

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL CORPORATIVO  
(SIC TRANQUILIDAD Y AHORRO FAMILIAR)  
(Registro SBS N° VI2057120067)**

**RESUMEN DE PÓLIZA**

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

**Datos de la empresa Aseguradora:**

Atención al cliente			
Seguros  SURA	Oficina Principal Av. Canaval y Moreyra 532, 1er piso, San Isidro	Línea de servicio al cliente: 222 7777 0800-111117 (línea gratuita)	Horario de Atención: Lima y Provincias De lunes a viernes de 06:00 am a 06:00 pm.
	Provincias: Arequibo: Av. Ejército 107-B - Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced	Correo electrónico: <a href="mailto:servicioalcliente.seguros@sura.pe">servicioalcliente.seguros@sura.pe</a>	

**Límite de edad para ser Asegurado**

Edad mínima de ingreso	:	16 años.
Edad máxima de ingreso	:	60 años.
Edad máxima de permanencia	:	72 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 o afiliando una tarjeta de crédito o a través de cualquier otra modalidad de pago acordada con la Compañía para el pago de la prima mensual.

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 10° 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 calendarios 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 Contratante y/o Beneficiarios deberán presentar en original o mediante certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos, según corresponda:

**a) Muerte Natural**

- Certificado de Defunción.
- Partida de Defunción o Acta de Defunción.
- Copia Simple de Documento de Identidad (en caso de contar con éste).
- Copia de la Historia Clínica Foleada y Fedateada.
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado los beneficiarios en la póliza.



**b) Muerte Accidental**

- Protocolo de necropsia completo, en caso corresponda.
- Partida de Defunción o Acta de Defunción.
- Atestado Policial completo en caso de corresponder.
- Dosaje Etílico y/o estudio Químico Toxicólogo (en caso corresponda).
- Copia simple de Documento de Identidad (en caso de contar con éste).
- Testamento o Sucesión Intestada, cuando no se haya declarado los beneficiarios en la póliza.

**c) Sobrevivencia**

En caso el asegurado sobreviva al periodo pactado en las condiciones particulares, y siempre que cumpla con los términos y condiciones de cobertura, el contratante deberá presentar la solicitud de cobertura adjuntando certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Documento Nacional de Identidad del Asegurado

Una vez recibidos todos los documentos e información completa y necesaria 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. 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, en particular lo establecido en el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros y la Ley del Contrato de Seguro (Para mayor detalle revisar el Artículo 15 ° de las Condiciones Generales de la póliza).

**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:

En los términos de la presente póliza, los Beneficiarios designados por el Asegurado, recibirán al fallecimiento de éste, por causa natural o accidental, el monto correspondiente al Capital Asegurado de esta cobertura conforme al Plan de Seguro indicado en las Condiciones Particulares. En caso de muerte accidental, es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que la muerte 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 siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado sobrevive al final de la vigencia del duodécimo (12do.) año de la póliza, es decir al final del mes ciento cuarenta y cuatro (144) de vigencia, la Compañía Aseguradora le entregará al Contratante un monto equivalente al 125% o 150%, (según plan elegido) del total de las primas pagadas durante el periodo de vigencia de la póliza, previa deducción de cualquier deuda que el Contratante tuviese con respecto a esta póliza produciéndose en este caso, la terminación del Contrato de Seguros. En caso que el Asegurado fuese una persona natural distinta al Contratante, la devolución de las primas se hará a este último.

La cobertura se inicia con la aceptación expresa de la solicitud del seguro y el pago de la prima en la forma convenida.

**a) Retorno del 125% (en dólares americanos)**

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Rangos Edades/ Suma Asegurada	10,000	15,000	20,000	25,000
18 – 33	8.00	12.00	16.00	20.00
34 – 43	10.50	15.50	20.50	26.00
44 – 52	19.50	29.50	39.50	49.00



53 – 60	38.00	57.00	76.00	95.00
RETORNO	125%	125%	125%	125%

b) Retorno del 150% (en dólares americanos)

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Rango Edades/ Suma Asegurada	10,000	15,000	20,000	25,000
18 – 33	9.50	13.50	18.50	23.00
34 – 43	12.00	18.00	24.00	30.00
44 – 52	22.50	33.50	44.50	55.50
53 – 60	42.50	63.50	84.50	106.00
RETORNO	150%	150%	150%	150%

El Contratante podrá retirar anticipadamente (Rescate) un porcentaje de las primas pagadas, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente a dicha fecha y dependiendo del tiempo de permanencia del seguro, es decir, el Contratante podrá solicitar a la Compañía Aseguradora el importe de las primas pagadas, (según porcentajes definidos en tabla) recién a partir del veinticinco (25), siempre y cuando hayan sido totalmente pagadas las primas hasta el mes veinticuatro (24).

Tabla de Porcentajes de Devolución de Primas:

Devolución Año	Porcentaje
2-4	1%
5 – 6	30%
7 – 9	60%
10 – 12	80%
Fin del Año 12*	125% / 150%

\* Según Plan elegido

La liquidación del Rescate dará por concluida la vigencia de la póliza.

¿Cuáles son las Exclusiones del seguro?

Este seguro no cubre, el riesgo de muerte natural o accidental del Asegurado si fuere causado por:

- 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.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- Suicidio y/o intento de suicidio. 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 o desde el cambio de plan. En este último caso, el plazo se considerará sólo para el pago del incremento del Capital Asegurado.
- La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, invasión, motín, 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.
- Acto delictivo cometido por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- Guerra o actos u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra nacional o internacional, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.



- h) El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de alguna Fuerza Armada o Policía Nacional u otra institución similar.
- i) El beneficiario que sea autor o cómplice de un acto delictivo que diera como resultado la muerte del asegurado pierde los derechos como beneficiario, pero se mantiene el derecho de los demás beneficiarios.

Adicionalmente por muerte accidental, se excluye lo siguiente:

- a) Actividades o deportes riesgosos, como: bombero, conductor o acompañante en carreras de bicicletas, automóviles, motocicletas, lanchas a motor, avionetas, boxeo, andinismo, escalada y caminatas de alta montaña, ala delta, parapente, sky, caza submarina.
- b) Uso de drogas, alcohol o estupefacientes.
- c) Los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado 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.
- d) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de transporte aéreo comercial.
- e) Los denominados "Accidentes Médicos": apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos; así como enfermedades psíquicas o mentales.

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:

- Por falta de pago de la prima del seguro: (Ver Artículos 10° y 11° 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 14° de las Condiciones Generales).
- 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 seguro se extinguirá automáticamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, librándose la Compañía Aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza (Ver Artículo 16° de las Condiciones Generales).
- La edad máxima de permanencia es de 72 años cumplidos.
- 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 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 14° de las Condiciones Generales).

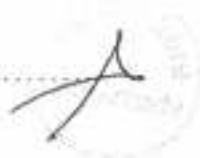
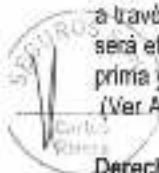
Las demás causales de resolución podrán encontrarse en el artículo 14° del Condicionado General.

**¿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 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 14° de las Condiciones Generales).

**Derecho de Arrepentimiento**

En el caso que los seguros fueran ofertados por los Comercializadores en caso la norma lo permita, el Contratante podrá resolver el seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna, con la correspondiente devolución total de la prima que hubiere sido pagada, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional en caso corresponda. Para tal fin,



el Contratante deberá remitir una comunicación escrita a la Compañía Aseguradora o a través de los mismos mecanismos empleados para la contratación del seguro, indicando su intención de resolver la Póliza de seguro.

### 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 calendario de anticipación al vencimiento de la vigencia mensual de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendario 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.

### 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 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)

### Instancias para presentar reclamos y/o denuncias:

- INDECOPI ([www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe))
- Defensoría del Asegurado ([www.defaseg.com.pe](http://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)



**SEGUROS**

**SOLICITUD DE SEGURO - SIC TRANQUILIDAD Y AHORRO FAMILIAR**

Solicitud: **Nº 000000** | Fecha de Solicitud: | Fecha de Inicio Vigencia:

El presente documento carece de validez en caso de presentar borrones, tachaduras, enmendaduras o ilegibilidad. Favor llenar con letra imprenta.

**DATOS DE LA PÓLIZA**

**1. EMPLEADOR**

RUC Empleador: | Razón Social del Empleador: | Giro del Negocio:

**2. CONTRATANTE (TRABAJADOR)**

Nombre del Trabajador (Apellido paterno, materno, nombres): | DNI/CE:

Dirección del Trabajador (Av., Calle, Jr., N°, Dpto., Urb.): | Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):

Distrito: | Provincia: | Departamento:

Teléfono Domicilio: | Teléfono Laboral: | Celular:

Correo Electrónico 01: | Correo Electrónico 02: | Código Empleado: | CAS:

**2.1 REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR**

Apellido y Nombres: | Cargo:

Dirección de la Empresa (Av., Calle, Jr., N°, Dpto., Urb.)

Distrito: | Provincia: | Departamento: | Teléfono Laboral:

**3. ASEGURADO TITULAR – SEGURO DE VIDA**

Nombre (Apellido paterno, materno, nombres): | Fecha de Nac.: | DNI / CE:

Sexo: F  M  | Estado Civil: Soltero  Casado  Otro: \_\_\_\_\_ | Edad: | Relac. Contratante:

**4. DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO**

4.1 Estatura: \_\_\_\_\_ mt. | 4.2 Peso Actual: \_\_\_\_\_ kg. | 4.3 ¿Fumas o has fumado en los últimos 12 meses? Sí  No  Indicar consumo diario: \_\_\_\_\_ unidad(es)

4.4 ¿Realiza Ud. alguna actividad de riesgo? Sí  No  ¿Cuál?

4.5 ¿Practica Ud. algún deporte riesgoso considerándose como tal los 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



# SEGUROS



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

Sí  No  ¿Cuál?

4.6 ¿Padece Ud. Alguna enfermedad o dolencia actualmente? Sí  No

4.7 ¿Le han recomendado, sometido o diagnosticado algún tratamiento Quirúrgico u hospitalización médica? Sí  No

4.8 ¿Le han diagnosticado algún tumor, quiste o cáncer? Sí  No

4.9 ¿Sus padres fueron diagnosticados médicamente, o presentan alguna enfermedad? Sí  No

4.10 ¿Tiene Ud. diagnóstico médico de alguna enfermedad o lesión no mencionada en este cuestionario, o se encuentra actualmente en estudio? Sí  No

En caso de responder Sí a cualquiera de las preguntas arriba indicadas, agradeceremos la(s) especifique:

N°	Diagnóstico / Causa	Mes / Año	Tratamiento Actual	Fecha de último episodio	Médico Tratante / Centro Médico
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Declaro conocer que la información brindada en la presente solicitud es un elemento integrante del Contrato de Seguro y que la reticencia y/o declaración inexacta de la información brindada en la presente solicitud generará la nulidad del Contrato de Seguro, si media dolo o culpa inexcusable; lo que obliga a declarar con total veracidad y buena fe. Asimismo, declaro conocer que no se pagará la indemnización del Contrato de Seguro si el siniestro se produce como consecuencia de una enfermedad preexistente, actividad, deporte o cualquier circunstancia no especificada en la Solicitud.

## 5. PLAN DE SEGURO

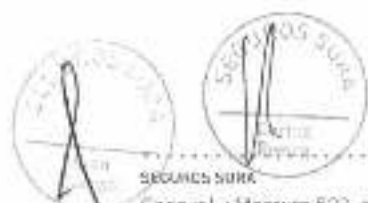
Paquete \_\_\_\_\_ Plan Cobertura Seguro de Vida  
 Plan \_\_\_\_\_ Titular + \_\_\_\_\_ Dependiente Prima Total S/.

## 6. FORMA DE PAGO

Descuento por Planilla (\*)  (\*\*) Cargo en Tarjeta de Crédito / Débito

(\*) Debe firmar la autorización de descuento en planilla

(\*\*) Debe llenar el formato de autorización de pago en Tarjeta de Crédito / Débito



**7. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO TITULAR**

Beneficiarios Principales (Apellido paterno, materno, nombres)	Parentesco	Participación (%)

**7.1 BENEFICIARIOS CONTINGENTES DEL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO TITULAR**

Beneficiarios Contingentes (Apellido paterno, materno, nombres)	Parentesco

**8. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO ADICIONAL**

Los beneficiarios establecidos para el Asegurado Adicional serán sus respectivos herederos legales. En caso el Asegurado Adicional desee designar sus propios beneficiarios, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía Aseguradora para la emisión del endoso respectivo.

**9. PROMOTOR DE SEGUROS O INTERMEDIARIO**

Código promotor de seguros	Nombre Promotor de seguros	Supervisor
Código Intermediario	Nombre Intermediario	Supervisor

Te informamos que el pago de la prima deberá realizarse a través del descuento por planilla o cargo en tu Tarjeta de Crédito. Por tanto, no deberás realizar ningún pago por otro canal que no sea el mencionado anteriormente ni tampoco realizar pagos directos a tu asesor de seguros, pues carecerá de todo valor para la eficacia de la cobertura.

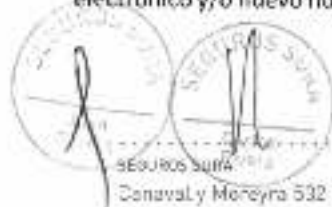
La renovación que se realice sin la modificación de condiciones del presente contrato no requerirá la emisión de una nueva Póliza. En caso la Compañía Aseguradora decida renovar la Póliza en condiciones distintas a las pactadas originalmente, deberá comunicarlo al Contratante, con por lo menos cuarenta 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.

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía Aseguradora y el Contratante y/o el Asegurado y/o (los) Beneficiario(s) con motivo de esta póliza la efectuarán por escrito, debiendo dirigirlas a sus domicilios, a través de cualquier medio que acredite fehacientemente la recepción por el destinatario o a las direcciones de correo electrónico de su titularidad que han sido consignadas por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud del Seguro o mediante cualquier comunicación telefónica sostenida con el Contratante y/o Asegurado y/o mensaje tipo SMS o similar a los teléfonos que han sido indicados por el Contratante y/o Asegurado en la Solicitud del Seguro. Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas en el domicilio registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Para el caso de las comunicaciones remitidas vía correo electrónico, se confirmarán y surtirán efecto desde del momento en que éstas hayan sido recibidas en el servidor de los correos electrónicos declarados en la Solicitud del Seguro. Para el caso de las comunicaciones por vía telefónica surtirán efectos desde que han sido realizadas y sostenidas con el Contratante y/o Asegurado.

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).

Declaro bajo juramento la exactitud y sinceridad de la información y demás declaraciones respecto a mi salud o de mis familiares de ser el caso, consignados de mi puño y letra en el presente documento, y me doy por enterado(a) que todos estos elementos son factores necesarios para la apreciación del riesgo por parte de Seguros SURA y cualquier reticencia o declaración inexacta con dolo o culpa inexcusable de mi parte implicarán la nulidad del contrato. Por lo tanto, sé que Seguros SURA podrá rechazar la cobertura del seguro si luego del siniestro se comprobará la falsedad u omisión de información en lo arriba declarado.

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. Del mismo modo, en caso el Asegurado sea uno de mis familiares, me comprometo a proporcionar toda la información médica que sea solicitada por la Compañía de Aseguradora.

Firma de la Compañía

Firma Promotor de seguros o Intermediario

Firma Asegurado Titular

Gerente de Operaciones

Firma del Contratante (Trabajador)

Seguros SURA contará con quince (15) días posteriores a la firma de la presente solicitud de seguro, para comunicar al contratante el rechazo de la misma.

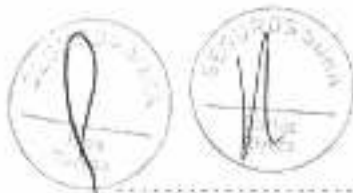
Con la firma de la presente Solicitud de Seguro, declaro en señal de conformidad haber recibido:

Condiciones Generales y Resumen del Seguro de vida Bienestar Familiar con Coberturas Adicionales

Firma Asegurado Titular:

Firma del Contratante (Trabajador):

Si tuvieras alguna duda o consulta adicional, ponemos a tu disposición nuestro Contact Center: 222 – 7777 en Lima y 0800-11117 en provincias, nuestro correo electrónico [servicioalcliente.seguros@sura.pe](mailto:servicioalcliente.seguros@sura.pe), nuestra página web: [www.segurossura.pe](http://www.segurossura.pe) y nuestros Centros de Atención al Cliente a nivel nacional.



**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}

(\*) 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, con la firma de este documento, usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que su información (datos personales, productos y tenencias) pueda ser utilizada por SEGUROS SURA. Asimismo, usted autoriza a que SEGUROS SURA pueda compartir con el resto de empresas que conforman el Grupo SURA en el Perú, así como transferir a terceros, la información antes aludida para los fines comerciales relacionados al rubro de sus actividades de negocio, la misma que podrá presentarse y/o recopilarse en forma consolidada por alguna, todas o una tercera entidad. Asimismo, usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de los datos proporcionados en cualquier momento. Para conocer nuestra Política de Privacidad integral, sírvase acceder al siguiente enlace Políticas de Privacidad que se encuentra en nuestra página Web ([www.sura.pe](http://www.sura.pe)).

