

SOLICITUD – CERTIFICADO DE MICROSEGURO MUJER SEGURA

MICROSEGURO DE PROTECCIÓN

CÓDIGO DE REGISTRO EN LA SBS N° VI2057210071

Adecuado al Reglamento de Pólizas de Microseguros Resolución SBS N° 2829-2016.

Solicitud - Certificado N°: _____ N° Póliza: _____ Fecha de Inicio de Vigencia: _____ / _____ / _____

El presente documento carece de validez en caso de presentar borrones, tachaduras, enmendaduras o ilegibilidad. Agradeceremos llenar y/o registrar la información solicitada con letra imprenta.

DATOS DE LA PÓLIZA

1. COMPAÑÍA DE SEGUROS

SEGUROS SURA

Teléfono:

222-7777

RUC:

20463627488

Dirección:

Av. Canaval y Moreyra N°522, Piso 10 San Isidro

Correo Electrónico:

servicioalcliente.seguros@sura.pe

2. CONTRATANTE

Nombre de LA EMPRESA:

Dirección del Contratante:

RUC:

3. ASEGURADO TITULAR

Nombre (Apellido paterno, materno, nombres):

N° DNI / N° CE:

Sexo:

F

M

Estado Civil:

Soltero

Casado

Otro: _____

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Distrito / Provincia / Departamento

Teléfono/Celular:

Correo electrónico:

4. COASEGURADO

Nombre (Apellido paterno, materno, nombres):

N° DNI / N° CE:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

F

M

5. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Nombre completo (Apellido y nombres):

N° DNI:

Parentesco con el Asegurado

En caso de que el beneficiario sea menor de edad el Asegurado Titular deberá consignar el nombre de uno de los padres del menor o a falta de estos del Tutor Legal.

Nombre del Padre, Madre o Tutor Legal

N° DNI:

Importante: La falsedad en la declaración de este formato, podrá ser causa de cancelación del seguro de vida. Asimismo, este documento no tendrá validez oficial si presenta alteraciones, tachaduras o enmendaduras.

**PÓLIZA DE MICROSEGURO MUJER SEGURA
MICROSEGURO DE PROTECCIÓN**

COBERTURAS DEL SEGURO

COBERTURAS	Plan 1	Plan 2
	SUMA ASEGURADA Soles	SUMA ASEGURADA Soles
Muerte Natural	XXX	XXX
Muerte Accidental	XXX	XXX
Invalidez Total y Permanente por Accidente	XXX	XXX
Desgravamen (Muerte Natural o Accidental e ITP por Accidente o enfermedad)	Hasta XXXXX	Hasta XXXXX
Indemnización por diagnóstico de cáncer	-	XXX
Prima Comercial	XXX	XXX
Comisión de comercializador	XXX	XXX
Prima Total Mensual Titular Solo	<input type="checkbox"/> XXX	<input type="checkbox"/> XXX
Prima Total Mensual Titular + Coasegurado	<input type="checkbox"/> XXX	<input type="checkbox"/> XXX

INICIO Y VIGENCIA DEL SEGURO

La cobertura se inicia con la entrega y firma de esta Solicitud al Contratante, luego del cual el Asegurado tendrá un periodo de gracia de 30 días para el pago de la prima del seguro. La vigencia del Seguro es indefinida y no requiere renovación anual.

EDAD MINIMA Y EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA

Edad mínima de ingreso: 18 años.
Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días.
Edad máxima de permanencia: 75 años y 364 días.

FORMA DE PAGO

Mensual a través del Contratante.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO TITULAR

Para la Cobertura de Desgravamen (Muerte Natural o Accidental e ITP por Accidente o enfermedad) es el Contratante.
Para las otras coberturas (Muerte Natural, Accidental, Invalidez total y permanente e Indemnización por Diagnostico de Cáncer) es el Beneficiario declarado en la Solicitud Certificado.

DEFINICIONES IMPORTANTES

Muerte natural: Corresponde al fallecimiento del asegurado por una enfermedad cubierta por la póliza.

Muerte accidental: Cuando el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente, entendiéndose este como el 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.

Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad: Se entiende por invalidez total y permanente por accidente:

- Estado incurable de alienación mental que no permitiera al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado, por causa de accidente y que le produzca un menoscabo irreversible de al menos 66.66% de su capacidad de trabajo.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.
- Pérdida total de la visión en los dos ojos.

- Pérdida completa de los brazos o de ambas manos.
- Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.
- Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna.
- Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie.

Por pérdida completa se entiende a la amputación o inhabilitación funcional y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La invalidez total y permanente por enfermedad es aquel estado patológico que ocasiona incapacidad y que sobreviene al asegurado como consecuencia directa de su vida cotidiana. El asegurado calificado en condición de invalidez total permanente es aquel definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para moverse o para realizar las funciones esenciales para la vida.

La calificación de la invalidez total y permanente por enfermedad será evaluado conforme a las normas de evaluación y calificación del grado de invalidez total y permanente de los trabajadores afiliados al sistema privado de pensiones, regulado por la ley general del sistema financiero, del sistema de seguros y orgánica de la superintendencia de banca y seguros, sus normas modificatorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulten aplicables.

Indemnización por diagnóstico de cáncer:

Cobertura que se indemnizará en vida y aplicada a los asegurados que no hayan tenido ningún diagnóstico o tratamiento de cualquier tipo de cáncer, anterior a la fecha de ingreso a este seguro.

Se entiende por cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o la

existencia de un gran número de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.

Se excluyen el cáncer sin invasión, tumores debidos y/o relacionados al virus de inmunodeficiencia humana y cualquier tipo de cáncer de piel a excepción del melanoma de invasión maligno diagnosticados durante la vigencia de la presente póliza, que hayan tenido algún diagnóstico o tratamiento de cualquier tipo de cáncer, anterior a la fecha de ingreso a este seguro

El diagnóstico deberá ser efectuado por un médico oncólogo, basado en la Historia Clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer.

EXCLUSIONES

La presente póliza no cubrirá los siniestros que ocurran a consecuencia de:

a. Fallecimiento del Asegurado Titular o del Coasegurado como consecuencia del Suicidio y/o intento de Suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (2) años.

b. Lesiones causadas por el Asegurado voluntariamente a sí mismo y lesiones causadas intencionalmente al Asegurado por terceros con su consentimiento (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio).

c. Invalidez total y permanente como consecuencia de un intento de suicidio.

d. Cuando el fallecimiento sea como consecuencia de intervención activa del Asegurado Titular o del Coasegurado en actos delictivos, subversivos y/o terroristas.

e. El acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.

f. 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 igual o mayor a 0.5 gr/lit. 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/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional.

g. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar en actos de Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; asimismo, servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.

h. Lesiones causadas al Asegurado por su intervención, directa o indirecta, como autor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, hostilidades u operaciones bélicas, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, guerra civil o internacional, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, actos de terrorismo o ataques que involucren el uso de armas o materias y sustancias atómicas, biológicas (p.ej. bacteriológicas) o químicas u otras formas de destrucción, en que el Asegurado participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente, a través de indicios razonables, que se ha tratado de legítima defensa.

i. Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la ignición de dicho combustible, cualquier evento o pérdida proveniente de una liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no), fisión o fusión nuclear.

j. Los accidentes que se produzcan en la realización o práctica de actividades, profesión u oficio claramente peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el Asegurado ni mencionados por el mismo en la solicitud respectiva, o aun cuando lo hubiera declarado; considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. Se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

k. Los accidentes que se produzcan en la práctica de deportes riesgosos, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, y que hayan sido declarados o no por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. 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.

l. El riesgo de aviación solo queda cubierto cuando el asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público, sobre una ruta establecida y autorizada para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario fijo entre aeropuertos debidamente establecidos.

m. Enfermedades preexistentes; se entiende por enfermedad preexistente a 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 y/o continua con un tratamiento médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:

- La enfermedad es de conocimiento del asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y,
- La enfermedad fue diagnosticada por un médico colegiado y se ha determinado con anterioridad a la contratación del seguro.

n. VIH o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus derivados y complicaciones.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Una vez producido el siniestro, El Asegurado y/o el/los Beneficiario(s), deberán dar aviso del Siniestro, dentro de los siete (7) días siguientes a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio. Posteriormente, deberán presentar la solicitud de cobertura adjuntado la siguiente documentación:

En caso de muerte natural:

- a) Partida, Acta o Certificado de Defunción original o copia certificada.
- b) Copia del DNI del asegurado fallecido (en caso se cuente con dicho documento) y de cada uno de los Beneficiarios.

En caso de muerte accidental, adicionalmente a la documentación por muerte natural se deberá presentar, según corresponda: Certificado y Protocolo de Necropsia, Atestado policial o carpeta fiscal Completo, Certificado de médico legista, Resultado de Dosaje Etílico y Resultado de análisis toxicológico.

En caso de invalidez total y permanente por accidente:

- c) Copia del DNI del asegurado.
- d) Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitida por EsSalud, Minsa, Comité Médico de las AFP (COMAFP) o Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

En caso de diagnóstico de cáncer:

- e) Copia del DNI del asegurado.
- f) Estudio anatomo-patológico con el cual se diagnosticó el cáncer.

Para la cobertura de Desgravamen, adicionalmente a la documentación requerida según el supuesto que corresponda, el Beneficiario deberá presentar a la Compañía Aseguradora la liquidación de la deuda bajo cobertura.

PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de las indemnizaciones derivadas de la presente póliza, se hará efectivo dentro del plazo máximo de cinco (5) días útiles desde la fecha en que se haya presentado toda la documentación prevista en la póliza y podrá efectuarse a través del comercializador o directamente al asegurado y/o beneficiario, según corresponda.

RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA POR FALTA DE PAGO DE PRIMAS, VOLUNTARIA O POR SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENDA

Cuando haya vencido el Periodo de Gracia establecido, y la prima se encontrase impaga, la

cobertura se suspenderá de forma automática, sin necesidad de previo aviso, notificación o requerimiento alguno.

En caso la cobertura se encuentre suspendida por falta de pago de prima, el Asegurado podrá rehabilitarla pagando la prima adeudada, dentro del plazo máximo de treinta (30) días desde el vencimiento del Periodo de Gracia.

Si vencido el plazo para rehabilitar la cobertura, la prima se encuentre impaga, la Solicitud-Certificado se resolverá en forma automática, sin necesidad de previo aviso, notificación o requerimiento alguno por la Compañía de Seguro.

El Asegurado podrá poner resolver su Solicitud-Certificado sin expresión de causa, previo aviso por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días, mediante carta dirigida al domicilio de La Compañía Aseguradora o al último domicilio del Contratante, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Para tal fin, el Asegurado podrá utilizar los mismos mecanismos utilizados para la contratación.

La Compañía Aseguradora podrá resolver la Solicitud-Certificado en caso de solicitud de cobertura fraudulenta, por lo que tendrá derecho a las primas devengadas a prorrata mientras la misma estuvo vigente. La resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Asegurado o Beneficiario, según corresponda; dicha comunicación podrá realizarse a su domicilio o correo electrónico.

La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se encuentre suspendida y/o después que la Solicitud-Certificado fue resuelta.

ATENCIÓN DE CONSULTAS, QUEJAS O RECLAMOS

En caso de requerimientos y reclamos, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario pueden presentarlos a la Compañía Aseguradora a través de sus canales de contacto, siendo que los mismos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) y quince (15) días, respectivamente, desde su presentación. Las consultas se atenderán dentro del mismo plazo para los requerimientos.

En caso de solicitudes de cobertura y reclamos presentados a través del comercializador, los plazos de atención establecidos no serán prorrogados.

Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía Aseguradora, entendiéndose que esta última las recibió en la misma fecha.

Los pagos efectuados por los Asegurados a XXXXXXXXXX se entenderán abonados a SEGUROS SURA la misma fecha de su realización

DATOS DE CONTACTO SEGUROS SURA

- Lima: Av. Canaval y Moreyra 522, Piso10, San Isidro
- Provincias:
 - Arequipa: Av. Ejercito 107-B, Yanahuara;
 - Piura: Calle Tacna 307;
 - Trujillo: Av. Larco Herrera 535, Urb. La Merced
- Teléfonos: 222 7777 / 0800 11117
- Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe
- Página web: www.segurossura.pe (opción "contáctenos")

INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, DENUNCIAS Y/O CONSULTAS

- INDECOPI (www.indecopi.gob.pe)
- Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe)
- SBS (Línea gratuita 0-800-10840)

IMPORTANTE:

Por razones de espacio, la presente Solicitud-Certificado resume las Condiciones más importante de la póliza suscrita entre SEGUROS SURA y el Contratante. En caso que el Asegurado desee obtener una copia de la mencionada podrá solicitarla al Contratante o SEGUROS SURA, la cual será remitida en un plazo máximo de 15 días.

Fecha de emisión: XX / XX / XXXX

Firma Asegurado Titular:

Firma de la Compañía de Seguros:

Número de DNI:

Funcionario de Seguros SURA

Nombre y apellidos: