



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

**FECHA DE TÉRMINO:** De acuerdo a lo estipulado en las condiciones de la póliza.

El Asegurado puede observar la Solicitud-Certificado, solicitando por escrito su rectificación, dentro de los treinta (30) días calendarios 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. El Asegurado deberá firmar y devolver una copia de esta póliza en señal de conformidad según lo dispone el artículo 341° de la Ley 26702.

El cliente del XXXXXXXXXX que haya completado y firmado la presente Solicitud-Certificado en señal de aceptación de las condiciones de la póliza N° XXXXXX tendrá cobertura desde dicho momento..

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.

**RIESGOS CUBIERTOS - COBERTURAS BÁSICAS: SEGÚN CONDICIONES PARTICULARES**

**TÉRMINOS Y CONDICIONES**

La presente Solicitud- certificado se encuentra sujeto a los Términos y Condiciones Generales y Particulares establecidos en la póliza N° XXXXXX.

**TABLA DE RESUMEN Y COBERTURAS, MONTO DE LOS BENEFICIOS Y PRIMAS**

Coberturas	Plan A	Plan B	Plan C
Muerte Accidental	US\$ XXXXXXXX	US\$ XXXXXXXX	US\$ XXXXXXXX
Prima Comercial	US\$ 0.00	US\$ 0.00	US\$ 0.00
Prima Comercial + IGV			

**EXCLUSIONES**

No pueden ser ni seguir aseguradas, las personas afectadas de incapacidad física grave, tal como ceguera, sordera, parálisis, accidente cerebro vascular u otras incapacidades físicas que agraven el riesgo notoriamente. En caso de producirse alguna de estas situaciones durante la vigencia del seguro, se suspenderán automáticamente los efectos del seguro.

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte del Asegurado se debe directa o indirectamente a:

- Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos por la presente póliza.
- Los denominados Accidentes Médicos, entendidos como aquel evento imprevisible, derivado de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o a un tratamiento médico, tales como: Infartos del miocardio, accidente cerebro vascular, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra El Asegurado.
- 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.
- Lesiones que El Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase en actos de Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- 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.
- Lesiones causadas por el Asegurado por la intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, hostilidades u operaciones bélicas, 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. En caso no se emita sentencia, el análisis de realizará en función del atestado policial y de ser el caso, cualquier otro documento que esclarezca los hechos.

Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la ignición de dicho combustible.

- Los accidentes que se produzcan en la realización o práctica de actividades, profesión u oficio claramente peligrosos, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, actividades para las 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, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades 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 actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o



líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

- Los accidentes que se produzcan en la práctica de deportes riesgosos, considerándose como tal 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 que 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.
- Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, así como las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- Actos infractorios de leyes o reglamentos o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.
- A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o toxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.
- Los accidentes que se produzcan en la práctica de deportes riesgosos, considerándose como tal 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 que 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.
- Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, así como las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- Actos infractorios de leyes o reglamentos o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.

**ASEGURADOS**

Son asegurados de esta Póliza los clientes del XXXXXXXXXX, personas naturales, que opten por tomar el seguro y que mantengan una o más cuentas de ahorro y/o cuentas corrientes y/o tarjetas de crédito en moneda nacional o extranjera.

**EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE INGRESO Y DE PERMANENCIA**

La Edad Mínima de ingreso es desde los dieciocho (18) años y la Edad Máxima es hasta los setenta y cinco (75) años de edad. La cobertura cesara al vencimiento de la anualidad en la que el asegurado haya cumplido el indicado limite de edad.

**PAGO DE PRIMA**

La fecha de pago de la prima será los días XX y XXX de cada mes, fecha en el cual se cargará el monto de la prima del plan elegido en la cuenta indicada, por el titular, en la solicitud. A partir de la fecha de suscripción de la solicitud se realizaran cargas recurrentes.

Todos los clientes cuentan con cobertura provisional desde la fecha de entrega de la solicitud al funcionario de la agencia del banco, hasta la generación del cargo en cuenta o tarjeta de crédito.

**COBERTURAS.**

De acuerdo a la Tabla Resumen de Coberturas, Beneficios y Primas, según el plan contratado.

**1. Muerte Accidental**

**Definición:**

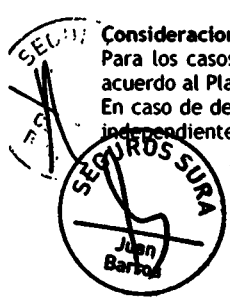
Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causados por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **NO se consideran los hechos que sean consecuencia de los denominados Accidentes Médicos tales como; infartos del miocardio, (Accidente Cerebro Vascular -ACV), congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales (y del comportamiento), desvanecimientos o sonambulismos que sufra el asegurado.**

**Consideraciones Adicionales**

Para los casos de cuentas mancomunadas se indemnizará al Titular del Seguro y/o a los beneficiarios detallados en la solicitud, de acuerdo al Plan elegido y a los límites contratados.

En caso de debitarse más de un seguro a través de una misma cuenta mancomunada, habiéndose suscrito más de una Póliza de forma independiente, se indemnizará a cada uno de los titulares y/o a sus beneficiarios independientemente.

(0101529.DOCK:1)



**Aviso de Siniestro y Presentación de Documentos**

Una vez ocurrida la muerte del Asegurado, el Beneficiario comunicará por escrito el siniestro a la Compañía Aseguradora, dentro del plazo de siete (7) días calendarios, 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 Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de culpa inexcusable, no se perderá el derecho a la indemnización 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 Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, esta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

**Muerte Accidental**

Presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o copia certificada):

- Una declaración escrita que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancia en que éste ocurrió.
- Un certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables. Todo accidente grave debe ser certificado por la autoridad competente.
- Copia de la Historia Clínica Completa foliada y fedateada del Establecimiento de Salud donde el asegurado fue atendido en el momento del accidente. El seguro no obliga a la Compañía Aseguradora si no se dejare libre acceso a los médicos u otros funcionarios autorizados por la Compañía Aseguradora, al lugar donde se encuentre el Asegurado, salvo que dicho impedimento provenga de una orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones.
- Dosaje Etilico y/o Estudio Químico Toxicológico en caso de corresponder.
- Atestado o parte policial completo, en caso corresponda.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de exigir -dentro del plazo previsto para la solicitud de información adicional- la necropsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso, si fueren imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La necropsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de la Compañía Aseguradora, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los sucesores o beneficiarios.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro (pudiendo solicitar declaraciones de testigos) dentro de los primeros 20 días del plazo de 30 días con el que cuenta la Compañía Aseguradora para aceptar o rechazar el siniestro, suspendiéndose el plazo que tiene la Compañía Aseguradora para proceder a pagar el siniestro hasta que se entregue la nueva documentación requerida, conforme a lo establecido en la legislación de seguros vigente. Todo documento deberá ser presentado en original. De requerir copia simple o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), será indicado por la Compañía Aseguradora. Sin perjuicio de que es obligación del Beneficiario presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Contratante y/o el Beneficiario 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.

El Beneficiario pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente o emplea medios falsos para probar el siniestro.

**Beneficiarios**

Según la relación detallada por el asegurado en la presente Solicitud-Certificado, la cual mantendrá el Comercializador en sus archivos. Si no se especifican Beneficiarios se indemnizará a los herederos legales. El asegurado podrá cambiar a sus Beneficiarios cuando lo crea conveniente mediante una comunicación escrita al Comercializador o a la Compañía Aseguradora.

**Causales de Extinción de Contrato**

La Solicitud- Certificado se extinguirá en el caso que el asegurado no cumpla con el pago de prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, siempre que la Compañía Aseguradora no haya reclamado el pago por la vía judicial.

**Área Encargada de Atender Reclamos de los Usuarios**

Para tramitar reclamos, podrá acercarse a nuestras oficinas ubicadas en Av. Canaval y Moreyra N° 522 Piso 9 - San Isidro, Departamento de Atención al Cliente, teléfono 222-2222 anexos 810 y 811.

**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, 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.

Ubicación de sus oficinas: Arias Aragües 146 - Miraflores, Telefax 446-9158

Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Correo electrónico: [info@defaseg.com.pe](mailto:info@defaseg.com.pe)

El Asegurado tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de Grupo o Colectivo a la Compañía Aseguradora, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el Asegurado.

**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.

(0101529.DOCX:1)



**SEGUROS**



**Derecho de Arrepentimiento**

Si la Póliza no es contratada directamente a la Compañía Aseguradora o con la intervención de un corredor de seguros, el Asegurado podrá resolver la misma sin expresión de causa ni penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Solicitud-Certificado, con la correspondiente devolución total de la prima que hubiere sido pagada. Para tal fin, el Asegurado podrá ejercer el presente derecho, remitiendo una comunicación empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados en la celebración del presente contrato, indicando su intención de resolver la Solicitud-Certificado.

¿Actualmente cuenta con otra póliza de seguros con las mismas coberturas con las que cuenta este seguro? Si  No    
De ser afirmativa la respuesta, precise el seguro contratado y el periodo de vigencia del mismo:

Seguro A: \_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_  
Seguro B: \_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_

Deseo afiliarme al Seguro de Accidentes Personales, según las instrucciones indicadas líneas abajo, y declaro conocer los términos y condiciones del seguro de acuerdo a la Póliza N° XXXXXXX que obra en poder del Contratante, a lo indicado en la Solicitud - Certificado y en [www.segurossura.pe](http://www.segurossura.pe).

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular o Titulares

Nombre: \_\_\_\_\_

Nro. DOI: \_\_\_\_\_  
DOI (documento oficial de identidad)

\_\_\_\_\_  
XXXXXXXXXX  
Gerente de Operaciones

