

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA CON DEVOLUCIÓN DE PRIMA - DÓLARES
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
(Cód. SBS VI2057220053)**

La veracidad de las declaraciones hechas en la solicitud de seguro, en los anexos o endosos de la póliza y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

ART.1. DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole la muerte. **No se consideran como accidentes para el presente contrato los hechos que sean consecuencias de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo o de cualquier otra enfermedad que sufra el Asegurado.**

Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, por causa de enfermedad o accidente y que le produzca un menoscabo irreversible de al menos 66.66% de su capacidad de trabajo. Lo anterior será evaluado conforme al Manual de evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones, regulado por la Ley General del Sistema Financiero, del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, sus normas modificatorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulten aplicables.

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

- La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
- Pérdida total de: Ambos brazos, ambas manos, ambas piernas, ambos pies o un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.
- Pérdida total de un órgano: La eliminación de una parte del cuerpo humano en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional o la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiológica, de uno o más miembros o de uno o más órganos, pudiendo o no estar implicados el aspecto anatómico del miembro u organismo comprometido.

Asegurado: Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la Póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en la misma y cuyo nombre se encuentra detallado en la Solicitud de Seguro.

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

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

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

Compañía Aseguradora: Se refiere a Seguros SURA.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago y, la vigencia del contrato, entre otros.



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 aulomovilismo, 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.

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

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

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

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

ART. 2. TITULAR DE ESTA PÓLIZA

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

ART. 3. ASEGURADOS Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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

Asimismo, la edad límite del Asegurado para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de la presente póliza queda determinada en sesenta y cinco (65) años cumplidos.

En el momento que el Asegurado supere la edad máxima de permanencia de sesenta y cinco (65) años cumplidos para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, se reducirá la prima descontando el valor correspondiente a dicha cobertura.

La cobertura se inicia a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia del Contrato de Seguros indicada en la solicitud-certificado, siempre y cuando la prima se encuentre cancelada. De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

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 primera cuota o de la cuota anual de la prima según corresponda, 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

La terminación o finalización del presente contrato se producirá con la muerte o fallecimiento del Asegurado o cuando éste haya excedido la edad límite de permanencia para la cobertura de Fallecimiento en la presente Póliza. La Compañía Aseguradora pagará a el (los) Beneficiario(s) el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares, después del fallecimiento del Asegurado conforme al plan elegido.

ART.4. COBERTURA Y MODIFICACIONES CONTRACTUALES

El presente seguro cubre los riesgos de Muerte Natural o Accidental y la Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad, así como un pago adicional por Muerte Accidental, conforme al plan elegido por el Asegurado, según el detalle establecido en la solicitud-certificado.

La descripción del plan elegido será detallada en las Condiciones Particulares del mismo. El Contratante y/o el Asegurado podrán solicitar copia de la presente Póliza a la Compañía Aseguradora, la cual será entregada por la Compañía Aseguradora en un plazo de quince (15) días calendario contados desde la fecha de recepción de la solicitud presentada por el Contratante y/o el Asegurado.

Durante la vigencia del contrato La Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta 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 genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. La Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados.

ART.5. DEVOLUCIÓN DE PRIMA

El Asegurado podrá elegir entre las siguientes opciones, siempre y cuando se encuentre vigente la póliza:

- Si el Asegurado decide retirarse y anular la cobertura del seguro entre el mes veinticinco (25) y el mes ciento cuarenta y tres (143) de vigencia de la póliza, este podrá retirar el 50% de las primas pagadas desde el inicio de vigencia del seguro hasta el mes de retiro, previa deducción de cualquier deuda que el Contratante tuviese con respecto a esta póliza. Si el Asegurado decide retirarse del seguro antes del mes veinte y cinco (25) no tendrá derecho a ninguna devolución de prima pagada, produciéndose en ambos casos, la terminación automática del contrato.
- En caso contrario, la Compañía Aseguradora, continuará asegurando al Asegurado bajo las mismas condiciones originalmente pactadas e indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza. Asimismo, si el Asegurado sobrevive al final de la vigencia del décimo segundo (12do.) año de la póliza, es decir al final del mes ciento cuarenta y cuatro (144) de vigencia, la Compañía Aseguradora le entregará al Asegurado un monto equivalente al 100% del total de las primas pagadas durante el período de vigencia de la póliza, previa deducción de cualquier deuda que el Contratante tuviese con respecto a esta póliza produciéndose en este caso, la terminación del contrato de seguro.

ART.6. 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.7. EXCLUSIONES

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

- Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
- La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o partícipe, 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) Acto delictivo cometido, en calidad de autor directo o indirecto o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.
- d) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando exista participación activa del Asegurado.
- e) Realización de actividad o deporte riesgoso.
- f) 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.
- g) Incapacidades físicas graves tal como: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras que agraven el riesgo notoriamente para la cobertura.
- h) 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:
 - 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.

En todos estos casos y sólo cuando haya transcurrido el plazo de Vigencia Básica, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante, y a falta suya a quien represente sus derechos, el Valor de Rescate que pueda corresponder, previa deducción de cualquier deuda que el Contratante tuviera con la Compañía Aseguradora en virtud del presente contrato. De no haber transcurrido el período de Vigencia Básica se perderá todo derecho.

- i) Enfermedades psíquicas o mentales.
- j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- k) Fallecimiento ocasionado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- l) Se excluye el fallecimiento ocurrido en el desarrollo de actividades y/o desempeño de funciones propias de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional u otra Institución Militar que realice el asegurado.
- m) Vuelos en líneas aéreas no comerciales.

ART.8. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá instruir, para cobrar el Capital Asegurado en caso de fallecimiento, a una o más personas, individualizándolas en la Solicitud-Certificado como Beneficiario(s). Si designase a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo se mencione lo contrario. El pago del Capital Asegurado se efectuará a el (los) Beneficiario(s) y solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios



designados, se procederá a efectuar el pago a los herederos testamentarios del Asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o ley, o a falta de estos, a los herederos intestado del Asegurado.

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

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

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

ART. 9. PAGO DE PRIMA

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

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

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del periodo en que la cobertura se encuentre suspendida o la póliza o solicitud-certificado, según corresponda, se encuentre resuelta 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 la póliza



o solicitud-certificado, según corresponda, quedará extinguida. El contratante comunicará al asegurado la extinción de la póliza o solicitud-certificado, según corresponda.

Art. 10. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO; RESOLUCIÓN Y NULIDAD

10.1. La resolución deja sin efecto la solicitud-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 la solicitud-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 Asegurado y el Contratante reciban una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.
- b) Por solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
- c) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Asegurado y/o Beneficiario.
- d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado mediante un previo aviso de treinta (30) días calendario a la Compañía Aseguradora y al Contratante. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.
- e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, retraer la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá la revisión de la solicitud-certificado en un plazo de treinta (30) días calendario computados desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días calendario para que el Asegurado se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver la solicitud-certificado mediante comunicación dirigida al Asegurado, en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario fijado en el párrafo anterior. Si hubiesen transcurrido dos (2) años desde la suscripción de la solicitud-certificado, la Compañía Aseguradora no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.
- f) Por agravación del riesgo, siendo que el Asegurado, debe notificar por escrito a la compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por esta al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas. Comunicada a la compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, esta debe manifestar al asegurado, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo, mientras la compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. La solicitud-certificado no podrá ser modificada o dejada sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración de la solicitud-certificado.



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

En el supuesto señalado el supuesto d) surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

La resolución de la Solicitud-Certificado en los supuestos señalados en b), c), e) y f), operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante y Asegurado, en caso la fecha de notificación sea distinta, el plazo se computará desde la notificación al Asegurado, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de estos.

En el supuesto señalado en el literal b) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

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

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

En el supuesto señalado en el literal f), en el caso que la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para aquellos casos, en los cuales el asegurado no haya comunicado oportunamente la agravación del riesgo, la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

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

- (i) Para el supuesto establecido en el literal d), el Asegurado deberá presentar una solicitud de manera presencial a través de las plataformas de atención ubicadas en las oficinas de la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al contratante y al asegurado sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución mediante abono a la cuenta del asegurado, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.
- (ii) Para los supuestos establecidos en los literales b), c), e) y f) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución de la solicitud-certificado informará al Contratante y/o Asegurado sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución, mediante abono a la cuenta del asegurado, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

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

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

Asimismo, la solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma: (i) si al tiempo de su celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad que se produzca; y, (ii) cuando no existe interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En estos casos las primas pagadas serán devueltas por la Compañía Aseguradora.

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. 11. CAUSALES DE RESOLUCIÓN y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

11.1 CAUSALES DE RESOLUCIÓN:

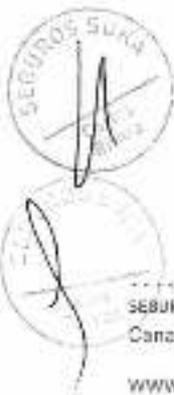
La resolución deja sin efecto el contrato de seguros celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

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 periodo el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar.

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

c) Por falta de pago de la prima por parte del Contratante respecto del grupo asegurado.

d) Por agravación del riesgo: El contratante comunica a la Compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, siendo que ésta deberá manifestar al contratante, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlas o resolverlo. Mientras la Compañía Aseguradora no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original. Cuando la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si



no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el 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 y sus efectos; 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 a la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al contratante sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del contratante, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.
- (II) Para los supuestos establecidos en los literales b), c) y d) 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.

11.2 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 Tercera de las presentes Condiciones Generales. La presente causal será aplicable en caso sea EL CONTRATANTE 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 había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 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 de edad por parte del Contratante, se aplicará lo dispuesto en el numeral 10.2 de las presentes Condiciones.



ART. 12. REHABILITACIÓN

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

Por otro lado, en caso que el Contratante deseara rehabilitar el contrato de seguro respecto del grupo asegurado, se deberá seguir el mismo procedimiento.

ART. 13. AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Una vez producido el Siniestro, el Contratante, Asegurado y/o el /los Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del 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 Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía. En caso de Culpa Inexcusable, el Asegurado o Beneficiario no pierden el derecho de ser indemnizados si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro o si se demuestra que la Compañía Aseguradora ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio. En caso de culpa leve por parte del Asegurado o Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía, esta tiene el derecho de reducir la Indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

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

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

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

a) En caso de Muerte:

- Copia simple del documento de identidad del Asegurado, en caso se cuente con este documento.
- Certificado Médico de Defunción (formato completo).
- Partida o Acta de Defunción.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos relativos al fallecimiento del Asegurado.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado Beneficiarios en la Póliza.
- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente).
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:



- 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).
- Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su invalidez.
- Atestado y/o Denuncia Policial Completa o Acta de intervención policial, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente); sólo en caso accidente.
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda, para accidente.
- Dosaje etílico, en caso corresponda, para accidente.

Sin perjuicio de que es obligación de El Asegurado y/o de el/los beneficiario(s) presentar la documentación e información prevista en la presente Cláusula, por el presente documento el Asegurado y los beneficiarios autorizan y se obligan a colaborar para que la Compañía Aseguradora realice todas las Indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización.

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

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

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

ART. 14. FORMA DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS

Una vez presentada la documentación sustentatoria detallada para cada cobertura precisada en el Artículo 13° del presente Contrato y luego de la evaluación de la misma, la Compañía Aseguradora, procederá a indemnizar el siniestro a los 30 días de aceptado o consentido. La Compañía Aseguradora girará los cheques a favor del Asegurado o del (los) Beneficiario(s).

ART. 15. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LAS SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS

La Compañía Aseguradora podrá investigar, revisar y/o solicitar comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas; en general podrá disponer las medidas necesarias para la sustentación del evento. Si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, el (los) Beneficiario(s) perderá(n) todo derecho a indemnización sin perjuicio de que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

ART. 16. PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

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



ART.17. 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. 18. DEFENSORIA DEL ASEGURADO

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

ART. 19. 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:

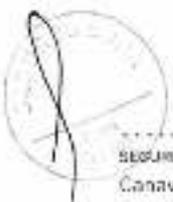
- Cada una de las partes elegirá a un árbitro y el tercero, quien lo presidirá, será designado por los dos árbitros previamente nombrados, o en su defecto por el Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima o del lugar en que discuta la controversia.
- El procedimiento de arbitraje, incluso para 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.20. 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/seguros.

ART. 21. 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. 22. DOMICILIO Y JURISDICCION

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

ART. 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 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.segurossura.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicho sitio web.



SEGUROS SURA

Canaval y Moreyra 522 piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center: 222-7777 / Provincias: (800-111117)

www.segurossura.pe