

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL CORPORATIVO SIC TRANQUILIDAD Y AHORRO FAMILIAR –
DÓLARES**

**Condiciones Generales
(Cód. SBS VI2057120067)**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas complementarias

Los Términos y Condiciones Generales que regirán el presente Contrato de Seguro se encuentran sujetos a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, a la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), y sus normas modificatorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulten aplicables.

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 el Condicionado General, las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y endosos, de ser el caso.

ART. 2° DEFINICIONES

- a) **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, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.**
- b) **Asegurado:** Comprende al Asegurado Titular y/o a los Asegurados Adicionales:
 (i) **Asegurado Titular:** Es el contratante persona natural susceptible de ser cubierta por las coberturas del presente Contrato de Seguro.
 (ii) **Asegurados Adicionales:** 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 persona declarada por el Contratante, como titular del derecho a cobrar el Capital Asegurado. Puede haber más de un beneficiario.
- c) **Concubino:** Aquella persona con la cual el Contratante mantiene una relación de concubinato debidamente acreditada con la Resolución Judicial firme de Unión de Hecho o con la constancia de inscripción emitida por la SUNARP con una antigüedad no mayor a treinta días calendario.
- d) **Capital Asegurado:** Es la suma o importe determinado por el Asegurado, que constituye el valor de la indemnización que la Compañía Aseguradora se responsabiliza a pagar a favor del (los) Beneficiario(s), en caso de ocurrir el siniestro.
- e) **Compañía Aseguradora:** Seguros SURA
- f) **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, o a favor de su cónyuge o concubino.
- g) **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. Incluye los socios y asociados de las sociedades civiles o de hecho o miembros de asociaciones que ejerzan cualquier profesión, oficio, arte o ciencia. 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.
- h) **Póliza:** Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado, con ocasión de la contratación del seguro.
 - i) **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 muerte natural o muerte accidental.

ART. 3° TITULAR DE ESTA POLIZA

Todos los derechos, facultades y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía Aseguradora, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiese convenido lo contrario.

Podrá asegurarse bajo la presente póliza aquel empleado o trabajador que se encuentre en servicio laboral activo y cuyo Empleador haya aceptado realizar, bajo autorización del trabajador, el descuento por planilla de la prima mensual a ser pagada a la Compañía Aseguradora, o el trabajador haya afiliado una tarjeta de crédito o elegido cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud para el pago de la prima mensual.

Si el Contratante, persona natural, falleciera estando vigente la póliza y la de su cónyuge o concubino, éste podrá solicitar a la Compañía hacerse cargo de las obligaciones del Contratante a fin de que la póliza se mantenga vigente. Para ello el cónyuge o concubino deberá seguir el procedimiento indicado en el Art. 15° del presente condicionado general.

En caso el Contratante, cesara de su empleo, estando la póliza y la de su Cónyuge o concubino, en vigencia; el Contratante y el Cónyuge o concubino, deberán manifestar su voluntad de continuar con el seguro en forma individual, para lo cual deberán solicitarlo a la Compañía Aseguradora y se regirán a lo señalado en el Artículo 16° del presente condicionado general.

Art. 4° LIMITE DE EDAD PARA SER ASEGURADO

La edad mínima del Asegurado para el ingreso a esta póliza queda determinada en dieciocho (18) años cumplidos. La edad máxima del Asegurado para el ingreso a esta póliza queda determinada en sesenta (60) años cumplidos. La edad límite del Asegurado para la permanencia en esta póliza queda determinada en setenta y dos (72) años cumplidos para la cobertura de fallecimiento (incluye muerte natural, muerte accidental y sobrevivencia). 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 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. 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. 5° COBERTURA

La presente póliza cubre la muerte natural y accidental del asegurado. En caso de muerte accidental, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que la muerte 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 siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado sobrevive al final de la vigencia del duodécimo (12do.) año de la póliza, es decir al final del mes ciento cuarenta y cuatro (144) de vigencia, la Compañía Aseguradora le entregará al Contratante un monto equivalente al 125% o 150%, (según plan elegido) del total de las primas pagadas durante el periodo



de vigencia de la póliza, previa deducción de cualquier deuda que el Contratante tuviese con respecto a esta póliza produciéndose en este caso, la terminación del Contrato de Seguros. En caso que el Asegurado fuese una persona natural distinta al Contratante, la devolución de las primas se hará a este último.

La cobertura se inicia a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares y siempre que se haya producido el pago de la prima respectiva.

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

Los términos de la cobertura de la presente póliza son los detallados en las Condiciones Particulares de la misma.

a) Retorno del 125% (en dólares americanos)

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Rangos Edades/ Suma Asegurada	10,000	15,000	20,000	25,000
18 - 33	8.00	12.00	16.00	20.00
34 - 43	10.50	15.50	20.50	26.00
44 - 52	19.50	29.50	39.50	49.00
53 - 60	38.00	57.00	76.00	95.00
RETORNO	125%	125%	125%	125%

b) Retorno del 150% (en dólares americanos)

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Rangos Edades/ Suma Asegurada	10,000	15,000	20,000	25,000
18 - 33	9.50	13.50	18.50	23.00
34 - 43	12.00	18.00	24.00	30.00
44 - 52	22.50	33.50	44.50	55.50
53 - 60	42.50	63.50	84.50	106.00
RETORNO	150%	150%	150%	150%

Art. 6° RETIRO ANTICIPADO

El Contratante podrá retirar anticipadamente (Rescate) un porcentaje de las primas pagadas, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente a dicha fecha y dependiendo del tiempo de permanencia del seguro, es decir, el Contratante podrá solicitar a la Compañía Aseguradora el importe de las primas pagadas, (según porcentajes definidos en tabla) recién a partir del mes veinticinco (25), siempre y cuando hayan sido totalmente pagadas las primas hasta el mes veinticuatro (24).

Tabla de Porcentajes de Devolución de Primas:

Devolución Año	Porcentaje
2-4	1%
5 - 6	30%
7 - 9	60%
10 - 12	80%
Fin del Año 12*	125% / 150%

* Según Plan elegido



La liquidación del Rescate dará por concluida la vigencia de la póliza.

ART. 7° EXCLUSIONES

7.1. Este seguro no cubre, el riesgo de muerte natural o accidental del Asegurado si fuere causado por:

- a) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
 - La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico colegiado; y,
 - No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- c) Suicidio y/o Intento de suicidio. 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 o desde el cambio de plan. En este último caso, el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
- d) La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, motín, en que el Asegurado participe por culpa grave propio o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- e) Acto delictivo cometido por un Beneficiario o quién pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- f) Guerra o actos u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra nacional o internacional, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- h) El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada o Policía Nacional u otra institución similar.
- i) El beneficiario que sea autor o cómplice de un acto delictivo que diera como resultado la muerte del asegurado pierde los derechos como beneficiario, pero se mantiene el derecho de los demás beneficiarios.

7.2. Adicionalmente por muerte accidental, se excluye lo siguiente:

- a) Actividades o deportes riesgosos, como: bombero, conductor o acompañante en carreras de bicicletas, automóviles, motocicletas, lanchas a motor, avionetas, boxeo, andinismo, escalada y caminatas de alta montaña, ala delta, parapente, sky, caza submarina.
- b) Uso de drogas, alcohol o estupefacientes.
- c) 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.
- d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de transporte aéreo comercial.



- e) Los denominados "Accidentes Médicos": apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos; así como enfermedades psíquicas o mentales.

ART. 8º DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

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.

Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta o circunstancia que, conocida por 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.

ART. 9º DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Cuando el Contratante sea también el Asegurado Titular de la póliza, éste podrá instruir para cobrar el importe del seguro en caso de su fallecimiento a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza. Si designase a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo se mencione lo contrario. De otro lado, a falta de Beneficiarios instituidos por el Contratante, el monto de la indemnización se pagará a sus herederos legales, en los porcentajes establecidos en el testamento, sucesión intestada o la ley, de no existir estos porcentajes se entregará la indemnización en partes iguales.

Para el caso del(los) Asegurado(s) Adicional(e)s, los beneficiarios serán los herederos legales del respectivo Asegurado Adicional, a quienes la Compañía Aseguradora pagará en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, de no existir estos porcentajes se entregará la indemnización en partes iguales. Si el Asegurado Adicional deseara designar explícitamente sus propios beneficiarios, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía Aseguradora para la emisión del endoso respectivo.

El Asegurado Titular 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 su consentimiento, manifestado por escrito a la Compañía Aseguradora. El cambio de beneficiario, o de la calidad de éstos, para que surta efectos frente a la Compañía Aseguradora, debe constar en un Endoso en la Póliza o en un tercer documento legalizado por Notario Público.

La Compañía Aseguradora pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no hubiese sido notificado con anterioridad al pago de la indemnización.

Si un beneficiario falleciera durante el proceso de liquidación de la póliza, el capital que le correspondiera será pagadero a los beneficiarios sobrevivientes en la proporción correspondiente, siempre que no existan herederos legales del beneficiario fallecido.

ART. 10º 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. 11° RESOLUCION DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO

Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días contados a partir del vencimiento de la prima o cuota correspondiente. Durante este plazo, la cobertura permanecerá vigente.

Si la prima se encontrase impaga después de vencido el plazo de gracia mencionado, la cobertura se suspenderá automáticamente transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario desde la fecha en que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación cierta al Contratante, a través de los medios y en la dirección previamente acordada, informándole sobre la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima y el plazo que se dispone para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura.

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

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del periodo en que la cobertura se encuentre suspendida o la póliza se encuentre resuelta debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa.

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

ART. 12° NULIDAD DEL CONTRATO

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 Contratante 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.

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

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

ART. 13º 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 periodo de treinta (30) días vencerá también el presente contrato de seguros. No obstante, ello, esta póliza se renovará automáticamente por un plazo similar, siempre y cuando la prima se encontrase pagada y no hubiera indicación en contrario de parte del Contratante, conservándose como fecha de vigencia inicial para todos los efectos de la póliza, la fecha de contratación o última rehabilitación de la misma.

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

En caso la Compañía Aseguradora decida renovar la Póliza en condiciones distintas a las pactadas originalmente, deberá comunicarlo al Contratante, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendarios 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 calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía y el contrato se renovará automáticamente con la inclusión de tales nuevas condiciones.

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



ART. 14° RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

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 Contratante y/o Beneficiario.

b) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/o omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.

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

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

e) Por no contar con la cantidad mínima de asegurados en un mismo empleador conforme al artículo 19° del presente documento.

f) Por falta de pago de la prima conforme al artículo 11° de presente documento.

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

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



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 del período en curso que hubiese quedado trunco como consecuencia de la resolución.

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

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

ART. 15° AVISO DE SINIESTRO

Una vez producido el siniestro, El Contratante 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 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 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 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.

Se deja a salvo el derecho del Contratante y/o Beneficiario, 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 Contratante y/o Beneficiarios deberán presentar en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos, según corresponda:

a) Muerte Natural

- Certificado de Defunción.
- Partida de Defunción o Acta de Defunción.
- Copia Simple de Documento de Identidad (en caso de contar con éste).
- Copia de la Historia Clínica Foleada y Fedateada.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado los beneficiarios en la póliza.

b) Muerte Accidental

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Partida de Defunción o Acta de Defunción.
- Atestado Policial completo en caso de corresponder.
- Dosaje Etilico y/o estudio Químico Toxicólogo (en caso corresponda).
- Copia simple de Documento de Identidad (en caso de contar con éste).
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado los beneficiarios en la póliza.

c) Sobrevivencia

En caso el asegurado sobreviva al periodo pactado en las condiciones particulares, y siempre que cumpla con los términos y condiciones de cobertura, el contratante deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.

En cualquier caso, adicionalmente a los documentos referidos en el presente numeral, el(los) Beneficiario(s) deberán presentar todos los documentos destinados a probar la ocurrencia del siniestro, así como los documentos que prueben las condiciones necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que ésta razonablemente solicite dentro del plazo indicado en los párrafos posteriores.

Sin perjuicio de que es obligación del contratante 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. 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, en particular lo establecido en el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros y la Ley del Contrato de Seguro.

ART. 16° CESACIÓN DEL EMPLEO

Para que el Asegurado continúe gozando de las coberturas contratadas por la presente póliza luego del cese en el empleo del Contratante, éste último deberá solicitar por escrito la continuidad del seguro en un plazo

máximo de treinta (30) días calendario desde la fecha del cese o finalización del vínculo laboral con el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En dicha situación, el pago de la prima será de forma mensual a través de la afiliación de una tarjeta de crédito o a través de cualquier otra modalidad acordada con la Compañía para el pago de la prima mensual.

Luego de vencido el plazo indicado sin haberse solicitado la continuidad del seguro, la presente póliza se extinguirá automáticamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, librándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza. La extinción por la causal descrita anteriormente no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza, siendo que la misma es informada mediante las presentes Condiciones Generales y es aceptada en la contratación de la póliza.

Las coberturas del presente seguro sólo surtirán efecto mientras el Contratante mantenga el vínculo laboral con el Empleador indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, o aun cuando habiendo finalizado dicho vínculo, haya cumplido con la solicitud de continuidad indicado en el presente artículo.

En los casos que el Contratante, luego de haber cesado en su empleo, hubiese continuado con el pago de la prima sin haber solicitado la respectiva continuidad del seguro, el compromiso de la Compañía Aseguradora se limitará a la devolución de las primas pagadas en exceso, más los intereses legales.

ART. 17° INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

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

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

ART. 18° 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. 19° TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

No obstante lo arriba indicado, el Contratante podrá acogerse al procedimiento para solicitar la continuidad del seguro en forma similar a lo descrito en el artículo 16°.

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 y/o Asegurado y/o el Beneficiario(s) de la Póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por APESEG (Asociación Peruana de Empresas de Seguros) orientada a la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que



se susciten entre éstos y las Empresas Aseguradoras. Ello, sin perjuicio del derecho del Beneficiario de acudir a un proceso arbitral o a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

Art. 22° CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Art. 23° 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. 24° RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

En caso de reclamos, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario puede contactarse con la Compañía Aseguradora a través del Sistema de Atención al Usuario implementado para estos fines. A continuación, detallamos las direcciones de nuestras oficinas, teléfonos, correo electrónico y página web de contacto:

Atención al cliente			
Seguros SURA	Oficina Principal Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro	Línea de servicio al cliente: 222 7777 0800-11117 (línea gratuita)	Horario de Atención: Lima y Provincias - De Lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B	Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe	



	Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Victor Larco 535 Urb. La Merced		
--	---	--	--

Art. 25° DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En el caso que los seguros fueran ofertados por los Comercializadores en caso la norma lo permita, el Contratante podrá resolver el seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna, con la correspondiente devolución total de la prima que hubiere sido pagada, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional en caso corresponda. Para tal fin, el Contratante deberá remitir una comunicación escrita - o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los empleados para la contratación - a la Compañía Aseguradora indicando su intención de resolver la Póliza de seguro. Se entiende por comercializador a la persona natural o jurídica con la que la Compañía Aseguradora celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación de un producto de seguros. Incluye a la comercialización a través de bancaseguros.

