

RESUMEN

**Seguro de Vida con Devolución de Prima - Dólares (Cód. SBS V12057220053)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias**

RIESGOS CUBIERTOS (Artículo 4° Condiciones Generales)

Los riesgos cubiertos por este seguro son los siguientes:

- Fallecimiento (Incluye Muerte Natural o Muerte Accidental)
- Pago Adicional por Muerte Accidental
- Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE PRIMA

El Contratante se obliga a efectuar mensualmente el pago de las primas correspondientes a la Compañía Aseguradora y como máximo, dentro de los primeros quince (15) días del mes siguiente al que se le otorgó cobertura.

El Contratante abonará a la Compañía Aseguradora a más tardar la primera semana siguiente del mes de cobertura, la prima correspondiente de todos los Asegurados que a dicho mes mantienen vigente su póliza. Adjunto a dicho abono deberá alcanzarle a la Compañía Aseguradora la relación de dichos asegurados bajo el formato preestablecido como sustento del abono realizado y de acuerdo al reporte de altas y bajas establecidas por el Contratante.

CONDICIONES DE ACCESO Y LÍMITES DE PERMANENCIA

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 o muerte accidental) y para la cobertura de Pago Adicional por Muerte Accidental.

Asimismo, la edad límite del Asegurado para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de la presente póliza queda determinada en sesenta y cinco (65) años cumplidos.

En el momento que el Asegurado supere la edad máxima de permanencia de sesenta y cinco (65) años cumplidos para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, se reducirá la prima descontando el valor correspondiente a dicha cobertura.

LUGAR PARA SOLICITAR LA COBERTURA

A través del Contratante o corredor de seguros, si fuera el caso, así como en las Oficinas de Atención de la Compañía Aseguradora:

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

Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara

Piura: Calle Tacna 307

Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced

AVISO DE SINIESTRO

Una vez producido el Siniestro, el Contratante, 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 Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía. En caso de Culpa Inexcusable, el 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, 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.

SOLICITUD DE COBERTURA

El (los) Beneficiario(s) deberán presentar la solicitud de cobertura a la Compañía Aseguradora, incluyendo la siguiente documentación e información completa (legible o en buen estado) en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

a) En caso de Muerte:

- Copia simple del documento de identidad del Asegurado, en caso se cuente con este documento.
- 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 relativos al fallecimiento del Asegurado.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado Beneficiarios en la Póliza.
- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente).
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

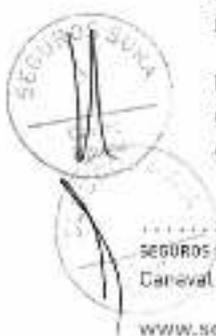
b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:

- 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).
- Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su invalidez.
- Atestado y/o Denuncia Policial Completa o Acta de intervención policial, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente); sólo en caso accidente.
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda, para accidente.
- Dosaje etílico, en caso corresponda, para accidente.

Sin perjuicio de que es obligación de El Asegurado y/o de el/los beneficiario(s) presentar la documentación e información prevista en la presente Cláusula, por el presente documento el Asegurado 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 Aseguradora 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, el cual no podrá exceder los treinta (30) días calendario.

Una vez consentido el siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) Días para proceder a efectuar el pago correspondiente, caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al Beneficiario un interés moratorio anual equivalente a 1,5



veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú de acuerdo a la moneda pactada en el presente contrato por todo el tiempo de la mora.

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

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuese causado por:

- a) Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
- b) La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terroristas, insurrección, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, en que el Asegurado participe por culpa grave propio o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- c) Acto delictivo cometido, en calidad de autor directo o indirecto o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.
- 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 exista participación activa del Asegurado.
- e) Realización de actividad o deporte riesgoso.
- f) 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. 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. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos en el caso de accidentes de tránsito, generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- g) Incapacidades físicas graves tal como: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras que agraven el riesgo notoriamente para la cobertura.
- h) 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:

- 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.

En todos estos casos y sólo cuando haya transcurrido el plazo de Vigencia Básica, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante, y a falta suya a quien represente sus derechos, el Valor de Rescate que pueda corresponder, previa deducción de cualquier deuda que el Contratante tuviera con la Compañía Aseguradora en virtud del presente



contrato. De no haber transcurrido el período de Vigencia Básica se perderá todo derecho.

- i) Enfermedades psíquicas o mentales.
- j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- k) Fallecimiento ocasionado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- l) Se excluye el fallecimiento ocurrido en el desarrollo de actividades y/o desempeño de funciones propias de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional u otra Institución Militar que realice el asegurado.
- m) Vuelos en líneas aéreas no comerciales.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO: RESOLUCIÓN Y NULIDAD

Las causales de terminación de la solicitud-certificado, se encuentran listadas en el artículo 10° del Condicionado General, son las siguientes:

10.1. La resolución deja sin efecto el certificado de seguro por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la solicitud-seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Asegurado y el Contratante reciban una comunicación escrita de la Compañía Informándole sobre la decisión de resolución.
- b) Por solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
- c) En caso el Sinistro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Asegurado y/o Beneficiario.
- d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado mediante un previo aviso de treinta (30) días calendario a la Compañía Aseguradora y al Contratante. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.
- e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, retraer la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá la revisión de la solicitud-certificado en un plazo de treinta (30) días calendario computados 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 calendario para que el Asegurado 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 la solicitud-certificado mediante comunicación dirigida al Asegurado, en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario fijado en el párrafo anterior. Si hubiesen transcurrido dos (2) años desde la suscripción de la solicitud-certificado, la Compañía Aseguradora no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.
- f) Por agravación del riesgo, siendo que el asegurado, debe notificar por escrito a la compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por esta al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas. Comunicada a la compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, esta debe manifestar al asegurado, 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. La solicitud-certificado no podrá ser modificada o dejada sin efecto, ni la prima



Incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración de la solicitud-certificado.

En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al período efectivamente cubierto. Asimismo, la resolución surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

En el supuesto señalado el supuesto d) surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

La resolución de la Solicitud-Certificado en los supuestos señalados en b), c), e) y f), operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante y Asegurado, en caso la fecha de notificación sea distinta, el plazo se computará desde la notificación al Asegurado, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de estos.

En el supuesto señalado en el literal b) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b), c) y d) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución de la solicitud-certificado.

En el supuesto señalado en el literal e) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo que el contrato tuvo vigencia.

En el supuesto señalado en el literal f), en el caso que la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para aquellos casos, en los cuales el asegurado no haya comunicado oportunamente la agravación del riesgo, la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

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

- (i) Para el supuesto establecido en el literal d), el Asegurado 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 y al asegurado sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución mediante abono a la cuenta del asegurado, 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 b), c), e) y f) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución de la solicitud-certificado 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, mediante abono a la cuenta del asegurado, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

10.2. La nulidad deja sin efecto la solicitud-certificado por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

La solicitud-certificado será nula y el 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. 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 de la solicitud-certificado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada.

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

Asimismo, la solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma: (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 los 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.

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato La Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta 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 genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado. La Compañía Aseguradora pondrá a disposición del Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los asegurados.

ÁREA ENCARGADA DE ATENDER RECLAMOS DE LOS USUARIOS

Para tramitar reclamos, presente una carta dirigida al área de Servicio al Cliente en una de nuestras oficinas ubicadas en:

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.com.pe
 Servicio al cliente: 222 7777 / 0800-11117 (línea gratuita)
 Web: www.segurossura.pe

DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Contratante y/o el Asegurado y/o el(los) 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 Contratante de acudir a un proceso arbitral o a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

Ubicación de sus oficinas: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Telefax 421-0614
Web: www.defaseg.com.pe / E-mail: info@defaseg.com.pe

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El Asegurado declara que, de manera previa a la suscripción del presente contrato, ha sido informado y ha tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales, de las Condiciones Particulares y Especiales y Cláusulas Adicionales a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato, declarando a su vez su conformidad con estas.

RESOLUCIÓN DE CONTRATO

Es pertinente indicar que el Contratante puede resolver el Contrato de Seguro en cualquier momento y sin expresión de causa, según lo estipulado en las Condiciones Generales.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

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 derecho

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

Durante la vigencia del contrato La Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta 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 genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS SEGÚN CORRESPONDA:

- INDECOPI (www.indecopi.gob.pe).
- Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe).
- Para denuncias o consultas Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (teléfono gratuito 0-800-10840).



SOLICITUD CERTIFICADO - SEGURO DE VIDA CON DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias
Código Registro SBS N° V12057220053

PÓLIZA N° XXXXXXX

Seguros SURA RUC: 20463627488
Dirección: Canaval y Moreyra 522, Piso 10, San Isidro. Teléfono: 222-2222 Fax: 421-4658

Contratante: XXXXXXXX RUC/DNI: XXXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Correo electrónico: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Son asegurados de esta póliza los clientes del Contratante

PRIMAS MENSUALES DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES PLANES:

PLAN A: PLAN B:
US\$ 0.00 ó S/.00.00* US\$ 0.00 ó S/.00.00*

(* Importe referencial en nuevos soles para fines informativos, al tipo de cambio de S/. 0.00, este importe variará de acuerdo al tipo de cambio XXXXXXXXXXXXXXXX en la fecha de pago o cargo.

DATOS DE LOS ASEGURADO(S):

Apellidos y Nombres: Dirección:
Teléfono: Fecha de Nacimiento: DNI:

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS:

Nombres y Apellido:	Parentesco / vínculo:	%:

Fecha de solicitud: / /

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Se tomará como inicio de vigencia de la cobertura la fecha de firma de la Solicitud-Certificado. Vigencia Mensual.

FECHA DE TÉRMINO: xxxxxxx.

El Asegurado puede observar la Solicitud-Certificado, solicitando por escrito su rectificación, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a su recepción.

El Asegurado declara que antes de suscribir esta Solicitud-Certificado ha tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Particulares de la misma a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato de acuerdo con la legislación de seguros vigente.

Las comunicaciones cursadas por el asegurado al Comercializador por asuntos relacionados con la presente póliza, tienen el mismo efecto que si se hubiesen dirigido a la Compañía Aseguradora, así como los pagos efectuados al Comercializador se consideran abonados a Seguros SURA.



RESUMEN

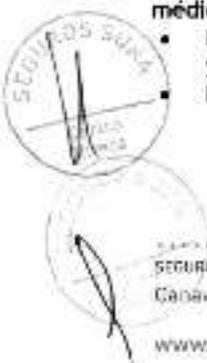
TABLA DE COBERTURAS

Coberturas	A	B
Fallecimiento (Incluye Muerte Natural o Muerte Accidental)	US\$ 50,000	US\$ 25,000
Pago Adicional por Muerte Accidental	US\$ 50,000	US\$ 25,000
Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.	US\$ 20,000	US\$ 10,000
Prima Total Mensual c/u US\$ *	34.00	18.00
Prima Total Mensual c/u S/. *	119.5	63.00
PLAN ELEGIDO (Marcar con una X)		

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuese causado por:

- Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
- La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terroristas, insurrección, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, invasión, huelgas, motin o tumulto popular, en que el Asegurado participe por culpa grave propio o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o rffias, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- Acto delictivo cometido, en calidad de autor directo o indirecto o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.
- 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 exista participación activa del Asegurado.
- Realización de actividad o deporte riesgoso.
- 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. 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. La negativa del Asegurado o de sus familiares a los exámenes respectivos en el caso de accidentes de tránsito, generará la presunción de que el Asegurado se encontraba en estado de embriaguez o bajo los efectos de alguna droga.
- Incapacidades físicas graves tal como: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras que agraven el riesgo notoriamente para la cobertura.
- 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:
 - 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.

En todos estos casos y sólo cuando haya transcurrido el plazo de Vigencia Básica, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante, y a falta suya a quien represente sus derechos, el Valor de Rescate que pueda corresponder, previa deducción de cualquier deuda que el Contratante tuviera con la Compañía Aseguradora en virtud del presente contrato. De no haber transcurrido el periodo de Vigencia Básica se perderá todo derecho.

- t) Enfermedades psíquicas o mentales.
- j) Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.
- k) Fallecimiento ocasionado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- l) Se excluye el fallecimiento ocurrido en el desarrollo de actividades y/o desempeño de funciones propias de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional u otra Institución Militar que realice el asegurado.
- m) Vuelos en líneas aéreas no comerciales.

ASEGURADO

Es la persona cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo, y en caso de su muerte, producirá la responsabilidad de indemnizar el Capital Asegurado a su(s) beneficiario(s), de acuerdo con los términos y condiciones pactados en la póliza. La condición de Asegurado puede caer o no en el contratante

EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

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 o muerte accidental) y para la cobertura de Pago Adicional por Muerte Accidental.

Asimismo, la edad límite del Asegurado para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad de la presente póliza queda determinada en sesenta y cinco (65) años cumplidos.

En el momento que el Asegurado supere la edad máxima de permanencia de sesenta y cinco (65) años cumplidos para la cobertura de Invalidez Total y Permanente, se reducirá la prima descontando el valor correspondiente a dicha cobertura.

PAGO DE PRIMA

El Contratante se obliga a efectuar mensualmente el pago de las primas correspondientes a la Compañía Aseguradora y como máximo, dentro de los primeros quince (15) días del mes siguiente al que se le otorgó cobertura. Cabe indicar, que es responsabilidad del Asegurado y Contratante verificar que los cargos de las Primas se realicen. El Contratante abonará a la Compañía Aseguradora a más tardar la primera semana siguiente del mes de cobertura, la prima correspondiente de todos los Asegurados que a dicho mes mantienen vigente su póliza. Adjunto a dicho abono deberá alcanzarle a la Compañía Aseguradora la relación de dichos asegurados bajo el formato preestablecido como sustento del abono realizado y de acuerdo al reporte de altas y bajas establecidas por el Contratante.

COBERTURA

De acuerdo al plan contratado.

AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

Una vez producido el Siniestro, el Contratante, 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 Asegurado o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía. En caso de Culpa Inexcusable, el 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, 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 contados desde el aviso del Siniestro.



Se deja a salvo el derecho del Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, de que luego de realizar la solicitud de Cobertura a la Compañía, 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 caducidad establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

El (los) Beneficiario(s) deberán presentar la solicitud de cobertura a la Compañía Aseguradora, incluyendo la siguiente documentación e información completa (legible o en buen estado) en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) En caso de Muerte:
- Copia simple del documento de identidad del Asegurado, en caso se cuente con este documento.
 - Certificado Médico de Defunción (formato completo).
 - Partida o Acta de Defunción.
 - 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 Beneficiarios en la Póliza.
 - Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
 - Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente).
 - Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
 - Dosaje etílico, en caso corresponda.
- b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad:
- 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 (CDMEC).
 - Historia clínica foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el Asegurado fue diagnosticado y tratado de la causa básica de su Invalidez.
 - Atestado y/o Denuncia Policial Completa o Acta de intervención policial, en caso corresponda (copia legalizada notarial o certificada por autoridad competente); sólo en caso accidente.
 - Examen químico toxicológico, en caso corresponda, para accidente.
 - Dosaje etílico, en caso corresponda, para accidente.

BENEFICIARIOS

El Asegurado es quien designará a los Beneficiarios, dicha designación constará en la relación detallada por el Asegurado en la presente Solicitud-Certificado. Si no se especificaran Beneficiarios se indemnizará a los herederos legales. El asegurado podrá cambiar a sus Beneficiarios cuando lo crea conveniente, dicho cambio deberá hacerse en forma expresa y por escrito, será válido siempre que conste en un endoso a la Póliza o en un documento legalizado ante notario público.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN Y NULIDAD DE LA SOLICITUD-CERTIFICADO

CAUSALES DE RESOLUCIÓN:

La resolución deja sin efecto la solicitud-certificado por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por falta de pago de la prima, en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la solicitud-certificado durante la suspensión de la

cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que el Asegurado y el Contratante reciban una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolución.

b) Por solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.



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

d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado, una vez transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario desde que éste comunicó dicha decisión mediante previo aviso a la Compañía Aseguradora y/o al Contratante. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.

e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, retraer la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá la revisión de la solicitud-certificado en un plazo de treinta (30) días calendario computados 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 calendario para que el Asegurado 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 la solicitud-certificado mediante comunicación dirigida al Asegurado, en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendario fijado en el párrafo anterior. Si hubiesen transcurrido dos (2) años desde la suscripción de la solicitud-certificado, la Compañía Aseguradora no puede invocar la reticencia o falsa declaración, excepto cuando es dolosa.

f) Por agravación del riesgo, siendo que el Asegurado, debe notificar por escrito a la compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por esta al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas. Comunicada a la compañía Aseguradora la agravación del estado del riesgo, esta debe manifestar al asegurado, 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. La solicitud-certificado no podrá ser modificada o dejada sin efecto, ni la prima incrementada, como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración de la solicitud-certificado.

En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al periodo efectivamente cubierto. Asimismo, la resolución surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

En el supuesto señalado el supuesto d) surtirá efectos una vez que haya transcurrido el plazo de treinta (30) días indicado.

La resolución de la Solicitud-Certificado en los supuestos señalados en b), c), e) y f), operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante y Asegurado, en caso la fecha de notificación sea distinta, el plazo se computará desde la notificación al Asegurado, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de estos.

En el supuesto señalado en el literal b) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b), c) y d) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución de la solicitud-certificado.

En el supuesto señalado en el literal e) la Compañía Aseguradora devolverá al Asegurado la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo que el contrato tuvo vigencia.

En el supuesto señalado en el literal f), en el caso que la Compañía Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Para aquellos casos, en los cuales el asegurado no haya comunicado oportunamente la agravación del riesgo, la Compañía Aseguradora tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

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

(i) Para el supuesto establecido en el literal d), el Asegurado 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 y al asegurado sobre el resultado de la misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución mediante abono a la cuenta del asegurado, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

(ii) Para los supuestos establecidos en los literales b), c), e) y f) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución de la solicitud-certificado 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, mediante abono a la cuenta del asegurado, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

CAUSALES DE NULIDAD:

La solicitud-certificado será nula y el 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. 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.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguros quedará resuelto o será nulo en los supuestos Indicados en el Artículo 11° de las Condiciones Generales.

MODIFICACIONES CONTRACTUALES

La Compañía Aseguradora podrá modificar los términos contractuales del presente Seguro, con la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y aceptarla o no, debiendo tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos originales.

ÁREA ENCARGADA DE ATENDER RECLAMOS DE LOS USUARIOS

En caso de reclamos, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios pueden contactarse con la Compañía Aseguradora a través del Sistema de Atención al Usuario implementado para estos fines.

Este procedimiento puede realizarse a través de los siguientes canales:

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea también la nulidad de la solicitud-certificado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada. Por otro lado, en caso que la prima pagada sea inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Asimismo, la solicitud-certificado será nula y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo la misma: (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 los 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.

Seguros SURA	Atención al cliente		
	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. Víctor Larco 535 Urb. La Merced	
---	--

INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:INDECOPI (www.indecopi.gob.pe)Defensoría del Asegurado (www.defaseg.com.pe)

Para denuncias o consultas Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (teléfono gratuito 0-800-10840)

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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 derecho. Dentro de la Vigencia de la póliza de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

DOMICILIO Y COMUNICACIONES

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.

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).

El Contratante y el Asegurado reconocen y autorizan expresamente a la Compañía Aseguradora a remitirles cualquier comunicación a la dirección de correo electrónico que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier comunicación telefónica y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han indicado en la presente Solicitud y/o cualquier otro tipo de comunicación permitida por la normativa de seguros vigente. Estas comunicaciones surtirán plenos efectos legales y reemplazarán a la notificación al domicilio físico. El Contratante y el Asegurado declaran ser titulares de la dirección de correo electrónico y/o teléfonos que han indicado en la presente Solicitud, asimismo, se obligan a comunicar a la Compañía Aseguradora el cambio de dicha dirección de correo electrónico y/o teléfonos, dicho cambio surtirá efecto luego de cinco (5) días hábiles de comunicado a la aseguradora.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El Contratante y el Asegurado declaran expresamente que han sido previamente informados y conocen los alcances de la política sobre protección de datos personales de la Compañía desarrollada en el sitio web www.sura.pe/seguros. En tal sentido, el Contratante y el Asegurado otorgan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales, con fines de evaluación del riesgo, ejecución del presente contrato y de toda actividad vinculada con este último, envío de comunicaciones vinculadas con la Póliza y/o para fines comerciales o publicitarios. El banco de datos de titularidad de la Compañía está ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima. 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. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

Asimismo, autorizo a cualquier médico, clínica, hospital u otra persona que me hubiese atendido o asistido en alguna dolencia o enfermedad a revelar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido, suministrando la información médica completa que corresponda.



SEGUROS SURA

Canaval y Moreyra 532 piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center 222-7777 / Provincias 0900-11117

www.segurossura.pe

SEGUROS

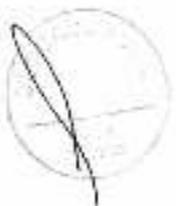


Firma del Asegurado

Nombre: _____

Nro. DNI: _____

XXXXXXXXXX
Gerente de Operaciones



SEGUROS SURA

Canaval y Moneyra 332 piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center : 222-7777 / Provincias: 0800-11117

www.segurossura.pe

FORMATO DE AUTORIZACION "ASESORIA INTEGRAL SURA"

Como parte de los beneficios que te ofrecemos al ser Cliente de seguros SURA, te presentamos nuestro nuevo servicio de "Asesoría Integral SURA", el cual ha sido desarrollado especialmente para ti y que te permitirá:

- Obtener información consolidada de los productos que pudieses haber contratado en las empresas de SURA en el Perú: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA e Hipotecaria SURA.
- Acceder a una propuesta integral que te permitirá optimizar tu patrimonio y alcanzar tus objetivos personales.

Respecto a los datos de contacto: Teléfonos, correo electrónico, dirección de correspondencia registrados en mi solicitud N° _____

- Autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA" (*)
- No autorizo a Seguros SURA a brindarme el servicio de "Asesoría Integral SURA"

Firma: _____
(Nombre de Cliente)

(*) "Seguros SURA es una empresa que forma parte del grupo económico Grupo de Inversiones Suramericana S.A. (SURA). En el Perú forman parte de SURA: AFP Integra, Seguros SURA, Fondos SURA, Sociedad Agente de Bolsa SURA, Hipotecaria SURA y SURA Asset Management Perú S.A. (en adelante denominadas cualquiera de ellas y todas en conjunto, "Grupo SURA").

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, Ley N° 29733 y Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, respectivamente, ponemos en su conocimiento que al suscribir el presente documento, usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, pueda utilizar, transferir y/o compartir su información personal y sensible entre las mismas; así como la información de los productos, tenencias y/o servicios que contrate con el Grupo SURA.

Dicha información podrá ser utilizada para brindarle una asesoría integral que le permita acceder, a través de portales web u otros medios electrónicos a información consolidada respecto a sus productos, tenencias y/o servicios; así como para los fines comerciales relacionados a sus actividades de negocio. Por lo cual, Grupo SURA, puede requerir la colaboración de terceros para que tramiten o manejen su información, incluyendo la de carácter personal y sensible. En este sentido, usted autoriza a Grupo SURA, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, a transferir y dar tratamiento a la información necesaria para estos fines.

Le informamos que usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de sus datos personales en cualquier momento.

Al suscribir este documento, usted manifiesta que se adhiere a nuestra Política de Privacidad integral, la cual ha sido revisada de manera previa y se encuentra disponible en nuestra página web www.sura.pe.

