

Vida Grupo Cod. SBS N° VI2057210025 (S/.)
 Vida Grupo Cod. SBS N° VI2057220044 (US\$)
 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

**SEGURO DE VIDA GRUPO
 CONDICIONES GENERALES**

Art. 1°.- BASES DEL CONTRATO

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

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

Si el contenido de la Póliza no concordase con las condiciones ofrecidas por la Compañía Aseguradora , el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de recibida la Póliza. Transcurrido este plazo sin que el Contratante solicite rectificación alguna, se consideraran aceptadas por éste las condiciones de la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando la Compañía Aseguradora advierte al Contratante, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la póliza, que existen dichas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas.

Art. 2°.- DEFINICIONES

ACCIDENTE:

Es todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo y/o accidentes médicos que sufra el Asegurado.**

ASEGURADO Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLE

Son asegurables conforme a esta póliza, las personas desde los dieciocho (18) años de edad.

La edad máxima de ingreso al seguro, es hasta los sesenta (60) años cumplidos.

La edad máxima de permanencia en el seguro, es hasta los sesenta y cinco (65) años cumplidos.

La cobertura cesará al vencimiento de la anualidad en la que el Asegurado haya cumplido el indicado límite máximo de edad, sin embargo, previa aceptación de la Compañía Aseguradora y el pago de la extra prima correspondiente podrá renovarse el seguro en las condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares. La condición de Asegurado puede o no recaer en el Contratante. En este último supuesto, se requiere el consentimiento escrito, en soporte físico o electrónico, de la persona distinta del Contratante. **No pueden ser ni seguir aseguradas, las personas afectadas de incapacidad física grave, tal como, ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras incapacidades físicas que agraven el riesgo notoriamente. En caso de producirse una de estas situaciones durante el período contractual se suspenden automáticamente los efectos del seguro**



BENEFICIARIO

Es la persona (o las personas) designada en la Póliza por el Asegurado con derecho a cobrar la indemnización del seguro, en caso del fallecimiento del asegurado, en caso no existan beneficiarios declarados, se considerará como beneficiarios a los Herederos legales del Asegurado.

COBERTURA PRINCIPAL

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

CONTRATANTE DEL SEGURO

Es la persona y/o entidad que celebra con la Compañía Aseguradora el contrato de seguro, y se encuentra detallada en las Condiciones Particulares, pudiendo hacerlo en favor de él mismo, en cuyo caso adquirirá también la condición de Asegurado, o de otra persona.

PRIMA COMERCIAL

Su pago es responsabilidad del Contratante. Es el valor dinerario determinado por la Compañía Aseguradora como contraprestación por las coberturas de la Póliza. Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

SBS

Se refiere a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP del Perú.

SINIESTRO

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 por muerte natural o por muerte accidental de acuerdo a los términos y condiciones del presente contrato de seguro.

Art. 3°.- OBJETO DEL SEGURO

La Compañía Aseguradora indemnizará los Siniestros derivados de las coberturas detalladas a continuación de acuerdo a los términos y condiciones del presente contrato de seguro:

Muerte Natural

Los beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural, el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura conforme a lo establecido en las condiciones del seguro vigentes.

Muerte Accidental

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

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.



No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo y/o accidentes médicos que sufra el Asegurado. Entendiéndose como accidentes médicos, a los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o tratamiento médico.

Muerte Accidental de Circulación

Las Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente de tránsito, entendiéndose como tal a aquel evento súbito en el que participa un vehículo automotor en marcha o en reposo en la vía de uso público, causando daño a personas - sean ocupantes o terceros no ocupantes del vehículo automotor-, o a cosas y que pueda ser determinado de manera cierta.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente de tránsito.

Para efectos de esta cobertura se entiende que la indemnización a causa de un accidente de tránsito, es excluyente para cualquier otro tipo de accidente.

Invalidez Total y Permanente Accidental

Si como consecuencia de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Total y Permanente, él recibirá el monto asegurado correspondiente a esta cobertura, indicado en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros se terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por Invalidez Total y Permanente como la pérdida igual o superior a los dos tercios de la capacidad de trabajo del asegurado.

Invalidez Parcial y Permanente Accidental

Si como consecuencia de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Parcial y Permanente, él recibirá el monto asegurado correspondiente a esta cobertura, indicado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud Certificado de la presente póliza.

Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros se terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por Invalidez Parcial y Permanente como la pérdida de un porcentaje mayor o igual al 50% pero inferior a los dos tercios de la capacidad de trabajo del asegurado.

Gastos de Sepelio

En caso de muerte natural o accidental del asegurado, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza el capital Asegurado por concepto de Gastos de Sepelio señalado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado de la presente póliza, conforme a lo establecido en las condiciones del seguro sin que exista necesidad de la presentación de facturas de gastos, entendiéndose como un monto indemnizatorio adicional.

Renta Familiar Mensual



Los beneficiarios designados por el asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural o accidental una Renta Mensual durante XX meses de S/. XXXX cada cuota. En caso exista más de un Beneficiario, el monto de la cuota a pagar se dividirá entre el número de beneficiarios.

Adelanto por Enfermedad Grave Terminal

La compañía aseguradora adelantará el capital asegurado, en caso que al asegurado se le diagnostique clínicamente durante la vigencia de la póliza alguna de las siguientes enfermedades:

- Infarto Masivo del Miocardio.
- Accidente Cerebro Vascular (ACV).
- Cáncer.
- Insuficiencia Renal Crónica.

La presente cobertura surtirá efectos, siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza se encuentre vigente y siempre que no haya sido suspendida la cobertura.
- b) Que la enfermedad grave se diagnostique antes que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad.
- c) Que la enfermedad grave se diagnostique durante la vigencia de esta cobertura.

El adelanto del capital por enfermedades graves, dará lugar a la extinción inmediata del contrato, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

Desamparo Súbito Familiar

Los Beneficiarios designados por el asegurado recibirán proporcionalmente, el monto asegurado correspondiente a esta cobertura, si como consecuencia de un mismo accidente fallece el asegurado y su cónyuge en un plazo máximo de 72 horas contadas desde la ocurrencia del primer fallecimiento.

Repatriación de Restos

La compañía aseguradora reembolsará los gastos que se incurriera por la repatriación de los restos del Asegurado, cuando fallezca en el extranjero; hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado de la presente Póliza, de acuerdo a los gastos que realice. El reembolso se efectuará con la presentación de documentos originales.

Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen

La compañía aseguradora reembolsará los gastos que se incurriera por los traslados de restos del titular, cuando la familia decida trasladar los restos a la ciudad de origen para sus exequias, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud-Certificado de la presente póliza, dentro del territorio nacional. El reembolso se efectuará con la presentación de documentos originales.

Gastos de curación por accidentes

En caso el Asegurado sufre un accidente, la presente cobertura se otorgara en forma de reembolso por los gastos de primero auxilios incurridos, hasta las cuarenta y ocho (48) horas posteriores de ocurrencia del accidente y hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la presente póliza. El reembolso se efectuará con la presentación de documentos originales.

Art. 4°.- VIGENCIA DEL SEGURO

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



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

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por la Compañía Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

Asimismo, durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía Aseguradora respetará los términos pactados originalmente. Cabe precisar que la Compañía Aseguradora entregará al Contratante la documentación necesaria para que éste ponga las referidas modificaciones en conocimiento del asegurado.

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

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

Art. 6°.- INDEMNIZACIÓN DE BENEFICIOS

En el caso de producirse alguno de los eventos señalados en el artículo 3° de estas Condiciones Generales la responsabilidad de la Compañía Aseguradora al momento del Siniestro será solo hasta por el monto indicado en las Condiciones Particulares.

Art. 7°.- PAGO DE PRIMAS

El pago de la prima es de cargo del Contratante. La prima será pagada en forma anticipada y al contado en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, salvo que mediante una Cláusula Adicional se establezca otra forma de pago.

Art. 9.- SUSPENSION DE COBERTURA Y RESOLUCIÓN POR FALTA DE PAGO

Si la prima se encontrase impaga, la cobertura se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación y siempre que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación al Contratante y al Asegurado informando sobre la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima y el plazo que dispone el Contratante para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro. Encontrándose suspendida la cobertura, el contrato quedará resuelto una vez vencido el plazo de treinta (30) días contado a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver el contrato. El Contratante comunicará al Asegurado de esta situación una vez recibida dicha comunicación. 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 período en que la cobertura se encuentre suspendida o la Póliza resuelta debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa. En consecuencia, la Compañía Aseguradora en ningún caso será responsable



por el siniestro ocurrido durante el periodo en que el Contratante se encontrara en mora en el pago de las primas.

Sin perjuicio de lo señalado, si la Compañía Aseguradora no reclama el pago de la prima, por la vía judicial, administrativa o arbitral, en caso se hubiese pactado esta última, dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en la Póliza, se entiende que el contrato quedará extinguido.

Art. 10°.- INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL CONTRATANTE

El Contratante enviará la información requerida por la Compañía Aseguradora, conteniendo datos de las personas a ser Aseguradas:

- Nombres y Apellidos
- D.N.I o carne de extranjería
- Fecha de Nacimiento
- Profesión, Ocupación o Actividad Económica
- Dirección / Teléfono/ correo electrónico
- Fecha de Ingreso a la póliza
- Nombre de Beneficiarios y porcentaje de participación

Art. 11°.- AVISO DE SINIESTRO, SOLICITUD DE COBERTURA y AVISO EXTEMPORÁNEO DE SINIESTRO

Una vez producido el siniestro, el Contratante y/o el Beneficiario, de ser el caso, comunicarán el Siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo máximo de siete (7) días calendario, contados a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro o desde que se conoce el beneficio, conforme a los medios de comunicación pactados en la presente póliza. El dolo en que incurra el Contratante o el 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 el 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 las circunstancias por otros medios. En caso de culpa leve por parte del Contratante 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.

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

La solicitud de cobertura debe contener el detalle de las coberturas reclamadas, los montos correspondientes y los documentos requeridos según cada cobertura, indicados en el Art.12° del presente Condicionado General.

Se deja a salvo el derecho del Asegurado o Beneficiario de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decidan acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última - para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo señalado anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

Art. 12°.- DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO



Para hacerse acreedor a los beneficios establecidos, el Asegurado y/o Beneficiario deberá presentar la solicitud de cobertura en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincia, los siguientes documentos de acuerdo a las coberturas de la presente póliza:

- **Por Muerte Natural:**
 Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada).
 Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada).

 Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.
 Declaratoria de Beneficiarios o Sucesión Intestada definitiva, inscrita en Registros Públicos, (original o copia legalizada).
 Copia legalizada del DNI de Beneficiario.
- **Por Muerte Accidental:**
 Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo que la compañía lo requiera).
 Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.
 Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada), según corresponda.
 Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.
- **Por Muerte Accidental de Circulación:**
 Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo que la compañía lo requiera).
 Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.
 Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada), según corresponda.
 Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.
- **Por Invalidez Total y Permanente por Accidente:**
 DNI Asegurado (original o copia legalizada).
 Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSA.
 Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.
 Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda.
 Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.
- **Por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente:**
 DNI Asegurado (original o copia legalizada).
 Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSA.
 Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada), según corresponda.
 Dosaje Etílico y Toxicológico (original o copia legalizada), según corresponda..
 Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.
- **Por Gastos de Sepelio, Renta Familiar Mensual y Desamparo Súbito Familiar**



Documentos solicitados para la cobertura por muerte natural y muerte accidental (de corresponder).

- **Por Adelanto por Enfermedad Grave Terminal:**
 DNI Asegurado (original o copia legalizada).
 Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.
 Informe Médico tratante.
 Anatomía Patológica (sólo para los casos de Cáncer).

- **Por Repatriación de Restos y Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen:**
 Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada).
 Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada).
 Facturas, Boletas y/o equivalentes, originales por gastos vinculados a los restos del asegurado.
 Copia legalizada del DNI de quien realizó los gastos.

- **Por Gastos de Curación por accidentes:**
 DNI Asegurado (original o copia legalizada).
 Informe del médico certificando el accidente.
 Informe del servicio de ambulancia detallando la causa u origen del accidente, en caso corresponda.
 Facturas y/o boletas originales por los gastos incurridos en las primeras cuarenta y ocho (48) horas posteriores de haber sufrido el accidente.
 Acta de intervención policial, de corresponder (original o copia legalizada).
 Dosaje Etilico y Toxicológico, de corresponder (original o copia legalizada).

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro, todo documento deberá ser presentado en original, de requerir copia simple o legalizada, será indicado por la Compañía Aseguradora dentro del plazo señalado más adelante. Sin perjuicio de que es obligación del Contratante y/o Beneficiario presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Contratante autoriza y se obliga a colaborar para que la Compañía Aseguradora realice todas las indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización, caso contrario, no correrá el plazo de treinta (30) días que tiene la Compañía Aseguradora para pronunciarse sobre el siniestro. Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria para la liquidación, la Compañía Aseguradora cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo, transcurrido dicho plazo sin respuesta de la Compañía Aseguradora se entenderá consentido el siniestro. 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 conforme a la legislación establecida por la SBS. 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 Contratante cuenta con una declaración de beneficiarios presentada por cada cliente asegurado y una vez aprobado o consentido el siniestro se hará entrega de una constancia al beneficiario, quien



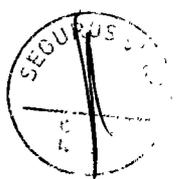
acudirá a la aseguradora y cobrará la indemnización. En caso el cliente no haya declarado beneficiarios, se deberá contar con la declaración de herederos.

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

Art. 13°.- EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a. **Preexistencia:**
Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
 - La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
 - La enfermedad sea diagnosticada por un médico colegiado; y,
 - No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
 - Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro
- b. VIH o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. (SIDA)
- c. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al Asegurado por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado a los Beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- d. La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, 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, riñas o hechos que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad del estado salvo en aquellos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- e. Consecuencia directa o indirecta de guerra (civil o internacional), en el Perú o fuera de él, declarada o no, intervención directa o indirecta en servicio militar y/o policial.
- f. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- g. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada o Policía Nacional u otra institución similar.
- h. Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades 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, incluyen al



conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades 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 actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

- i. Practica de deporte riesgoso, considerándose como tal 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.
- j. En situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo del asegurado. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0.5 gr/lit. al momento del siniestro. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional.
- k. Los denominados "Accidentes Médicos", entendidos como aquel evento imprevisible, derivado de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o a un tratamiento médico, tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos del miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos; así como enfermedades psíquicas o mentales.
- l. Uso de drogas, alcohol o estupefacientes.

Art. 14°.- MONEDA

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

Art. 15°.- IMPUESTOS

Todos los impuestos que graven esta Póliza serán por cuenta del Contratante.

Art. 16°.- TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA



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

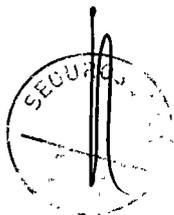
Art. 17°.- CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO: RESOLUCIÓN, EXTINCIÓN Y NULIDAD

17.1 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 falta de pago de la prima en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
- b) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- c) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía Aseguradora. 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 Contratante y/o 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 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 en el párrafo anterior.
- f) Por decisión de la Compañía Aseguradora, dentro de los quince días de comunicada la agravación del riesgo por el Contratante y/o Asegurado. Durante el tiempo en que la Compañía Aseguradora no manifieste su decisión de resolver el contrato, continúan vigentes las condiciones del contrato original.

La resolución del Contrato de Seguros o de la Solicitud-Certificado en los supuestos señalados en los literales b), c), e) y f) operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante y al Asegurado, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de estos.

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



En los supuestos señalados en el literal d) la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante y/o Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b), c) y e) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

En el supuesto f) la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

En los supuestos señalados en los literales a) y d) el Contratante comunicará a los Asegurados la resolución del Contrato de Seguros.

Finalmente, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado respecto de la Solicitud y/o Certificado serán las previstas en los literales a) al e) de la presente cláusula. El plazo para la resolución se computará desde el día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado en los supuestos previstos en los literales b), c), e) y f), comunicación que podrá realizarse en su domicilio o a través de correo electrónico, sin perjuicio de la comunicación que la Compañía hará al Contratante.

17.2 El contrato quedará extinguido por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendarios siguiente al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que la Compañía Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral, en caso se haya pactado esta última.

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

El contrato de seguro será nulo y el 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.

Por otro lado, en caso que la prima pagada sea inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.



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

Si el Asegurado o sus Beneficiarios hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía Aseguradora la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales y demás gastos que sean debidamente justificados por la Compañía Aseguradora.

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

(i) Para los supuestos establecidos en los literales d) y f), 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 cliente 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 cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.

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

Art. 18°.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LAS SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS

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

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 13° Exclusiones, el Contratante y/o Beneficiario perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, y, de haber recibido indemnización, deberán reintegrarlo a la Compañía Aseguradora, con los intereses legales, gastos 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.

Las partes se someterán a lo que dictaminen los peritos, en consecuencia dicho dictamen no podrá ser materia de reclamación, revisión ni impugnación alguna, sin perjuicio del derecho de las partes de acudir a las instancias administrativas y/o judiciales que consideren pertinentes para cuestionarlo.



Art. 19°.- DOMICILIO Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

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

19.2. 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.

19.3. En caso de variación de domicilio y/o de dirección de correo electrónico y/o de número telefónico, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s), según el caso, deberán comunicar por escrito a la Compañía Aseguradora su nuevo domicilio y/o dirección de correo electrónico y/o nuevo número telefónico. La referida variación surtirá efecto luego de cinco días hábiles de comunicado a la Compañía Aseguradora. De no cumplir con esta información, esta variación se tendrá por no válida y carecerá de efecto para este contrato de seguro, surtiendo todos sus efectos las declaraciones, notificaciones y cualquier comunicación que curse la Compañía Aseguradora en el domicilio o correo electrónico o teléfono(s) que aparecen registrados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

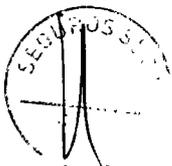
19.4. En tal sentido, se pacta expresamente que las notificaciones efectuadas a las direcciones de correo electrónico y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos señalados por el Contratante y/o Asegurado conforme a la presente cláusula, tienen el mismo valor 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. 20°.- PLAZO PRESCRIPTIVO

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

Art. 21° RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

En caso de reclamos, el Contratante y/o Asegurado 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: Calle Moral 223; Piura: Calle Tacna 30; Trujillo: Av. Larco Herrera 529, Urb. La Merced

- Teléfonos: 222 7777 / 0800 11117
- Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe
- Página web: www.segurossura.pe (opción "contáctenos")

Art. 22°.- DEFENSORIA DEL ASEGURADO

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

Art. 23° SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de presentarse conflictos o divergencias o cuestiones 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 de la ciudad que corresponda para el caso del arbitraje.
- 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, el 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. 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 Especiales y Cláusulas Adicionales, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato. Asimismo, declaran conocer que la referida información, puede ser consultada en el sitio web www.segurossura.pe

Art. 25°.- REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA

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