

SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD FAMILIAR SOLES
 (Registro SBS N° VI2058010073)
 Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
RESUMEN DE PÓLIZA

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

Datos de la empresa Aseguradora:

		Atención al cliente	
Seguros SURA	<u>Oficina Principal</u> Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro	<u>Línea de servicio al cliente:</u> 222 7777 0800-11117 (línea gratuita)	<u>Horario de Atención:</u> Lima y Provincias: De lunes a viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	<u>Provincias:</u> Arequipa: Av. Ejército 107-B - Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Victor Larco 535 Urb. La Merced	<u>Correo electrónico:</u> servicioalcliente.seguros@sura.pe	

Límite de edad para ser Asegurado

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

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)

Medio y plazo para aviso de siniestro:

El Contratante 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. (Artículo 15° Condiciones Generales)

Lugar para solicitar cobertura del Seguro:

(Se completará al momento de la comercialización)

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

Una vez producido el siniestro, El Contratante y/o el (los) Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del Siniestro, éste debe ser comunicado dentro de los siete (7) días contados a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro o desde que se conoce el beneficio.



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).
- 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, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado los beneficiarios en la póliza.

b) En caso el fallecimiento del Asegurado sea causado por un accidente, deberá presentar adicionalmente a lo requerido en el literal a) original o certificación de reproducción notarial de:

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Atestado o Informe Policial Completo; o, Carpeta Fiscal Completa.
- Examen químico toxicológico, en caso corresponda.
- Dosaje etílico, en caso corresponda.

c) Las coberturas de Renta Mensual por Muerte Natural o Accidental no requieren documentación adicional a lo establecido en los literales a) y b), según corresponda, debiendo precisar el modo de pago.

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

- Declaración escrita donde figuren los datos del Asegurado, fecha, hora lugar y circunstancias del accidente.
- Documento de identidad del Asegurado; a falta de este documento, la partida de nacimiento legalizada.
- Informe del médico que prestó los primeros auxilios, en caso corresponda.
- 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).
- Atestado policial completo o acta de intervención policial en caso de accidente. La fecha del accidente que conste en dicho documento constituye la fecha del siniestro.
- 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 de dichos exámenes y pruebas será de cargo de la Compañía Aseguradora, y serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días desde la recepción de toda la documentación e información requerida en la póliza. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, contado 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.

e) Para la cobertura de Deuda con el Empleador, se deberá presentar adicionalmente a lo indicado en los literales a), b) o d), según corresponda, 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.

f) Para la cobertura de Desempleo por invalidez total y permanente por accidente o enfermedad grave, el Asegurado deberá presentar, adicionalmente a lo indicado en el literal d) y h) del presente artículo, certificación de



SEGUROS



reproducción notarial (copia legalizada) de la constancia de cese emitida por el empleador y su liquidación de beneficios sociales.

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

h) 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 Anatómo patológico. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días desde la recepción de toda la documentación e información completa y necesaria indicada en la póliza, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas en la presente póliza. En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los veinte (20) días desde la recepción de toda la documentación e información completa y necesaria indicada 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.

i) La cobertura de Sepelio, se pagará como reembolso, para lo cual se deberá presentar la partida de defunción y las facturas o boletas originales de los gastos incurridos.

Sin perjuicio de que es obligación del contratante, el Asegurado y/o el(los) beneficiario(s) presentar la documentación e información prevista en el presente artículo, por el presente documento el contratante y los beneficiarios autorizan y se obligan a colaborar para que la compañía aseguradora realice todas las indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria indicada en la póliza para la liquidación, la Compañía cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro y proceder a rechazarlo o a aprobarlo. En caso la Compañía Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada deberá de solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado. El(los) Beneficiario(s) deberán presentar todos los documentos que prueben la ocurrencia del siniestro y las condiciones necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que ésta razonablemente solicite dentro del plazo descrito anteriormente.

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

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?

Esta póliza posee las siguientes coberturas:

6.1. Muerte Natural

En caso del fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

6.2. 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. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguientes de ocurrido el accidente.

6.3. Renta Mensual por Muerte Natural

En caso del fallecimiento del Asegurado por causas no accidentales, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios, una Renta Mensual durante doce (12) meses conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares. Los Beneficiarios podrán recibir dicha renta en un sólo pago, previo cálculo del valor presente del monto de la cobertura.

6.4. Renta Mensual por Muerte Accidental

La Compañía pagará a los Beneficiarios, una Renta Mensual durante doce (12) meses conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares, si el Asegurado fallece a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Los Beneficiarios podrán recibir dicha renta en un sólo pago, previo cálculo del valor presente del monto de la cobertura. Todas las disposiciones de la cobertura por Muerte Accidental aplican a la presente.

6.5. Sepelio:

Los Beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura, conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares.

6.6. Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Si como consecuencia directa e inmediata de un accidente, al Asegurado se le diagnostica una Invalidez Total y Permanente, él mismo recibirá el Capital Asegurado correspondiente a esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para efectos de la presente póliza, sólo serán considerados como Invalidez Total y permanente los siguientes casos:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental a causa de un accidente que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida;
- Fractura accidental e incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente;
- Pérdida accidental total de la visión de ambos ojos;
- Pérdida completa por accidente de ambas manos;
- Pérdida completa por accidente de ambos pies;
- Pérdida completa por accidente de una mano y un pie.

No se otorgará cobertura en caso ocurra una invalidez que no corresponda a los supuestos indicados.

Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros se resolverá automáticamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza. Esto último no aplica a la cobertura de Desempleo.

6.7. Desamparo Súbito Familiar:

Los Beneficiarios designados por el Asegurado recibirán el Capital Asegurado correspondiente a ésta cobertura, si como consecuencia de un mismo accidente fallece el Asegurado y su Cónyuge o Concubino(a) en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas contadas desde la ocurrencia del primer fallecimiento.

6.8. Enfermedades Graves

La Compañía Aseguradora pagará al Contratante el Capital Asegurado correspondiente a esta cobertura, según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso que al Asegurado se le diagnostique clínicamente alguna de las siguientes enfermedades:

1. Infarto del Miocardio
2. Accidente Cerebrovascular (ACV)
3. Cáncer
4. Insuficiencia Renal

Es requisito indispensable para otorgar esta cobertura que la enfermedad se diagnostique durante la vigencia de la póliza y luego de vencido el Periodo de Carencia.

El periodo de carencia para esta cobertura es noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, desde la rehabilitación de la póliza o desde el último aumento de Plan de Seguro. En este último caso, este plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.

Una vez recibida esta indemnización por alguna de estas enfermedades, se excluirá de forma inmediata la presente cobertura del contrato de seguros, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno.

6.9. Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad Grave

En el caso de cese del empleo del Asegurado a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente por Accidente o por alguna de las enfermedades indicadas en la cobertura de Enfermedades Graves, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante el Capital Asegurado correspondiente a esta cobertura conforme a las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de cese por una invalidez total y permanente por accidente es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que el cese se produzca dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de ocurrida la invalidez.

Una vez recibida esta indemnización, el contrato de seguros quedará automáticamente resuelto, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

6.10. Deuda con el Empleador

En el caso de que el Asegurado tenga un préstamo con su empleador y la deuda originada se mantuviera al momento de su fallecimiento natural o accidental o de la Invalidez Total y Permanente por Accidente, la Compañía Aseguradora indemnizará al Empleador con el monto correspondiente al saldo de la deuda a la fecha del fallecimiento o de ocurrencia del accidente que ocasionó la Invalidez Total y Permanente, considerando como límite máximo el Capital Asegurado para esta cobertura. La presente cobertura surtirá efecto, siempre y cuando la deuda se hubiere contratado con anterioridad al fallecimiento natural o accidental y/o invalidez que cause el siniestro y el empleador cumpla con presentar certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del contrato de préstamo correspondiente y cualquier otro documento que pruebe el otorgamiento del préstamo. Si el saldo de la deuda fuese menor al Capital Asegurado, la Compañía Aseguradora sólo pagará el monto correspondiente al saldo de la deuda.

¿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 y/o intento de suicidio. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado al (los) Beneficiario(s), si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de vigencia inicial del seguro o de la última Rehabilitación de la póliza o del último aumento de Capital Asegurado, según el caso. En este último caso, este plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
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, sea como autor o participe en el acto delictivo, bajo cualquier forma o modalidad.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, Insurrección, sublevación, rebellón, 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.



Juan
seguros@sura.pe

Canaví y Moreyra 532 - piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center: 222-7777 / Provincias: 0800-11117

5. Uso de drogas o estupefacientes.
6. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
7. Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:
 - La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico colegiado; y,
 - No se encuentra resuelta al momento previo a la presentación de la declaración de salud.
8. Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
9. Práctica de deportes riesgosos, considerándose como tales deportes que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas y, que dichos deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino meramente enunciativa, se consideran como deportes riesgosos, practica de artes marciales que impliquen pleno contacto, el buceo o inmersión submarina, montañismo o escalada, alas delta, paracaidismo, carreras de caballos, de automóviles, de motocicletas y de lanchas, parapente, motonáutica, aviación deportiva, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping (Puenting) o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, boxeo, rodeo, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill.
10. Práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso. Se consideran profesiones u oficios de riesgo aquellas en que entre otras cosas demande: levantar o mover mercancías de gran peso, realizar trabajos bajo tierra o a gran altura, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, trabajar con o cerca de materiales explosivos, realizar trabajos con alto voltaje, portar armas, utilizar aviones privados o vuelos no regulares, etc.
11. 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/lit. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional.
12. 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.
13. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada, Policía Nacional u otra institución similar, así como personal de seguridad.

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 contrato de seguro?

La póliza puede quedar resuelta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Se extingue por falta de pago de la prima del seguro. (Ver Artículo 12° de las Condiciones Generales).
- Cuando la cantidad de trabajadores asegurados dentro de un mismo Empleador sea menor a 10 personas. En esos casos la Compañía Aseguradora podrá ejercer su derecho a resolver la póliza comunicándolo al Empleador y a los Asegurados con 30 días de anticipación (Ver Artículo 17° de las Condiciones Generales).



SEGUROS



- Por cese en el empleo: El Contratante deberá solicitar la continuidad del seguro luego del cese de empleo en un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de cese laboral, de lo contrario, el Asegurado pierde automáticamente el derecho al seguro (Ver Artículo 18° de las Condiciones Generales).
- Por superar la edad máxima de permanencia de 65 años.
- Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante. Para ello el Contratante debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración jurada del Asegurado", la cual será proporcionada por ésta, y deberá estar acompañada del DNI. La resolución de la póliza será efectiva en treinta (30) días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este periodo el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar (Ver artículo 16° de las Condiciones Generales).

Las causales de resolución están detalladas en el artículo 16° del Condicionado General.

¿Si deseo solicitar la resolución del seguro?

El Contratante puede solicitar la resolución del seguro sin expresión de causa, para lo cual debe presentar a la Compañía Aseguradora una solicitud de resolución numerada denominada "Declaración jurada del Asegurado" 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 treinta (30) días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este periodo el Contratante continuará pagando la prima y por lo tanto gozará de la cobertura. No se aplicarán penalidades ni cobros de naturaleza similar. (Ver Artículo 16 ° de las Condiciones Generales).

Modificación del Contrato

En caso la Compañía Aseguradora decida renovar la Póliza en condiciones distintas a las pactadas originalmente, deberá comunicarlo al Contratante, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia mensual de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía.

En el supuesto en que la referida propuesta de modificación remitida por la Compañía sea rechazada por el Contratante, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente; es decir, cuando se haya completado el periodo correspondiente de 30 días de duración del producto, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

Sin perjuicio de lo expuesto, 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 presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía Aseguradora respetará los términos pactados originalmente.

Procedimiento y lugar para presentar un reclamo

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios podrán presentar un reclamo mediante carta, correo electrónico o completando el "Formato de Reclamos Escritos" que podrá solicitar en nuestra área de Servicio al Cliente. El reclamo será respondido en treinta (30) días calendario, prorrogables de ser el caso.

Este procedimiento puede realizarse a través de los siguientes canales:
(Se completará al momento de la comercialización)

Juan
seguros SURA

Caravel y Mejreya 530 piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center: 222-7777 / Provincias: 0800-11117

www.segurossura.pe

SEGUROS



Instancias para presentar reclamos y/o denuncias:

- INDECOPI (www.indecopi.gob.pe)
- Defensoria del Asegurado (www.defaseg.com.pe)

Para solicitar orientación: Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (teléfono gratuito 0-800-10840).

