

Vida Grupo Cod. SBS N° VI2057210025 (S/.)
 Vida Grupo Cod. SBS N° VI2057220044 (US\$)

**SEGURO DE VIDA GRUPO
 RESUMEN DE PÓLIZA**

Seguros SURA (“la Compañía Aseguradora”) emite a usted el siguiente Resumen del Seguro de Vida Grupo conforme a los términos señalados en la Póliza:

LUGAR Y FORMA DE PAGO DE PRIMA:
 El indicado en las condiciones particulares

MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO:

Una vez ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Contratante y/o el Beneficiario, de ser el caso, comunicarán el siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo máximo de siete (7) días calendarios, contado a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro. La declaración de siniestro debe contener el detalle de las coberturas reclamadas, los montos correspondientes, y documentos requeridos, según cada cobertura, indicados en el art. 11° del Condicionado General .

LUGAR PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Cualquiera de las oficinas de la Compañía Aseguradora..

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.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO:

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Compañía Aseguradora los hechos o circunstancias que agravan el riesgo asegurado.

COBERTURA DE LA PÓLIZA:

De acuerdo con el art. 3° del Condicionado General, los riesgos cubiertos por este seguro son los siguientes:

- Muerte Natural
- Muerte Accidental
- Muerte Accidental en Circulación
- Invalidez Total y Permanente Accidental
- Invalidez Parcial y Permanente
- Gastos de Sepelio
- Renta Familiar Mensual
- Adelanto por Enfermedad Grave Terminal
- Desamparo súbito familiar
- Repatriación de Restos
- Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen
- Gastos de Curación por accidente

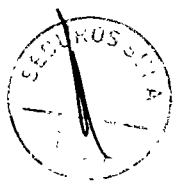
Las Sumas Aseguradas serán las detalladas en las Condiciones Particulares declaradas por el Contratante.

CONDICIONES DE ACCESO Y LÍMITES DE PERMANENCIA:

Se encuentra en el artículo 2° del Condicionado General No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo y/o accidentes médicos que sufra el Asegurado.

PRINCIPALES EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:



a. Preexistencia:

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 sea diagnosticada por un médico colegiado; y,
- No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
- Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro

b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. (SIDA)

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

d. La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, 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.

e. Consecuencia directa o indirecta de guerra (civil o internacional), en el Perú o fuera de él, declarada o no, intervención directa o indirecta en servicio militar y/o policial.

f. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.

g. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada o Policía Nacional u otra institución similar.

h. Actividades y/o deportes notoriamente peligrosos de cualquier clase como buceo, andinismo, automovilismo o pruebas de velocidad, sea como piloto o acompañante, paracaidismo, caminatas en alta montaña y/o similares.

i. Uso de drogas, alcohol o estupefacientes.

j. En situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo del asegurado. 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/lit. al momento del siniestro. 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.

k. Como pasajeros de aviones de servicio no regular y/o helicópteros particulares y/o de las fuerzas armadas, salvo que el Asegurado sea miembro activo de una Institución que pertenezca a las Fuerzas Armadas, en cuyo caso esta exclusión queda sin efecto.

l. Los denominados "Accidentes Médicos" tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos del miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos; así como enfermedades psíquicas o mentales.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Las causales de resolución, se encuentran detalladas en los artículos 9° y 17° del Condicionado General .



Cabe precisar que conforme a lo establecido en el artículo 17.1 literal a) de las Condiciones Generales, el presente Contrato puede ser resuelto por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del Contratante, sin más requisito que una comunicación por escrito a la Compañía Aseguradora, considerándose la fecha de su recepción como el fin de la vigencia del contrato de seguro.

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

<https://www.segurossura.pe/?url=contactenos>

Correo electrónico:

servicioalcliente.seguros@sura.pe

Servicio al cliente:

222 7777 / 0800-11117 (línea gratuita)

MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

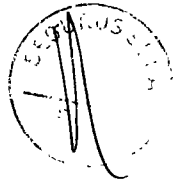
Asimismo, durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Contratante. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión en el plazo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

SOLICITUD DE COBERTURA

Una vez ocurrido el siniestro, el Contratante y/o el Beneficiario, de ser el caso, comunicarán el Siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo máximo de 12 meses, contados a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro o desde que se conoce el beneficio. Se encuentra en los artículos 11° y 12° del Condicionado General

INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS SEGÚN CORRESPONDA:

- Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS.
- Defensoría del Asegurado
- INDECOPI



SEGUROS



SOLICITUD - CERTIFICADO DE SEGURO

PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO N° XXXXXXXX

N° 00001

Nombres y Apellidos: _____

DNI o carnet de extranjería: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Profesión, ocupación o actividad económica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de ingreso a la póliza: _____

Nombre de los beneficiarios y porcentaje de participación:

_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %
_____	_____ %

VIGENCIA DEL SEGURO

Esta Solicitud-Certificado tendrá vigencia mientras el asegurado mantenga un promedio mínimo mensual de depósitos en su cuenta de ahorros, sea en dólares americanos o su equivalente en moneda nacional, igual o superior a US\$____ o S/____. En caso de cuentas mancomunadas el promedio mínimo mensual de depósitos, dividido entre el número de titulares de la cuenta, deberá ser igual o superior a US\$____ o S/____, monto que podrá ser ajustado periódicamente por la XXXXX, previa comunicación a Seguros SURA; siempre que la póliza esté vigente, ésta se encuentra sujeta el pago de las primas correspondientes en forma puntual y a que el asegurado haya sido declarado por el contratante.

FECHA DE INICIO Y FIN DE VIGENCIA

Desde el día en que el Asegurado, titular de la cuenta mantenga el promedio mensual del depósito. La falta de pago oportuno de la prima podrá implicar el fin de la vigencia de la Póliza o de la Solicitud-Certificado quedando Seguros SURA liberada de toda obligación de cobertura respecto del mismo.

PERSONAS ASEGURABLES

Son personas asegurables de la presente póliza los clientes de ahorro (depositantes) de la _____ que mantenga el promedio mínimo mensual mencionado anteriormente. No pueden ser ni seguir aseguradas, las personas afectadas de incapacidad física grave, tal como, ceguera, sordera, parálisis, apoplejía u otras incapacidades físicas que agraven el riesgo notoriamente. En caso de producirse una de estas situaciones durante el periodo contractual se considerará una agravación del riesgo, aplicándose lo establecido en el Art. 17° del Condicionado General.

PRIMA DEL SEGURO

Será pagada mensualmente por el Contratante.

OBJETO DEL SEGURO

Muerte Natural: Los beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural, el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura conforme a lo establecido en las condiciones del seguro vigentes.

Muerte Accidental: La Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

Muerte Accidental de Circulación: Las Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente de tránsito, entendiéndose como tal a aquel evento súbito en el que participa un vehículo automotor en marcha o en reposo en la vía de uso público, causando daño a personas - sean ocupantes o terceros no ocupantes del vehículo automotor-, o a cosas y que pueda ser determinado de manera cierta.

Invalidez Parcial y Permanente Accidental: Si como consecuencia de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Parcial y Permanente, él recibirá el monto asegurado correspondiente a esta cobertura, señalado en las Condiciones Particulares. Para los efectos de esta cobertura se entiende por Invalidez Parcial y Permanente como la pérdida de un porcentaje mayor o igual al 50% pero inferior a los dos tercios de la capacidad de trabajo del asegurado.

Gastos de Sepelio: En caso de muerte natural o accidental del asegurado, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios de la póliza el capital Asegurado por concepto de Gastos de Sepelio señalado en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Renta Familiar Mensual: Los beneficiarios designados por el asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural o accidental una Renta Mensual durante XX meses de S/. XXXX cada cuota. En caso exista más de un Beneficiario, el monto de la cuota a pagar se dividirá entre el número de beneficiarios

Adelanto por Enfermedad Grave Terminal: La compañía aseguradora adelantará el capital asegurado, en caso que al asegurado se le diagnostique clínicamente durante la vigencia de la póliza alguna de las siguientes enfermedades: (i) Infarto Masivo del Miocardio; (ii) Accidente Cerebro Vascular (ACV); (iii) Cáncer; (iv) Insuficiencia Renal Crónica. Esto, siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones: (a) Que la póliza se encuentre vigente y siempre que no haya sido suspendida la cobertura; (b) Que la enfermedad grave se diagnostique antes que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad; y, (c) Que la enfermedad grave se diagnostique durante la vigencia de esta cobertura.

Desamparo Súbito Familiar: Los Beneficiarios designados por el asegurado recibirán proporcionalmente, el monto asegurado correspondiente a esta cobertura, si como consecuencia de un mismo accidente fallece el asegurado y su cónyuge en un plazo máximo de 72 horas contadas desde la ocurrencia del primer fallecimiento.

Repatriación de Restos: La compañía aseguradora reembolsará los gastos que se incurriera por la repatriación de los restos del Asegurado, cuando fallezca en el extranjero; hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, de acuerdo a los gastos que realice.

Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen: La compañía aseguradora reembolsará los gastos que se incurriera por los traslados de restos del titular, cuando la familia decida trasladar los restos a la ciudad de origen para sus exequias, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la presente póliza, dentro del territorio nacional.

Gastos de curación por accidentes: En caso el Asegurado sufra un accidente, la presente cobertura se otorgara en forma de reembolso por los gastos de primero auxilios incurridos, hasta las cuarenta y ocho (48) horas posteriores de ocurrencia del accidente y hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Las presentes coberturas se aplicarán conforme a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

Canaval y Moreyra 522, piso 10, San Isidro Lima - Perú / R.U.C 20463627488 / Teléfono. 222-2222 / Fax: 421-4658

www.segurossura.pe

XXXXXX

2DA COPIA

ASEGURADO

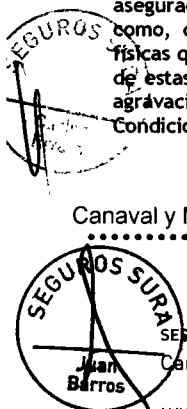
1ERA COPIA

COMPAÑIA DE SEGUROS

ORIGINAL

Canaval y Moreyra 522, piso 10, San Isidro. Lima - Perú / Servicio al Cliente: 222-7777 / Provincias: 0800-11117 (Línea gratuita)

www.segurossura.pe



SEGUROS



EXCLUSIONES

Ningún beneficio será pagadero bajo la presente Póliza por cualquier reclamo que devengan por:

- Muerte a consecuencia directa o indirecta de acciones de guerra civil o internacional, declarada o no; así como por su intervención directa o indirecta en algún tipo de servicio militar, paramilitar, policial o para policial.
- Muerte a consecuencia de intervención directa en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- Suicidio consciente o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al Asegurado por terceros con su consentimiento. 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
- Emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- El homicidio del asegurado causado por el beneficiario de la póliza o un heredero legal.

La totalidad de las exclusiones podrán ser revisadas en el Artículo 13° del Condicionado General.

CONDICIONES ESPECIALES

- En las cuentas mancomunadas, el beneficio se otorgará a cada miembro componente de la misma, siempre que el promedio mínimo mensual de depósito, por cada miembro, lo permita.
- No existe periodo de carencia, pues la contratación del seguro se da en continuidad de las coberturas vigentes.
- _____ contará con una copia del certificado firmado por el cliente y una copia por la declaración de beneficiarios presentada por cada cliente asegurado. Cumplidas las condiciones para acceder al seguro se hará entrega de una constancia al beneficiario, quien acudirá a la aseguradora y cobrará la indemnización. En caso el cliente no haya declarado, se deberá contar con la declaración de herederos. En caso de cuentas de ahorro cuyos titulares sean menores de edad, la cobertura de Desamparo Súbito Familiar se aplicará ante el fallecimiento del padre y/o tutor (cotitular de la cuenta).

CONSULTAS Y RECLAMOS

Caja Trujillo: 044-471000 (La Libertad) / 0801-1-4700 (otros dptos.)
Seguros SURA: 222-2222 / 080011114 (línea gratuita)

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES

No hay deducibles para este seguro.

PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

Una vez producido el Siniestro, el Contratante y/o el Beneficiario, de ser el caso, comunicarán el Siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo máximo de siete (7) días calendario, contados a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro o desde que se conoce el beneficio, conforme a los medios de comunicación pactados en la presente póliza. El dolo en que incurra el Contratante o el Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. 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. La solicitud de cobertura debe contener el detalle de las coberturas reclamadas, los montos correspondientes y los documentos requeridos según cada cobertura, indicados en el Art.12° del presente Condicionado General. Se deja a salvo el derecho del Asegurado o Beneficiario de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decidan acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última - para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo señalado anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

Seguros SURA solicitará la presentación de los siguientes documentos:

Por Muerte Natural: Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada); Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada); Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado; Declaratoria de Beneficiarios o Sucesión Intestada definitiva, inscrita en Registros Públicos; (original o copia legalizada); y, Copia legalizada del DNI de Beneficiario.

Por Muerte Accidental: Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo sea necesario); Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada) según corresponda; Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada) según corresponda; y, Dosaje Etilico y Toxicológico (original o copia legalizada) según corresponda.

Por Muerte Accidental de Circulación: Documentos solicitados para la cobertura por Muerte Natural (no considerar historia clínica salvo sea necesario); Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada) según corresponda; Protocolo de Necropsia (original o copia legalizada) según corresponda; y, Dosaje Etilico y Toxicológico (original o copia legalizada) según corresponda.

Por Invalidez Total y Permanente por Accidente: DNI Asegurado (original o copia legalizada); Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSa; Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada) según corresponda; Dosaje Etilico y Toxicológico (original o copia legalizada) según corresponda; Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.

Por Invalidez Parcial y Permanente por Accidente: DNI Asegurado (original o copia legalizada); Dictamen de Invalidez emitido por COMAFP, EsSalud, INR o MINSa; Atestado Policial completo y acta de intervención policial (original o copia legalizada) según corresponda; Dosaje Etilico y Toxicológico (original o copia legalizada) según corresponda; Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado.

Por Gastos de Sepelio, Renta Familiar Mensual y Desamparo Súbito Familiar: Documentos solicitados para la cobertura por muerte natural y muerte accidental (de corresponder).

Por Adelanto por Enfermedad Grave Terminal: DNI Asegurado (original o copia legalizada); Fotocopia de Historia Clínica foliada y fedateada del Hospital y/o Entidad Médica donde fue diagnosticado y tratado; Informe Médico tratante; Anatomía Patológica (sólo para los casos de Cáncer).

Por Repatriación de Restos y Traslado de Fallecimiento al Lugar de Origen: Certificado Médico de Defunción (original o copia legalizada); Partida o Acta de Defunción (original o copia legalizada); Facturas, Boletas y/o equivalentes, originales por gastos vinculados a los restos del asegurado; y Copia legalizada del DNI de quien realizó los gastos.

Por Gastos de Curación por accidentes: DNI Asegurado (original o copia legalizada); Informe del médico certificando el accidente; Informe del servicio de ambulancia detallando la causa u origen del accidente, en caso corresponda; Facturas y/o boletas originales por los gastos incurridos en las primeras cuarenta y ocho (48) horas posteriores de haber sufrido el accidente; Acta de intervención policial, de corresponder (original o copia legalizada); Dosaje Etilico y Toxicológico, de corresponder (original o copia legalizada).

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre La Compañía y El Asegurado y/o Beneficiario(s) de la póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado.

Dirección de la Defensoría: Arias Aragüez 146-San Antonio Miraflores.
Teléfonos 446-9158
Página web: www.defaseg.com.pe



SEGUROS SURA

Cañaval y Moreyra 522, piso 10, San Isidro. Lima - Perú / Servicio al Cliente: 222-7777 / Provincias: 0800-11117 (Línea gratuita)

www.segurossura.pe

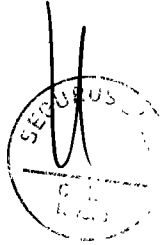
SEGUROS

IMPORTANTE

Por razones de espacio, este Certificado resume las condiciones más importantes de la póliza de Vida Grupo N° XXXX suscrita entre Seguros SURA y _____.

En caso el Asegurado desee obtener una copia de la mencionada póliza podrá solicitarla al Contratante o a Seguros SURA, la cual será proporcionada en un plazo máximo de 15 días. Las comunicaciones cursadas por el Asegurado a _____ por aspectos relacionados con el contrato de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a Seguros SURA. Seguros Sura es responsable frente al asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra _____ con motivo de la comercialización de la presente póliza.

Declaración de Voluntad del Asegurado: Por medio de la presente, cumpro con informarles que he decidido tomar el presente Seguro de Vida Grupo con Seguros SURA, conforme a las condiciones contenidas en el presente documento. El asegurado puede tomar conocimiento de la información del presente seguro en www.segurossura.com



FIRMA DEL ASEGURADO

FUNCIONARIO DE SEGUROS SURA

FECHA _____

