

**Seguro de Vida Bienestar Familiar - Soles
(Código SBS VI2058000074)
RESUMEN DE PÓLIZA**

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Seguros SURA, la Compañía Aseguradora, emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen del Seguro de Vida Bienestar Familiar conforme a los términos señalados en Póliza de Seguros.

Lugar y Forma de Pago de Prima:

El pago es de periodicidad mensual y se puede hacer a través de descuentos por Planilla o tarjeta de crédito o mediante cualquier otra modalidad de pago indicada en la solicitud, previa firma de la autorización correspondiente.

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.

En todos los casos será responsabilidad exclusiva del Contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente. No se aceptarán pagos parciales de prima. (Artículo 11° Condiciones Generales).

Límite de edad para ser Asegurado

Edad mínima de ingreso	:	18 años.
Edad máxima de ingreso	:	60 años
Edad máxima de permanencia	:	65 años

Medio y plazo para aviso de siniestro:

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios deben dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora dentro de los siete (7) días calendario siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio - Art. 15° Condiciones Generales.

¿Cómo solicitar la cobertura del seguro ante la ocurrencia de un siniestro?

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 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.

El Asegurado y/o Beneficiarios 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)
- 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.

En caso el fallecimiento del Asegurado sea causado por un accidente, deberá presentar adicionalmente, en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, de corresponder (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

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

- Declaración escrita de fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente.
- Certificado del médico que prestó los primeros auxilios.
- 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).



SEGUROS



- **Atestado y/o Denuncia Policial.** Completo o Acta de intervención policial, en caso corresponda (copia certificada por autoridad competente o legalizada notarialmente).
- **Dosaje Etilico y/o estudio Químico Toxicológico**
- **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 será de cargo de la Compañía Aseguradora la cual determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, plazo que se computará 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.

c) Para la cobertura de Deuda con el Empleador, adicionalmente a lo requerido para la cobertura de fallecimiento o de Invalidez Total y Permanente por Accidente, según corresponda, se deberá presentar 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.

d) Para la cobertura de Desempleo por Invalidez Total y Permanente o Enfermedad Grave, adicionalmente a lo requerido para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidente o de enfermedades graves, según corresponda, el Asegurado deberá presentar certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la constancia que acredite el desempleo por invalidez total y permanente o Enfermedad Grave emitida por el empleador y su liquidación de beneficios sociales. La Compañía Aseguradora evaluará la enfermedad grave o el grado de invalidez considerando la documentación requerida. Asimismo, de ser necesario, el Asegurado deberá someterse a los exámenes y pruebas que la Compañía Aseguradora considere a efectos de evaluar la enfermedad grave o el grado de invalidez.

e) 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 Anátomo patológico, en caso correspondan. En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto

de la documentación e información presentada, deberá solicitarla dentro de los veinte (20) primeros días, plazo que se computará desde la recepción de los documentos e información indicados 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 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. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de 30 días, plazo que se computará desde la recepción de los documentos e información indicados en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas en la presente póliza.

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

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, así como la realización de exámenes o pruebas, 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.

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

Lugar para solicitar cobertura del Seguro:

Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro



SEGUROS



Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara
Piura: Calle Tacna 307
Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced

Cargas

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derechos. Sugerimos revisar su póliza para evitar el incumplimiento de dichas obligaciones.

Información sobre agravación del riesgo

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

¿Cuáles son las Coberturas de la póliza?

La póliza otorga las siguientes coberturas:

1. Muerte Natural
2. Muerte Accidental
3. Renta Mensual por Muerte Natural
4. Renta Mensual por Muerte Accidental
5. Invalidez Total y Permanente por Accidente.
6. Desamparo Súbito Familiar:
7. Enfermedades Graves
8. Desempleo por Invalidez Total o Permanente o Enfermedad Grave
9. Deuda con el Empleador

Para mayor detalle de las coberturas revisar el Artículo 6° de las Condiciones Generales de la póliza.

¿Cuáles son las Exclusiones del seguro?

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:

1. Suicidio. Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
2. 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.
3. Acto delictivo cometido por un beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado.
4. 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.

5. Enfermedad generada por el uso de drogas o estupefacientes o alcoholismo, SIDA.
6. Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza.
7. Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa.
8. Realización o práctica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo.
9. Práctica de deporte riesgoso, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo.
10. Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o haya consumido o utilizado drogas, o en estado de sonambulismo.
11. 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.
12. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo General de Bomberos y Equipos de Rescate, así como las funciones o actividades relacionadas con servicios de seguridad y vigilancia que requieran portar armas.

Las exclusiones de la póliza están detalladas en el Artículo 7° de las Condiciones Generales de la póliza.

¿En qué situaciones se resuelve o termina el 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.

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 falta de pago de la prima conforme al artículo 12° de las Condiciones Generales.

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

Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán conforme a lo establecido en el Artículo 16° del Condicionado General.

Modificación del Contrato

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 contrato durante el periodo de vigencia, teniendo la aseguradora que respetar los términos pactados inicialmente.

Procedimiento y lugar para presentar un reclamo

El Contratante y/o Asegurado y/o los Beneficiarios, podrán presentar un reclamo a través de los medios habilitados por la compañía para presentar reclamos. El reclamo será respondido en 30 días calendario, prorrogables de ser el caso.

Este procedimiento puede realizarse a través de los siguientes canales:

Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro

Arequipa: Calle Moral 223

Piura: Calle Tacna 307

Trujillo: Jirón Independencia 265

Horario de Atención: Lima - De Lunes a Viernes de

09.00 am a 06.00 pm. Provincias - De Lunes a Viernes

de 08:30 am a 01:00 pm y de 03:30 pm a 6:30 pm

Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe

Servicio al cliente: 222 7777 / 0800-11117 (línea gratuita)

Instancias para presentar reclamos y o denuncias:

- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS.
- INDECOPI

