

Seguro de Vida Bienestar Familiar - Soles
Condiciones Generales
(Código SBS VI2058000074)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

ART. 1° CONTRATO

La veracidad de las declaraciones hechas en la Solicitud de Seguro 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 Particulares, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y endosos, de ser el caso.

ART. 2° DEFINICIONES

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, entendiéndose como accidentes médicos, a los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o tratamiento médico, tales como: Infartos del miocardio, (accidente de cerebrovascular en vez de apoplejías), congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales y del comportamiento, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.

Accidente Cerebrovascular (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.

Asegurado: Comprende al Asegurado Titular y/o a los Asegurados Adicionales

Asegurado Titular: Persona Natural a quien se le cubre el riesgo de fallecimiento (muerte natural o accidental), invalidez total y permanente o enfermedades graves, conforme a los términos del presente Contrato de Seguro.

Asegurados Adicionales: Son el cónyuge (o concubino) - del Contratante, designado(s) por este último, y que se acoge a las coberturas de fallecimiento (muerte natural o accidental), invalidez total y permanente o enfermedades graves, conforme a los términos del presente Contrato de Seguro. La Compañía Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Contratante no corresponda a los permitidos en esta póliza.

Beneficiario: Es la persona declarada por el Contratante como titular del derecho a cobrar el Capital Asegurado de las coberturas de invalidez y enfermedades graves, o del fallecimiento del Asegurado Titular. En caso el Asegurado sea una persona distinta al Contratante, se considerará como Beneficiarios a los herederos legales del Asegurado para la cobertura de fallecimiento.

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 al virus de inmunodeficiencia humana, cualquier tipo de cáncer de piel a excepción del melanoma maligno.

Compañía Aseguradora: Seguros Sura

Comercializador: Persona natural o jurídica con la que la Compañía Aseguradora celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de bancaseguros.

Concubino: Aquella persona con la cual el Contratante mantiene una relación de concubinato debidamente acreditada con la Resolución Judicial firme de Unión de Hecho o con la constancia de inscripción emitida por la SUNARP con una antigüedad no mayor a treinta días calendario.

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, adquiriendo también la condición de Asegurado Titular, o a favor de su cónyuge o concubino.

Deporte Riesgoso: 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, deportes tales como: 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.

Empleador: Persona natural o jurídica, empresa unipersonal, sociedad irregular o de hecho, cooperativa de trabajadores, entidad del sector público o cualquier otro ente colectivo, que provee un puesto de trabajo a una persona física para que preste un servicio personal bajo su dependencia, a cambio del pago de una remuneración o salario. Para efectos de la presente póliza el empleador cumplirá el rol de recaudador de la prima de seguro. El Empleador, previa autorización del Contratante, descontará de la remuneración de éste la prima del seguro contratado, la cual deberá ser transferida e informada a la Compañía Aseguradora.

Infarto del Miocardio: Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (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

Insuficiencia Renal: Definida como insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Periodo de Carencia: Tiempo en el cual las coberturas aún no están activas. Toda enfermedad o condición médica que se diagnostique en este periodo, no será cubierta por la póliza.

ART. 3° TITULAR DE ESTA POLIZA

El Contratante podrá incluir como Asegurado a sí mismo o a su cónyuge o concubino.

ART. 4° CONDICIONES PARA SER ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA

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 trabajador puede contratar este seguro para su cónyuge (o concubino), siempre y cuando haya autorizado a su Empleador a descontar de su remuneración mensual la prima correspondiente. En dichos casos, la Compañía Aseguradora no otorgará ninguna cobertura bajo esta póliza en los casos en que luego de ocurrido un siniestro, no se logre acreditar que el Asegurado fallecido es el cónyuge o concubino del trabajador contratante de la póliza.

Art. 5° LÍMITE DE EDAD PARA SER ASEGURADO

La edad máxima de ingreso del Asegurado, para esta póliza es de sesenta (60) años de edad actuarial y la edad máxima de permanencia es de sesenta y cinco (65) años.

A las 0.00 horas del día en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad, el seguro terminará respecto de dicho Asegurado, siendo esta una causal de terminación natural del contrato.

Si se verificara que la edad del Asegurado fuese inexacta con relación a la declarada o a la señalada en la Solicitud de Seguro, y si como consecuencia de ello, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora deberá restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Asimismo, de verificarse que el Asegurado, hubiere tenido más de sesenta (60) años y seis (6) meses de edad actuarial al momento de contratarse el seguro, sólo en el caso de declaración inexacta de edad procederá la nulidad del presente Contrato. En este caso, la Compañía Aseguradora procederá a la devolución de la prima pagada.

ART. 6° COBERTURAS

En los términos de la presente póliza, el Capital Asegurado, según el Plan de Seguro elegido por el Contratante y señalado en las Condiciones Particulares, será pagado por la Compañía Aseguradora al

SEGUROS



Contratante, 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.

Coberturas:

6.1. Muerte Natural

En caso del fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

6.2. Muerte Accidental

La Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios, 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 sobreviniente 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 calendario siguiente de ocurrido el accidente.

6.3. Renta Mensual por Muerte Natural

En caso del fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios, una Renta Mensual durante doce (12) meses conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

Los Beneficiarios podrán recibir las doce (12) rentas mensuales en un sólo pago equivalente al valor presente de éstas aplicando el factor de descuento que determine la Compañía Aseguradora.

6.4. Renta Mensual por Muerte Accidental

La Compañía pagará a los Beneficiarios una Renta Mensual durante doce (12) meses según lo indicado 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 sobreviniente 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 calendario siguientes de ocurrido el accidente.

Los Beneficiarios podrán recibir las doce (12) rentas mensuales en un sólo pago equivalente al valor presente de éstas, aplicando el factor de descuento que determine la Compañía Aseguradora.

6.5. Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Si como consecuencia directa e inmediata de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Total y Permanente, él mismo recibirá el Capital Asegurado correspondiente a esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Cabe indicar que, la cobertura comprenderá la invalidez que, derivada de un accidente ocurrido durante la vigencia del contrato, se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes al accidente.

Para efectos de la presente póliza, sólo serán considerados como Invalidez Total y permanente los siguientes casos:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida;
- Fractura accidental e incurable de la 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.



SEGUROS SURA

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

www.segurossura.pe

SEGUROS



No se otorgará cobertura en caso ocurra una invalidez que no corresponda a los supuestos indicados.

Una vez recibida esta indemnización, el Asegurado inválido será retirado de la póliza automáticamente, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad para dicho Asegurado, salvo para la cobertura de Desempleo por Invalidez, la cual podrá ser aplicada en caso ocurra el siniestro cubierto por esta, conforme al contenido de la misma.

6.6. Desamparo Súbito Familiar:

Los Beneficiarios designados recibirán el Capital Asegurado correspondiente a esta cobertura, si como consecuencia de un mismo accidente fallece el Asegurado y su Cónyuge en un plazo máximo de noventa (90) días contados desde la ocurrencia del accidente.

6.7. Enfermedades Graves

La Compañía Aseguradora pagará al Asegurado el Capital Asegurado correspondiente a esta cobertura, según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso que al Asegurado se le diagnostique clínicamente alguna de las siguientes enfermedades:

1. Infarto del Miocardio
2. Accidente Cerebrovascular (ACV)
3. Cáncer
4. Insuficiencia Renal

Es requisito indispensable para otorgar esta cobertura que la enfermedad se diagnostique durante la vigencia de la póliza y luego de vencido el Período de Carencia.

El periodo de carencia para esta cobertura es noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o desde el último aumento de Plan de Seguro. En este último caso, este plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.

Esta cobertura podrá ser pagada una sola vez por Asegurado ante el diagnóstico de alguna de estas enfermedades. Por lo tanto, luego de pagada la indemnización, esta cobertura será automáticamente excluida para dicho Asegurado.

6.8. Desempleo por Invalidez Total y Permanente o Enfermedad Grave

Si el Asegurado queda desempleado a consecuencia de un accidente que diera lugar a su invalidez total y permanente o en caso que la invalidez total y permanente se manifieste dentro de los 2 años siguientes al acaecimiento del accidente, o por alguna de las enfermedades indicadas en la cobertura de Enfermedades Graves; entonces La Aseguradora lo indemnizará por el monto de la suma asegurada fijada según el plan elegido en las condiciones particulares de la póliza o el endoso correspondiente. Dicho beneficio se otorgará si a la fecha efectiva del desempleo (referida en la liquidación de Beneficios Sociales o Resolución de Retiro), la cobertura no se encuentre suspendida.

En el caso de cese del empleo del Asegurado a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente por Accidente o por alguna de las enfermedades indicadas en la cobertura de Enfermedades Graves, la Compañía Aseguradora pagará al Asegurado el Capital Asegurado correspondiente a ésta cobertura conforme a las Condiciones Particulares de la póliza. El pago de esta indemnización se realizará cuando finalice el vínculo laboral con el Empleador.

6.9. Deuda con el Empleador

En el caso que el Asegurado tenga un préstamo con su empleador y al momento de su fallecimiento, o Invalidez Total y Permanente por Accidente, la deuda originada se mantuviera, la Compañía Aseguradora indemnizará al Empleador con el monto correspondiente al saldo de la deuda a la fecha del fallecimiento, considerando como límite máximo el Capital Asegurado para esta cobertura. La presente cobertura surtirá efecto, siempre y cuando la deuda se hubiere contratado con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad y/o invalidez que cause el siniestro y el empleador cumpla con presentar copia legalizada del contrato de préstamo correspondiente y cualquier otro documento que pruebe el otorgamiento del préstamo. Si el saldo de la deuda fuese menor al Capital Asegurado, la Compañía Aseguradora sólo pagará el monto correspondiente al saldo de la deuda.

ART. 7° EXCLUSIONES

Este seguro no otorgará ninguna de sus coberturas en caso que el fallecimiento, la invalidez total y permanente o alguna de las enfermedades graves del Asegurado fuese causado por:

- a. Suicidio. Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
- b. Su participación como autor o participe bajo cualquier forma o modalidad en un acto delictivo, así como por las consecuencias posteriores que se pudieran derivar de dicha autoría o participación.



- c. Acto delictivo cometido por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado, sea como autor o participe en el acto delictivo, bajo cualquier forma o modalidad.
- d. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando en este último caso exista participación activa del Asegurado.
- e. Enfermedad generada por el uso de drogas o estupefacientes o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- f. Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. 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.
- g. Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- h. Práctica de deportes riesgosos, 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.
- i. Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o haya consumido o utilizado drogas, o en estado de sonambulismo. Se considera que el Asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0.5 gr/lt. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos en el caso de accidentes de tránsito, generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- j. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en un vuelo regular operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- k. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo General de Bomberos y Equipos de Rescate. Así como las funciones o actividades relacionadas con servicios de seguridad y vigilancia que requieran portar armas.
- l. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

ART. 8° INDISPUTABILIDAD

La póliza está exenta de restricciones relativas a residencia, ocupación, viajes y estilo de vida del Asegurado, excepto lo especificado en el Artículo 7° Exclusiones.

La presente póliza es indisputable a partir de los dos (2) años, es decir la Compañía Aseguradora no podrá impugnar o declarar la nulidad del contrato después de transcurrido este plazo, salvo caso de fraude o

dolo en perjuicio de la Compañía Aseguradora que permitirá a ésta disputar la póliza en cualquier momento.

ART. 9° 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 solicitara cambiar un Plan de Seguro con mayor Capital Asegurado, el(los) Asegurado(s) deberá(n) cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía Aseguradora, para lo cual se deberá llenar y firmar una nueva Declaración de Salud.

El Contratante deberá manifestar a la Compañía Aseguradora la decisión de aplicar su derecho de conversión de cobertura por escrito.

ART. 10° 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 la Solicitud de Seguro o Condiciones Particulares de esta póliza. 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 o la ley, de no existir estos porcentajes se entregará la indemnización en partes iguales.

Para el caso del (los) Asegurados Adicionales, 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.

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.

ART. 11° PAGO DE PRIMA

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.

En los casos que el Empleador no acepte realizar el descuento en planilla para el pago del seguro, el Contratante podrá optar por el pago de la prima a través del cargo en su cuenta bancaria o tarjeta de crédito, para lo cual deberá firmar la autorización correspondiente.

La prima podrá ser pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, según la modalidad y el período especificados en las Condiciones Particulares de la póliza.

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.

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.

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.

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° RESOLUCION 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. Dentro del periodo de gracia de 30 días posteriores al vencimiento del plazo para el pago de la prima, la Compañía Aseguradora informará al Contratante, a través de los medios pactados en la presente póliza, que al vencimiento del periodo de gracia sin que la prima hubiese sido pagada, el Contrato de seguro se extinguirá y por lo tanto 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.

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 por escrito al Contratante, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía 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° DECLARACIÓN DEL ASEGURADO Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO. Oponibilidad de las Disposiciones de la Póliza al Asegurado y Beneficiarios

La veracidad de las declaraciones hechas por el Contratante, en la solicitud del seguro, constituyen elementos integrantes y esenciales en este contrato de seguro.

El contrato de seguro será nulo y el Asegurado 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, para lo cual dentro de los 15 días útiles posteriores a la fecha en que se informó sobre la nulidad al Contratante, se le informará sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizarla.

la devolución, con abono a la cuenta del Contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, de ser el caso.

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, en la misma forma descrita en el párrafo anterior.

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* 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 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.

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

a) En caso de fallecimiento del Asegurado:

- Certificado Médico de Defunción (formato completo)
- 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.

En caso el fallecimiento del Asegurado sea causado por un accidente, deberá presentar adicionalmente, en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, de corresponder (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

- Declaración escrita de fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente.
- Certificado 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 y/o Denuncia Policial Completa o Acta de intervención policial, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Dosaje Etílico y/o estudio Químico Toxicológico

- 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 será de cargo de la Compañía Aseguradora la cual determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, plazo que se computará desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si se ha producido la invalidez de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

c) Para la cobertura de Deuda con el Empleador, adicionalmente a lo requerido para la cobertura de fallecimiento o de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según corresponda, se deberá presentar copia del contrato suscrito por el empleador y el Asegurado que sustente el préstamo respectivo, así como copias de las boletas o planillas de pago que demuestre el saldo insoluto a la fecha del siniestro. Los documentos deberán contar con certificación de reproducción notarial.

d) Para la cobertura de Desempleo por Invalidez Total y Permanente o Enfermedad Grave, adicionalmente a lo requerido para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o de enfermedades graves, según corresponda, el Asegurado deberá presentar certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la constancia que acredite el desempleo por invalidez total y permanente o Enfermedad Grave emitida por el empleador y su liquidación de beneficios sociales. La Compañía Aseguradora evaluará la enfermedad grave o el grado de invalidez considerando la documentación requerida. Asimismo, de ser necesario, el Asegurado deberá someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora considere a efectos de evaluar la enfermedad grave o el grado de invalidez.

e) 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, en caso correspondan. En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarla dentro de los veinte (20) primeros días, plazo que se computará desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. Dentro de dicho plazo 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 estos exámenes y pruebas serán de cargo de la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de 30 días, plazo que se computará desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas en la presente póliza.

f) Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar, se presentarán los mismos documentos requeridos en el literal a) del presente artículo, que está referido a la cobertura por fallecimiento, respecto al Asegurado y su cónyuge.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria indicada en la póliza para la liquidación, la Compañía Aseguradora cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo. En caso la Compañía Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, así como la realización de exámenes o pruebas, 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 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 Asegurado 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 asegurado pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

ART. 16* CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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 Asegurado 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 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 periodo 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 17* del presente documento.

f) Por falta de pago de la prima conforme al artículo 12* de presente documento.

g) 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 periodo 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.

h) 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 periodo de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

SEGUROS



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.

Para efectos del presente artículo, las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía.

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.

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 en 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), g) y h) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución, con abono a la cuenta del Contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

ART. 17* RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS EN UN MISMO EMPLEADOR

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 arriba indicado, el Contratante podrá acogerse al procedimiento para solicitar la continuidad del seguro en forma similar a lo descrito en el Artículo 18 de la presente póliza.

ART. 18* CONTINUIDAD DEL SEGURO EN CASO DE CESE EN EL 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 no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia 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 la solicitud de continuidad indicado 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

SEGUROS SURA

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

www.segurossura.pe



19.1. 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 hubiere pagado el Capital Asegurado. El Contratante y/o Beneficiario(s) tienen la obligación a cooperar con la máxima buena fe con esta investigación.

19.2. Si como consecuencia de esta investigación se determinara que el Siniestro 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.

ART. 21° DOMICILIOS Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

21.1. 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.

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 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.

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

SEGUROS



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.

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° DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Los términos, Condiciones Generales y Condiciones Particulares y Especiales, que rigen el presente contrato de seguro, están sujetas 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. 23° 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 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.sura.pe/seguros, mediante el procedimiento que se indica en dicho sitio web.

Art. 24° DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El Contratante y/o Asegurado declara que, antes de suscribir la póliza, ha tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales, de las Condiciones Particulares y Cláusulas Adicionales, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato de conformidad con lo establecido en la legislación actual vigente.

Art. 25° 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:

Atención al cliente

SEGUROS SURA

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

www.segurossura.pe



SEGUROS



Oficina Principal

Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro

Provincias:

Arequipa: Av. Ejercito 107-B

Yanahuara

Piura: Calle Tacna 307

Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced

Línea de servicio al cliente:

222 7777

0800-11117 (línea gratuita)

Horario de Atención:

Lima y Provincias - De Lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.

Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe

Art. 26° MODIFICACION DE PRIMAS O DEL CONTRATO

Sin perjuicio del derecho que tiene la aseguradora de efectuar cambios en la renovación mensual de la póliza (ver artículo 13° de este condicionado), 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 contrato durante el periodo de vigencia, teniendo la aseguradora que respetar los términos pactados inicialmente



SEGUROS SURA

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

www.segurossura.pe