

**SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD FAMILIAR - SOLES**  
**Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**  
**(Registro SBS VI2058010073)**  
**CONDICIONES GENERALES**

**ART. 1° CONTRATO**

La veracidad de las declaraciones hechas en la Solicitud de Seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

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

**ART. 2° DEFINICIONES**

**Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran los hechos que sean consecuencia de los denominados Accidentes Médicos, tales como: infartos del miocardio, apoplejias, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**

**Accidente Cerebrovascular (ACV):** Cualquier accidente cerebrovascular de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los ACV producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal.

**Asegurado Titular:** Persona Natural a quien se le cubre el riesgo de fallecimiento (muerte natural o accidental), invalidez total y permanente o enfermedades graves, sepelio, renta mensual o desamparo súbito familiar conforme a los términos del presente Contrato de Seguros.

**Asegurado Adicional:** Son sólo el cónyuge (o concubino) del contratante, designado por este último y que estará cubierto por las coberturas del presente Contrato de Seguro.

**Beneficiario:** Es la(s) persona(s) declarada(s) por el Asegurado Titular como titular del derecho a cobrar el Capital Asegurado en caso del fallecimiento del Asegurado.

**Cáncer:** Definido como tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado que debe estar confirmado

por análisis histológico. Se incluyen los linfomas, la enfermedad de Hodgkin y las leucemias. **Se excluye el cáncer in situ o invasivo de cuello uterino, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, cualquier tipo de cáncer de piel a excepción del melanoma maligno.**

**Compañía Aseguradora:** Seguros SURA

**Concubino:** Aquella persona con la cual el Contratante mantiene una relación de concubinato debidamente acreditada con la Resolución Judicial de Unión de Hecho o por vía notarial según el procedimiento correspondiente.

**Contratante:** Es la persona natural que solicita y celebra con la Compañía Aseguradora el contrato de seguro, para lo cual autoriza a su empleador descontar de su remuneración el pago de la prima del seguro. Puede contratar el seguro a favor de él mismo, adquiriendo también la condición de Asegurado Titular, o a favor de su cónyuge o concubino.

**Deporte Riesgoso:** Aquellos 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. Algunos ejemplos de Deporte Riesgoso son: Artes Marciales que impliquen pleno contacto, automovilismo, inmersión submarina, motonáutica, montañismo, ala delta, aviación deportiva, parapente, paracaidismo, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping (Puenting), etc.

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

**Infarto del Miocardio:** Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los 3 siguientes criterios:



## SEGUROS

- Historia de dolor torácico típico
- Nuevos cambios de las enzimas cardíacas
- Elevación de las enzimas cardíacas

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

### ART. 3° TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenezcan a la Compañía Aseguradora, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiese convenido lo contrario. El Contratante podrá contratar el seguro para sí mismo y/o para su cónyuge o concubino.

### ART. 4° CONDICIONES PARA SER ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA

Podrá asegurarse bajo la presente póliza aquel empleado o trabajador que se encuentre en servicio laboral activo y cuyo Empleador haya aceptado realizar, bajo su autorización, el descuento por planilla de la prima mensual a ser pagada a la Compañía Aseguradora.

Asimismo, el Asegurado Titular puede contratar este seguro para su cónyuge o concubino, siempre y cuando hayan autorizado a su Empleador a descontar de su remuneración mensual la prima adicional correspondiente.

La Compañía Aseguradora no otorgará ninguna cobertura bajo esta póliza en caso que luego de ocurrido un siniestro se demuestre que el Asegurado adicional no es el cónyuge o concubino del trabajador contratante de la póliza.

Si el seguro de un Contratante, se resolviera o finalizara por cualquiera de los motivos establecidos en el presente contrato, también se producirá la terminación de las coberturas vigentes para sus Asegurados Adicionales.

### Art. 5° LÍMITE PARA SER ASEGURADO

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

A la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta y seis (66) años de edad, el seguro quedará resuelto automáticamente respecto de dicho Asegurado. En caso que por error u omisión se hubiera asegurado a personas que no se encuentren dentro del rango de edad permitido para la contratación o se hubiera

# SURA

continuado con el pago de la prima luego del límite de permanencia del seguro, el compromiso de la Compañía Aseguradora, se limitará a la devolución de las primas pagadas en exceso, sin intereses. En tal sentido, de acuerdo a lo señalado en el artículo 123° de la Ley de Contrato de Seguro, **la declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea la nulidad del presente Contrato, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable, por lo que corresponde la devolución de las primas pagadas.**

### ART. 6° COBERTURAS

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

La vigencia de la Póliza iniciará con la suscripción de la solicitud del seguro, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares; y finalizará conforme a los supuestos de resolución y/o nulidad contenidos en la presente póliza o cuando el asegurado cumpla los sesenta y seis (66) años de edad.

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

Sólo se entenderán comprendidos en el contrato de seguro, las coberturas que de manera específica y expresa se enumeren en la póliza.

#### 6.1. Muerte Natural

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

#### 6.2. Muerte Accidental

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



SEGUROS SURA

Carabaya y Mareyra 532 - piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contacto: Centro: 222-7777 / Proximidad: 0800-11117

www.segurossura.pe

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

### 6.3. Renta Mensual por Muerte Natural

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

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

### 6.4. Renta Mensual por Muerte Accidental

La Compañía pagará a los Beneficiarios, una Renta Mensual durante doce (12) meses conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Los Beneficiarios podrán recibir dicha renta en un sólo pago, previo cálculo del valor presente del monto de la cobertura.

Todas las disposiciones de la cobertura por Muerte Accidental aplican a la presente.

### 6.5. Sepelio:

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

### 6.6. Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

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

- Estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida;
- Fractura accidental e incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente;
- Pérdida accidental total de la visión de ambos ojos;
- Pérdida completa por accidente de ambas manos;
- Pérdida completa por accidente de ambos pies;

- Pérdida completa por accidente de una mano y un pie.

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

Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros se resolverá automáticamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza. Esto último no aplica a la cobertura de Desempleo.

### 6.7. Desamparo Súbito Familiar:

Los Beneficiarios designados por el Asegurado recibirán el Capital Asegurado correspondiente a esta cobertura, si como consecuencia de un mismo accidente fallece el Asegurado y su Cónyuge o Concubino(a) en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas contadas desde la ocurrencia del primer fallecimiento.

### 6.8. Enfermedades Graves

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

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

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

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

Una vez recibida esta indemnización por alguna de estas enfermedades, se excluirá de forma inmediata la presente cobertura del contrato de seguros, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno.

### 6.9. Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad Grave

En el caso de cese del empleo del Asegurado a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente por Accidente o por alguna de las enfermedades indicadas en la cobertura de Enfermedades Graves, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante el Capital Asegurado correspondiente a esta



cobertura, conforme a las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de cese por una Invalidez total y permanente por accidente es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que el cese se produzca dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de ocurrida la invalidez.

Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros quedará automáticamente resuelto, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

**6.10. Deuda con el Empleador**

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

**ART. 7° EXCLUSIONES**

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

- a. Suicidio y/o intento de suicidio. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado al (los) Beneficiario(s), si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de vigencia inicial del seguro o de la última Rehabilitación de la póliza o del último aumento de Capital Asegurado, según el caso. En este último

caso, este plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.

- b. Su participación como autor o participe bajo cualquier forma o modalidad en un acto delictivo, así como por las consecuencias posteriores que se pudieran derivar de dicha autoría o participación.
- c. Acto delictivo cometido por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado, sea como autor o participe en el acto delictivo, bajo cualquier forma o modalidad.
- d. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando en este último caso exista participación activa del Asegurado.
- e. Uso de drogas o estupefacientes.
- f. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- g. Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entienda enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
  - La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
  - La enfermedad es diagnosticada por un médico colegiado; y,
  - No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- h. Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino



de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.

- i. Práctica de deportes riesgosos, considerándose como tales deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A via de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino 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. Práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso. Se consideran profesiones u oficios de riesgo aquellas en que entre otras cosas demande: levantar o mover mercancías de gran peso, realizar trabajos bajo tierra o a gran altura, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, trabajar con o cerca de materiales explosivos, realizar trabajos con alto voltaje, portar armas, utilizar aviones privados o vuelos no regulares, etc.
- k. Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o 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.

- l. Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en un vuelo regular operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.
- m. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada, Policía Nacional u otra institución similar, así como personal de seguridad.
- n. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

**ART. 8° INDISPUTABILIDAD**

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

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

**ART. 9° DERECHO DE CONVERSIÓN**

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

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

**ART.10° DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS**

El Contratante podrá instruir, para cobrar el importe de este seguro en caso de fallecimiento del Asegurado, a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

A falta de Beneficiarios instituidos por el Contratante, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del Asegurado, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, de no existir estos porcentajes se entregará la indemnización en partes iguales.

El Contratante podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con el consentimiento del Asegurado, manifestado por escrito a la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en esta



póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

**ART. 11° PAGO DE PRIMA**

La prima será pagada en forma anticipada en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, según la modalidad y el período especificados en las condiciones particulares de la póliza, debiendo realizarse con periodicidad mensual. El pago de la prima es responsabilidad exclusiva del Contratante de la póliza, y sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la Compañía Aseguradora o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente cancelando el recibo o emitiendo el comprobante de pago.

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

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

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

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

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

**ART. 12° EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO**

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días contados a partir del vencimiento de la prima o cuota

correspondiente. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente. Si la prima se encontrase impaga, habiendo vencido el plazo de gracia mencionado, el contrato de seguro - considerando que la vigencia del mismo es de treinta (30) días conforme a lo establecido en el Artículo 13° del presente contrato-, no se renovará automáticamente en el siguiente período mensual. Dentro del período de gracia de 30 días posteriores al vencimiento del plazo para el pago de la prima, la Compañía Aseguradora informará al Contratante, a través de los medios pactados en la presente póliza, que al vencimiento del período de gracia sin que la prima hubiese sido pagada, el Contrato de seguro se extinguirá y por lo tanto no se renovará para el siguiente período mensual.

**ART. 13° PLAZO DE VIGENCIA Y RENOVACIÓN**

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

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

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

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

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



automáticamente con la inclusión de tales nuevas condiciones.

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

### ART. 14° DECLARACIÓN DEL ASEGURADO Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurado, en la solicitud del seguro y/o documentos accesorios y/u otros, constituyen elementos integrantes y esenciales en este contrato de seguro. Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta de circunstancias que, de haber sido informadas a La Compañía, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, acarreará la nulidad del contrato de seguro si media dolo o culpa inexcusable.

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.

### ART. 15° AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACION DE DOCUMENTOS

Una vez producido el siniestro, El Contratante, El Asegurado y/o el/los Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del Siniestro, éste debe ser comunicado dentro de los siete (7) días contados a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio. El dolo en que incurra el Contratante o Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa inexcusable, el Contratante o Asegurado o Beneficiario no pierden el derecho de ser indemnizados si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro o si se demuestra que la Compañía Aseguradora ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio. En caso de culpa leve por parte del Asegurado, Beneficiario o Contratante y siempre

que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, esta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

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

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

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

#### a) En caso de fallecimiento del Asegurado:

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

b) En caso el fallecimiento del Asegurado sea causado por un accidente, deberá presentar adicionalmente a lo requerido en el literal a) original o certificación de reproducción notarial de:

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa.



## SEGUROS



- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

c) Las coberturas de Renta Mensual por Muerta Natural o Accidental no requieren documentación adicional a lo establecido en los literales a) y b), según corresponda, debiendo precisar el modo de pago.

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

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

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

producido la invalidez de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

e) Para la cobertura de Deuda con el Empleador, se deberá presentar adicionalmente a lo indicado en los literales a), b) o d), según corresponda, copia del contrato suscrito por el empleador y el Asegurado que sustente el préstamo respectivo, así como copias de las boletas o planillas de pago que demuestre el saldo insoluto a la fecha del siniestro. Los documentos deberán contar con certificación de reproducción notarial.

f) Para la cobertura de Desempleo por invalidez total y permanente por accidente o enfermedad grave, el Asegurado deberá presentar, adicionalmente a lo indicado en el literal d) y h) del presente artículo, certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la constancia de cese emitida por el empleador y su liquidación de beneficios sociales.

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

h) Para la cobertura de Enfermedades Graves, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos que ellos posean, entendiéndose como estos la Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue diagnosticado y tratado, Informe del médico tratante y Estudio histopatológico y Anatómo patológico. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días desde la recepción de toda la documentación e información completa y necesaria indicada en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas en la presente póliza. En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los veinte (20) días desde la recepción de toda la documentación e información completa y necesaria indicada en la póliza, lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente. Dentro de dicho plazo el Asegurado dará las facilidades y deberá someterse a los exámenes y pruebas que la



SEGUROS SURA

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

www.segurassura.pe



Compañía Aseguradora solicite para efectos de determinar y verificar la efectividad del diagnóstico y tipo de enfermedad y determinar la fecha en que dicho diagnóstico se haya producido (fecha del suceso que otorga la cobertura). El costo de estos exámenes y pruebas serán de cargo de la Compañía Aseguradora.

i) La cobertura de Sepelio, se pagará como reembolso, para lo cual se deberán presentar la partida de defunción y las facturas o boletas originales de los gastos incurridos.

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

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria indicada en la póliza para la liquidación, la Compañía cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo. En caso la Compañía Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada deberá de solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado. El(los) Beneficiario(s) deberán presentar todos los documentos que prueben la ocurrencia del siniestro y las condiciones necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que ésta razonablemente solicite dentro del plazo descrito anteriormente.

La Compañía Aseguradora podrá solicitar un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el Siniestro siempre, conforme a la legislación establecida por la SBS.

Una vez consentido o aprobado el Siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago correspondiente caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al Asegurado o Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú de acuerdo a la

moneda pactada en el presente contrato por todo el tiempo de la mora.

El asegurado y/o beneficiario pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

**ART. 16° CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**

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

- a) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario y/o Contratante.
- b) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- c) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante, para lo cual el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración Jurada del Contratante" en original acompañada del DNI. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro. La resolución de la póliza será efectiva en 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este período el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar.
- d) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado anteriormente.



e) Por no contar con la cantidad mínima de asegurados en un mismo empleador conforme al artículo 17° del presente documento.

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

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

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

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

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

(i) Para el supuesto establecido en el literal c), el Contratante deberá presentar una solicitud de manera presencial a través de las plataformas de atención ubicadas en las oficinas de la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e

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

**ART. 17° TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR CANTIDAD DE ASEGURADOS EN UN MISMO EMPLEADOR**

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

**ART. 18° INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS**

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

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



acciones legales que correspondan con la finalidad de reclamar la devolución de lo indebidamente pagado.

**ART. 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° DOMICILIOS Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**

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

20.2. 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.

20.3. 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.

20.4. 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. 21° DEFENSORIA DEL ASEGURADO**

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario(s) de la póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por APESEG (Asociación Peruana



## SEGUROS



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. 22° DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

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

### ART. 23° MODIFICACIÓN CONTRACTUAL

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

### ART. 24° 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.

