

SEGUROS

SOLICITUD - CERTIFICADO MICROSEGURO DESGRAVAMEN PRISMA

CÓDIGO DE REGISTRO EN LA SBS N° VI2057400075

Adecuado al Reglamento de Pólizas de Microseguros Resolución SBS N° 2829-2016

N°:

Fecha de inicio de vigencia XX / XX / XXXX

Contratante-Beneficiario:

Dirección:

Teléfono:

RUC:

Póliza No:

**1. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellidos y Nombres:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

Ocupación/Profesión/Oficio:

Cargo:

Sector: Público Privado

Deportes practicados:

2. DATOS DEL CÓNYUGE (Coasegurado en caso de créditos mancomunados)

Apellidos y Nombres:

Dirección:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

DNI:

Ocupación/Profesión/Oficio:

Cargo:

Sector: Público Privado

Deportes practicados:

DESGRAVAMEN

Importe del Préstamo:

Plazo:

Objeto del Préstamo (Producto):

Moneda:

 S/. US\$**3. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

SEGUROS SURA

Teléfono:
222-7777

RUC:

20463627488

Dirección:

Av. Canaval y Moreyra N° 522, Piso 10 San Isidro

Correo Electrónico:

servicioalcliente.seguros@sura.pe

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	Comisión del comercializador	PRIMA TOTAL MENSUAL
Muerte Natural	XXX	XXX	XXX
Muerte Accidental	XXX		
Invalidez Total y Permanente por Accidente	XXX		
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	XXX		

La Compañía de Seguros entregará el certificado de seguro al contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber presentado las respectivas solicitudes de seguros, si no media rechazo previo de la solicitud.

Las comunicaciones cursadas por el asegurado al(Comercializador), por asuntos relacionados a la presente póliza, tienen el mismo efecto que si hubiesen sido dirigidas a Seguros Sura, así como los pagos efectuados al(Comercializador). se consideran abonados a Seguros Sura.

Importante: La reticencia y/o declaración inexacta en este formato, mediante dolo o culpa inexcusable, será causa de nulidad del seguro de vida, lo que operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado. Asimismo, este documento no tendrá validez oficial si presenta alteraciones, tachaduras o enmendaduras.

Fecha de emisión:

Firma del Funcionario:

Firma del Solicitante:

MICROSEGURO DESGRAVAMEN PRISMA

INICIO Y VIGENCIA DEL SEGURO

La cobertura se inicia con la entrega y firma de esta Solicitud al Contratante.

La vigencia del Seguro es mensual y se renovará automáticamente siempre que se cumplan las condiciones de pago de prima.

ASEGURADOS

Son asegurados de esta póliza las personas naturales que tengan saldos deudores derivados de préstamos otorgados por XXXXXXXX

COBERTURAS

La Compañía indemnizará con la Suma Asegurada los siniestros derivados de las coberturas detalladas a continuación de acuerdo a los términos y condiciones del contrato de seguro:

- Muerte Natural.
- Muerte Accidental.
- Invalidez Total y Permanente por Accidente.
- Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

SUMA ASEGURADA

Es el saldo insoluto del crédito existente al momento del Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

BENEFICIARIO

Para las coberturas se entenderá como beneficiario de la póliza al Contratante.

LIMITES DE EDAD

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 65 años y 364 días

Edad máxima de permanencia: 76 años cumplidos.

DEFINICIONES

Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado 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. En tal sentido, al no ser eventos causados por medios externos, de manera enunciativa más no limitativa, no se considerarán amparados por esta cobertura los denominados Accidentes Médicos, entendiéndose estos como los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a una intervención quirúrgica o tratamiento médico: Infartos de miocardio, apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis, ataques epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Invalidez total y permanente por accidente: Si el asegurado sufre un accidente que da lugar a su invalidez total y permanente, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por la póliza, La Aseguradora pagará la suma asegurada y siempre que corresponda a un grado de invalidez permanente total según lo siguiente:

La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el asegurado, por causa de accidente y que le produzca un menoscabo irreversible de al menos 66.66% de su capacidad de trabajo.

-Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.

-Pérdida total de la visión en los dos ojos.

-Pérdida completa de los brazos o de ambas manos.

-Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.

-Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna.

-Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie.

Por pérdida completa se entiende a la amputación o inhabilitación funcional y definitiva del órgano o miembro lesionado.

No se otorgará el beneficio en caso de invalidez accidental que no corresponda a los supuestos antes indicados.

Invalidez total y permanente por enfermedad: A efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado se encuentre en situación de Invalidez Total y Permanente si a consecuencia de una enfermedad presenta una pérdida o disminución de su fuerza física o intelectual igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo. Siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses. La compañía evaluará la condición del Asegurado, a fin de determinar el estado de invalidez total y permanente y la aplicación de la cobertura. Se define capacidad de trabajo como la capacidad del Asegurado para realizar los actos esenciales de cualquier ocupación para la cual esté razonablemente preparado de acuerdo con su educación, capacitación, o experiencia. Lo anterior será evaluado tomando en consideración la Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD, la COMAFP (Comisión médica de AFP) y COMEC (Comisión Médica de la Superintendencia).

EXCLUSIONES

Ninguna indemnización será pagadera bajo la presente Póliza, en caso de que el siniestro cubierto se produzca en las siguientes situaciones:

- a. Fallecimiento del Asegurado o del Coasegurado como consecuencia del Suicidio y/o intento de Suicidio, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpidamente por dos (2) años.
- b. Lesiones causadas por el Asegurado o Coasegurado voluntariamente a sí mismo
- c. Lesiones causadas intencionalmente al Asegurado o Coasegurado por terceros con su consentimiento (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio).
- d. Invalidez total y permanente como consecuencia de un intento de suicidio.
- e. El acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice por un beneficiario o quien pudiera reclamar el Capital Asegurado o la indemnización.
- f. 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 igual o 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.
- g. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio en actos de Guerra declarada o no declarada (conflicto

- armado), civil o internacional; asimismo, servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
- h. Lesiones causadas al Asegurado por su intervención, directa o indirecta, como autor o partícipe, de un acto delictivo, subversivo y/o terrorista, insurrección, rebelión, hostilidades u operaciones bélicas, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, guerra civil o internacional, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, actos de terrorismo o ataques que involucren el uso de armas o materias y sustancias atómicas, biológicas (p.ej. bacteriológicas) o químicas u otras formas de destrucción, en que el Asegurado participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos en que se establezca judicialmente o a través de indicios razonables que se ha tratado de legítima defensa.
- i. 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, cualquier evento o pérdida proveniente de una liberación súbita de energía atómica, radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no), fisión o fusión nuclear.
- j. Los accidentes que se produzcan en la realización o práctica de actividades, profesión u oficio claramente peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el Asegurado ni mencionados por el mismo en la solicitud respectiva, o aun cuando lo hubiera hecho; considerándose como tales aquellas actividades 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, 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. 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.
- k. 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. 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.
- l. El riesgo de aviación solo queda cubierto cuando el asegurado viaje como pasajero en transporte aéreo de servicio público, sobre una ruta establecida y autorizada para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario fijo entre aeropuertos debidamente establecidos.
- m. Enfermedades preexistentes; se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y por lo cual el Asegurado ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomo medicinas recetadas o recomendadas por un médico. La condición de preexistente existe si antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza:
- La enfermedad sea conocida por el asegurado, quien debe actuar bajo el principio de la máxima buena fe; y
 - La enfermedad es diagnosticada por un médico colegiado; y
 - Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro.
- n. VIH o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus derivados y complicaciones.

DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para hacerse acreedor a la indemnización establecida en la presente póliza, el Asegurado y/o los Beneficiarios y/o el Contratante deberá presentar la solicitud de cobertura en la oficina principal de la Compañía Aseguradora, incluyendo los siguientes documentos e información completa de acuerdo a las coberturas de la presente Póliza, según corresponda:

En caso de muerte natural:

- Partida o Acta de Defunción original o copia certificada.
- Copia del DNI del asegurado fallecido, en caso se cuente con dicho documento.

En caso de muerte accidental:

- Los documentos requeridos en caso de muerte natural.
- Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- Dosaje Etílico y/o Análisis Toxicológico, en caso corresponda.
- Atestado policial Completo o Carpeta fiscal completa, en caso corresponda.
- Certificado de médico legista, en caso corresponda.

En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente:

- Copia del DNI del Asegurado.
- Certificado del médico que prestó los primeros auxilios
- Atestado Policial completo o Carpeta Fiscal completa.
- Copia de la historia clínica foliada y fedateada.
- Resultado de Dosaje Etílico y de análisis toxicológico.
- Dictamen o Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD, Minsa, Comité Médico de las AFP (COMAFP), Comité Médico de la SBS (COMEC) o Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

En caso de invalidez total y permanente por enfermedad:

- Dictamen o Certificación médica de Invalidez Permanente Total emitida por ESSALUD, Minsa, Comité Médico de las AFP (COMAFP), Comité Médico de la SBS (COMEC) o Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para certificar el siniestro, 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 solicitante presentar la documentación e información prevista en la presente cláusula, el Solicitante autoriza y se obliga 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 recibida toda la documentación listada en este documento, la Compañía Aseguradora cuenta con veinte (20) días para efectuar el pago correspondiente caso contrario la pagará al Contratante 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 Beneficiario pierde derecho a ser indemnizado si se actúa fraudulentamente, se exageran los daños o se emplean medios falsos para probarlos.

FORMA DE PAGO: XXXXXXX

PERIODO DE GRACIA Y SUSPENSIÓN DE COBERTURA

Esta póliza cuenta con un período de gracia de 30 días para el pago de la prima, según el artículo 9° de las Condiciones Generales.

Si vencido el Periodo de Gracia, la prima se encontrase impaga, la Cobertura se suspenderá automáticamente.

RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Según lo indicado en los artículos 10° y 11° de las Condiciones Generales.

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS:

En caso de requerimientos y reclamos, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario pueden presentarlos a la Compañía Aseguradora a través de sus canales de contacto, siendo que los mismos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) y quince (15) días, respectivamente, desde su presentación. Las consultas se atenderán dentro del mismo plazo para los requerimientos. Asimismo, resulta aplicable lo dispuesto en la Circular de Servicio de Atención al Usuario N° G-184-2015 y sus normas modificatorias.

No obstante, en caso de solicitudes de cobertura y reclamos presentadas a través del comercializador, los plazos de atención establecidos no serán prorrogados.

Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza, tienen los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía Aseguradora, entendiéndose que esta última las recibió en la misma fecha.

A continuación, detallamos las direcciones de nuestras oficinas, teléfonos, correo electrónico y página web de contacto:

- Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er. Piso, San Isidro.
- Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara
- Piura: Calle Tacna 307
- Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced
- Teléfonos: 222-7777 / 0800-1-1117.
- Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe
- Página web: www.segurossura.pe (opción "Consultas y Reclamos").

En caso de persistencia del reclamo o queja, los asegurados o beneficiarios podrán optar por los mecanismos de solución de controversias (Indecopi, SBS u otros) que piensen adecuados para hacer prevalecer sus derechos, en caso de que consideren hayan sido ignorados. **Todas las comunicaciones, reclamos y pagos realizados XXXXXX XXXXXXXX para las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a Seguros SURA.**

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre La Compañía y El Asegurado y/o Beneficiario 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:

Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 - San Isidro, Lima.
 Telefax: 01-4210614. Web: www.defaseg.com.pe

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES: no aplican

REGISTRO DE PÓLIZAS

Cumplimos con informar que el presente producto forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o Muerte Accidental creado mediante la Ley 29355.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el Contratante y/o Asegurado quedan informados y dan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento de sus datos personales en el banco de datos de titularidad de la Compañía Aseguradora, ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima. Asimismo, dan su consentimiento para la transferencia nacional e internacional a otras empresas del grupo de la Compañía Aseguradora de los datos que sean proporcionados para el tratamiento de los mismos. A efectos de determinar a las otras empresas del grupo económico de la Compañía Aseguradora, se deberá tomar en cuenta los reglamentos emitidos por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

La Compañía Aseguradora utilizará los datos personales, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de Pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Compañía Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante y/o Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros. En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares como parte de la relación jurídica celebrada con la Compañía Aseguradora, el Contratante se obliga a informarles sobre dicha entrega y los alcances del aviso de privacidad.

El Contratante y el Asegurado autorizan que los referidos datos personales podrán ser transferidos, para los fines antes indicados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, entidades financieras o inmobiliarias, ya sea que pertenezcan o no al Grupo económico de la Compañía.

Los datos suministrados por el Contratante y/o el Asegurado son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Contratante y/o Aseguradora decidan no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la Compañía Aseguradora.

De acuerdo con la legislación vigente, el Contratante y/o el Asegurado están facultados a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.sura.pe/seguros, mediante el procedimiento que se indica en dicho sitio web.

IMPORTANTE:

Por razones de espacio, la presente Solicitud-Certificado Resumen las condiciones más importantes de la póliza de Desgravamen suscrita entre Seguros SURA y XXXXXXXXXXXX. En caso el Asegurado desee obtener una copia de la mencionada póliza podrá solicitarla al XXXXX XXXXXXXX o a Seguros SURA, la cual será proporcionada en un plazo máximo de 15 días.

Seguros SURA es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada, y de todos los errores u omisiones en que incurra la empresa del sistema financiero con motivo de la comercialización de los seguros.