insoluto del crédito hipotecario que tiene frente al Contratante, de acuerdo a los términos y condiciones pactados en la Póliza.

Podrán asegurarse y permanecer en cobertura el Asegurado que no haya cumplido los sesenta seis (66) años de edad. A la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta seis (66) años, el seguro quedará resuelto automáticamente respecto de dicho Asegurado.

BENEFICIARIO

Es el Contratante de la Póliza, quien es el único con derecho a cobrar la indemnización del seguro.

COBERTURA PRINCIPAL

Alcance de la responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre el riesgo asegurado en la Póliza, de conformidad con lo pactado en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Clausulas Adicionales y Endosos.

CONTRATANTE DEL SEGURO

Es la persona y/o entidad que contrata el seguro, y se encuentra detallada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado.

PRIMA COMERCIAL

Su pago es responsabilidad del Contratante. Es el valor dinerario determinado por la Compañía Aseguradora como contraprestación por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares. Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de

corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

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 como accidentes los denominados Accidente Médicos, tales como: Infartos del miocardio, apoplejias, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.**

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Serán considerados con Invalidez Total y Permanente aquellas personas que presenten un menoscabo global del 70% o más de su capacidad productiva, determinado de acuerdo al manual 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 como consecuencia de: fractura accidental e incurable de columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; pérdida accidental total de la visión de ambos ojos; pérdida completa por accidente de ambas manos; pérdida completa por accidente de ambos pies; pérdida completa por accidente de una mano y un pie. **No se otorgará el beneficio en caso de invalidez accidental que no corresponda a los supuestos antes indicados.**

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD

A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentre en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses, la Compañía Aseguradora evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado de invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura.

Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación, o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración la Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP)

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad, causa básica de la invalidez es diagnosticada dentro de los seis (6) primeros meses desde el inicio de vigencia de esta cobertura.

SBS

Es la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP del Perú.

SOLICITANTE

Aquella persona que presenta la solicitud de cobertura ante la compañía aseguradora, siendo que puede ser el contratante, el asegurado o el beneficiario.

Art. 3°.- OBJETO DEL SEGURO

El objeto del presente contrato de seguro consiste en garantizar el pago del saldo insoluto del crédito hipotecario que tiene el Asegurado frente al Contratante, en caso de la ocurrencia de cualquiera de los eventos siguientes:

- Fallecimiento del Asegurado por causa de muerte natural o muerte accidental.
- Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente y/o Enfermedad.



Art. 4°.- RENOVACIÓN DEL SEGURO

La vigencia de este seguro será por el período estipulado en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado. Los Términos, Condiciones y Sumas Aseguradas podrán ser modificados en cada renovación.

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

La compañía Aseguradora proporcionará al Contratante información suficiente para que comunique de las modificaciones a los asegurados. El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por la Compañía Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

Art. 5°.- DECLARACIONES DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE

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

Art. 6°.- INDEMNIZACIÓN

En el caso de producirse alguno de los eventos señalados en el artículo 3° del presente Condicionado General, la responsabilidad de la Compañía Aseguradora al momento del siniestro será solo hasta por el monto del saldo insoluto del crédito hipotecario que el Asegurado mantiene con el Contratante a dicha fecha.

Art. 7°.- PAGO DE PRIMAS, SUSPENSIÓN Y RESOLUCIÓN POR FALTA DE PAGO

El Contratante se obliga a efectuar mensualmente el pago de las primas correspondientes a la Compañía Aseguradora y como máximo, dentro de los primeros quince (15) días del mes siguiente al que se le otorgó cobertura.

El Contratante abonará a la Compañía Aseguradora a más tardar la primera semana siguiente del mes de cobertura, la prima correspondiente de 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 y de acuerdo al reporte de altas y bajas establecidas por el Contratante.

Si durante el período de vigencia de la Póliza, la prima se encontrase impaga, la cobertura se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días calendario desde la fecha de vencimiento de la obligación y siempre que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación cierta, a través de los medios y en la dirección previamente acordada, al Contratante y el Asegurado informando sobre la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima y el plazo que se dispone para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del certificado de seguro.

En caso la cobertura del certificado o el contrato de seguro, según corresponda, se encuentre suspendida, quedará resuelto vencido el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver el Certificado o contrato de Seguro, según corresponda. En este último supuesto, la Compañía Aseguradora tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al período efectivamente cubierto.

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del período en que la cobertura se encuentre suspendida, ya sea respecto del contrato o certificado de seguro; tampoco



será responsable de aquellos siniestros ocurridos cuando el Contrato o Certificado de Seguro hayan sido resueltos debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa.

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

Art. 8°.- INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL CONTRATANTE

El Contratante enviará mensualmente la información de préstamos desembolsados en un formato pre-establecido por la Compañía Aseguradora, conteniendo datos de los prestatarios a ser Asegurados:

- Nombres y Apellidos.
- Documento Nacional de Identidad (D.N.I.) o carnet de extranjería, de ser el caso.
- Fecha de Nacimiento.
- Profesión, Ocupación o Actividad Económica.
- Dirección / Teléfono/Correo Electrónico.
- Fecha de Ingreso a la Póliza.
- Saldo Inicial.
- Saldo Deudor.
- Plazo del Préstamo.
- Tasa cobrada.
- Período de pago del crédito.

Art. 9°.- DECLARACIÓN DE SALUD

La aceptación definitiva por parte de la Compañía Aseguradora de los prestatarios del Contratante como Asegurados de esta Póliza, queda condicionada a la aprobación de la Declaración Personal de Salud (en adelante, "D.P.S.") de cada uno de ellos. Una vez aprobada la D.P.S. los prestatarios ingresarán a la Póliza como Asegurados.

Todos los prestatarios deberán llenar obligatoriamente la D.P.S., y dependiendo del monto del crédito y la edad, se realizarán exámenes médicos establecidos en la Condiciones Particulares o que razonablemente solicite la Compañía Aseguradora.

Art. 10°.- AVISO DE SINIESTRO

Una vez ocurrido el fallecimiento por muerte natural o muerte accidental o la invalidez total y permanente del Asegurado, el Contratante y/o el Asegurado y/o Beneficiario, de ser el caso, comunicarán el siniestro a la Compañía Aseguradora a través de los medios pactados en la póliza y dentro del plazo máximo de sesenta (60) días calendarios, contado a partir de que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio. El dolo en que incurra el Contratante y/o el Asegurado y/o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa inexcusable, no se perderá el derecho a la indemnización si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro o si se demuestra que la Compañía Aseguradora ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. En caso de culpa leve por parte del Asegurado, Contratante y/o Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, esta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

La Solicitud de Cobertura debe contener el detalle de las coberturas reclamadas y montos correspondientes, incluido los saldos insolutos de las cuentas, acompañados del sustento que corresponda y los documentos requeridos, según cada cobertura, Indicados en el Art. 12° del presente Condicionado General.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado o Beneficiario de acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo señalado anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido en la legislación de seguros vigente.

Art. 11°.- PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS POR SINIESTROS

El plazo de presentación de los documentos por siniestros con el que contará el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda es de doce (12) meses a partir de la fecha de ocurrencia del mismo o de conocido el beneficio.

Art. 12°.- DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para hacerse acreedor a la indemnización establecida en la presente póliza, el Contratante y/o el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura en la oficina principal de la Compañía Aseguradora, incluyendo los siguientes documentos e información completa de acuerdo a las coberturas de la presente Póliza:

En caso de muerte

- Copia de DNI del solicitante y del fallecido en caso de contar con él.
- Certificado Médico de Defunción.
- Partida o Acta de Defunción.
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial sólo en caso de accidente.
- Carpeta Fiscal o conclusiones de la Fiscalía, sólo en caso de accidente.
- Protocolo de Necropsia, en caso de accidente en el que se presuma responsabilidad de terceros o daños a dichos terceros o a la propiedad pública o privada.
- Dosaje Etilico y/o Estudio Químico Toxicológico, en caso corresponda.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente y/ o Enfermedad

- Dictamen o Certificado de Invalidez Total y Permanente emitida por ESSALUD (Seguro Social de Salud), la COMAFP (Comisión médica de AFP) o la COMEC (Comisión Médica de la Superintendencia).
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial sólo en caso de accidente.
- Dosaje Etilico y/o Estudio Químico Toxicológico, sólo en caso de accidente.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro, todo documento deberá ser presentado en original, de requerir copia simple o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), será indicado por la Compañía Aseguradora. Sin perjuicio de que es obligación del Solicitante presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Solicitante autoriza y se obliga 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, listada 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 siempre que informe de dicho hecho al Beneficiario y conforme a la legislación establecida por la SBS.

Una vez consentido o aprobado 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 Contratante o 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 Contratante y/o Beneficiario pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

Art. 13*.- EXCLUSIONES

Ninguna indemnización será pagadera bajo la presente Póliza, en caso de que el siniestro cubierto se produzca en las siguientes situaciones:

- a. Lesiones que El Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase en actos de Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- b. La Intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terroristas, insurrección, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, en que el Asegurado participe por culpa grave propio o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c. **Preexistencia:**
Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
 - La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico colegiado; y,
 - No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.

Se entiende por Cáncer Preexistente: si antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza:

- La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
- La enfermedad es diagnosticada por un médico colegiado; y,
- No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- Si el Asegurado presenta algún síntoma obvio, por ejemplo: tumoraciones palpables al tacto o evidentes a simple vista, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros, el cual si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico.

- d. Fallecimiento ocasionado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

- e. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a si mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al Asegurado por terceros con su consentimiento.

- f. Práctica de deporte riesgoso, considerándose como tales deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como deportes



riesgosos, practica de artes marciales que impliquen pleno contacto, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, motonáutica, aviación deportiva, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping (Puenting) o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill.

- g. Como pasajeros de aviones de servicio no regular y/o helicópteros particulares y/o de las fuerzas armadas, salvo que el asegurado sea miembro activo de una institución que pertenezca a las fuerzas armadas, en cuyo caso esta exclusión queda sin efecto.
- h. Uso de drogas ilegales, drogas legales sin prescripción médica, sustancias tóxicas, alcohol, estupefacientes y/o estado de sonambulismo.

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.

Se considera que el asegurado ha hecho uso de drogas ilegales, drogas legales sin prescripción médica, sustancias tóxicas y/o estupefacientes cuando el examen toxicológico respectivo de positivo.

- i. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- j. El Siniestro que sea consecuencia de actos infractorios de leyes o reglamentos o exposición al peligro que no esté justificada por alguna necesidad profesional.
- k. Acto delictuoso en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.

Art. 14*.- MODIFICACIONES

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. La Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados.

Art. 15*.- MONEDA

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

Art. 16*.- IMPUESTOS

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

Art. 17*.- VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

La vigencia de la Póliza iniciará a partir de las doce (12) horas del día en que se inicia la vigencia indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado; y finalizará conforme a los supuestos de nulidad o resolución contenidos en la presente Póliza o cuando el Asegurado cumpla los sesenta y seis (66) años de edad.

La cobertura de esta Póliza terminará anticipadamente respecto de un Asegurado, en el instante en que deje de pertenecer, formar parte o tener vínculo contractual con el Contratante, en virtud del cual se le tuvo como integrante del grupo de asegurados.

Art. 18° - CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: RESOLUCIÓN Y NULIDAD

18.1. La resolución deja sin efecto el certificado de seguro 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 el certificado de seguro durante la suspensión de la cobertura. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.
- b) Por solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
- c) En caso el Sinistro 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 del certificado de seguro 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 el certificado de seguro 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 del certificado de seguro, 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. El certificado de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del certificado de seguro.



En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al periodo efectivamente cubierto.

La resolución del Certificado de Seguro en los supuestos señalados previamente, 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) y c) corresponde a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del certificado de seguro.

En los supuestos señalados en el literal a) el Contratante comunicará al Asegurado la resolución del certificado de seguro.

En los supuestos señalados en los literales d) y 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.
- (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 del certificado de seguro 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.

18.2. La nulidad deja sin efecto el certificado de seguro por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

El certificado de seguro será nulo y el 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. 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 certificado de seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. Por otro lado, en caso que la prima pagada sea inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Asimismo, el certificado de seguro será nulo y el Beneficiario perderá 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 los Beneficiarios hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía Aseguradora la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales y demás gastos que deberán ser debidamente justificados por la Compañía Aseguradora.

ART. 19'.- CAUSALES DE RESOLUCIÓN y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

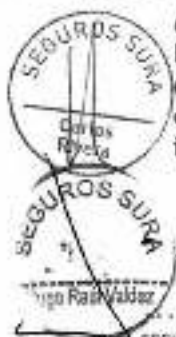
19.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN:

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

a) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante, para lo cual el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración Jurada del Contratante", la misma que es proporcionada por la compañía y deberá ser entregada en original y acompañada del DNI. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro. La resolución de la póliza será efectiva en 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este período el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar.

b) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo; y no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado anteriormente.

c) Por falta de pago de la prima por parte del Contratante respecto del grupo asegurado. En caso la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato de seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.



d) Por agravación del riesgo: El contratante comunica a la Compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, siendo que ésta deberá manifestar al contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Mientras la Compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso. El contrato de seguro no podrá ser modificado o dejado sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato.

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

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

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

- (i) Para el supuesto establecido en el literal a), el Contratante deberá presentar una solicitud de a la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al contratante sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.
- (ii) Para el supuesto establecido en el literal b), las primas devengadas a prorrata quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato de seguro.
- (iii) Para el supuesto establecido en el literal d), la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante y/o Asegurado sobre los efectos de la misma respecto de 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.

19.2 CAUSALES DE NULIDAD:

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

1. En caso de declaración inexacta de la edad de EL ASEGURADO, si se comprobare que EL ASEGURADO superaba la edad máxima de Ingreso a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las presentes Condiciones Generales. La presente causal será aplicable en caso sea EL CONTRATANTE sea quien declare.
2. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.

3. Si al tiempo de la contratación del seguro se habla producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2 o 3 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por EL CONTRATANTE, sin intereses, quien se encargará de devolver al asegurado. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en el numeral 19.1 de las presentes Condiciones.

Art. 20°.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro. 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 hubiera pagado el siniestro. El Contratante y/o el Beneficiario tienen la obligación de cooperar con la máxima buena fe con esta investigación.

En caso de presentarse divergencias respecto al grado de invalidez del Asegurado, las partes podrán solicitar la intervención de peritos, los que deberán ser profesionales médicos, a fin de que dictaminen sobre estos aspectos. Cada parte nombrará a un perito. Las partes se someterán a lo que dictaminen los peritos.

En caso de que los dictámenes sean opuestos, la controversia subsistente se resolverá mediante arbitraje de acuerdo a lo previsto en el artículo 24° del presente Condicionado General.

Art. 21°.- DOMICILIO Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

21.2. Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía Aseguradora y el Contratante y/o el Asegurado y/o (los) Beneficiario(s) con motivo de esta póliza la efectuarán por escrito, debiendo dirigirlas a sus domicilios, a través de cualquier medio que acredite fehacientemente la recepción por el destinatario o a las direcciones de correo electrónico de su titularidad que han sido consignadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud del Seguro o mediante cualquier comunicación telefónica 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, así como en el Certificado de Seguro. 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.

21.3. En caso de variación de domicilio y/o de dirección de correo electrónico y/o de número telefónico, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s), según el caso, deberán comunicar por escrito a la Compañía Aseguradora su nuevo domicilio y/o dirección de correo electrónico y/o nuevo número telefónico. La referida variación surtirá efecto luego de cinco días hábiles de comunicado a la Compañía Aseguradora. De no cumplir con esta 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, así como en el Certificado de Seguro.

21.4. En tal sentido, se pacta expresamente que las notificaciones efectuadas a las direcciones de correo electrónico y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos señalados por el Contratante y/o Asegurado conforme a la presente cláusula, tienen el mismo valor



legal que si hubieran sido realizadas al domicilio físico, estando la Compañía Aseguradora facultada a efectuar las notificaciones, indistintamente al domicilio físico o al correo electrónico o al teléfono(s).

Art. 22*.- PLAZO PRESCRIPTIVO

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

Art. 23*.- RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

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

A continuación, detallamos las direcciones de nuestras oficinas, teléfonos, correo electrónico y página web de contacto:

- Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er. Piso, San Isidro.
- Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara
Piura: Calle Tacna 307
Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced
- Teléfonos: 222-7777 / 0800-1-1117.
- Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe
- Página web: www.segurossura.pe (opción "contáctenos").

Art. 24*.- DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Asegurado y/o el Beneficiario(s) de la Póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por APESEG (Asociación Peruana de Empresas de Seguros) orientada a la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que se susciten entre éstos y las Empresas Aseguradoras. Ello, sin perjuicio del derecho del Beneficiario de acudir a un proceso arbitral o a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

Art. 25*.- 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.

Art. 26*.- DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El contratante declara que, antes de suscribir la póliza, ha tomado conocimiento directo de las condiciones generales, de las condiciones particulares y especiales y cláusulas adicionales, a cuyas



estipulaciones queda sometido el presente contrato. Asimismo, declara conocer que la referida información, puede ser consultada en el sitio web www.sura.pe.

Art. 27°.- 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. 28°.- CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el Contratante y/o Asegurado quedan informados y dan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Compañía Aseguradora, ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima.

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

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

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

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

