

SEGURO BIENESTAR FAMILIAR

(Registro SBS xxxxxxxxx)
RESUMEN DE PÓLIZA

Seguros SURA, la Compañía Aseguradora, emite a usted, el Contratante, el siguiente Resumen del Seguro de Bienestar 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 0800-11117 (línea gratuita)	Horario de Atención: Lima y Provincias - De Lunes a Viernes de 09.00 am a 06.00 pm.
	Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B Yanahuara Piura: Calle Tacna 307 Trujillo: Av. Víctor Larco 535 Urb. La Merced	Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe	

Límite de edad para ser Asegurado

Edad mínima de ingreso	:	18 años.
Edad máxima de ingreso	:	59 años, 11 meses y 29 días.
Edad máxima de permanencia	:	65 años, 11 meses y 29 días.

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 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 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.



En caso el fallecimiento del Asegurado es causado por un accidente, deberá presentar adicionalmente 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.

b) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- Declaración escrita donde figuren los datos del Asegurado, fecha, hora lugar y circunstancias del accidente o enfermedad.
- Copia legalizada del documento de identidad del Asegurado, a falta de este documento, la partida de nacimiento legalizada.
- Informe del médico que prestó los primeros auxilios.
- Dictamen de Invalidez Total Permanente emitida por Essalud (Seguro Social 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 será de cargo de la Compañía Aseguradora la cual determinará en un plazo máximo de treinta (30) días, si se ha producido la invalidez de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

- c) Para la cobertura de Deuda con el Empleador, se deberá presentar adicionalmente 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.
- d) 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 b) y e) del presente artículo, certificación de reproducción notarial (copia legalizada) de la constancia emitida por el empleador y su liquidación de beneficios sociales.
- e) Para la cobertura de Enfermedades Graves, el Asegurado deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora todos los antecedentes médicos que ellos posean, dar la facilidad y 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. La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de 30 días, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas en la presente póliza.
- f) Para la cobertura de Estudios:
- Constancia de Estudios Vigente,
 - Documento de Identidad Nacional de los beneficiarios,
 - De ser el caso, poder del Tutor inscrito en Registros Públicos (máximo 6 meses de vigencia).

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 (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

SEGUROS SURA

Canaval y Morúa 537 - piso 1, San Isidro, Lima - Perú / Contact Center: 222-7777 / Provincias: 0800-11117

www.segurossura.pe



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:

Paquete 1

- a) Muerte Natural
- b) Muerte Accidental
- c) Renta mensual por muerte natural
- d) Renta mensual por muerte accidental
- e) Desamparo familiar súbito
- f) Invalidez total y permanente por accidente
- g) Enfermedad grave al diagnóstico
- h) Deuda con el empleador
- i) Desempleo por invalidez o enfermedad grave

Paquete 2

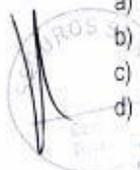
- a) Muerte Natural
- b) Muerte Accidental
- c) Renta mensual por muerte natural
- d) Renta mensual por muerte accidental
- e) Desamparo familiar súbito
- f) Invalidez total y permanente por accidente
- g) Enfermedad grave al diagnóstico
- h) Deuda con el empleador
- i) Desempleo por invalidez total y permanente por accidente o enfermedad grave
- j) Estudios
- k) Muerte por asalto
- l) Renta mensual por muerte por asalto
- m) Muerte accidental en transporte privado terrestre
- n) Muerte accidental en transporte público terrestre

Paquete 3

- a) Muerte Natural
- b) Muerte Accidental
- c) Renta mensual por muerte natural
- d) Renta mensual por muerte accidental
- e) Desamparo familiar súbito
- f) Invalidez total y permanente por accidente
- g) Enfermedad grave al diagnóstico
- h) Deuda con el empleador
- i) Desempleo por invalidez total y permanente por accidente o enfermedad grave
- j) Muerte Accidental en transporte privado terrestre
- k) Muerte Accidental en transporte público terrestre
- l) Oncológico indemnizatorio al diagnóstico.

Paquete 4

- a) Muerte Natural
- b) Muerte Accidental
- c) Renta mensual por muerte natural
- d) Renta mensual por muerte accidental



SEGUROS



- e) Desamparo familiar súbito
- f) Invalidez total y permanente por accidente
- g) Enfermedad grave al diagnóstico
- h) Deuda con el empleador
- i) Desempleo por invalidez total y permanente por accidente o enfermedad grave
- j) Estudios
- k) Muerte por asalto
- l) Renta Mensual por muerte por Asalto
- m) Muerte Accidental en transporte privado terrestre
- n) Muerte Accidental en transporte público terrestre
- o) Oncológico indemnizatorio al diagnóstico

Las coberturas son definidas por el Contratante, quién escoge el paquete a contratar, para mantener vigente el seguro el Contratante deberá mantener como mínimo el paquete 1. El periodo de carencia para la cobertura por Muerte Natural 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, según corresponda.

Para mayor detalle de las coberturas revisar las Condiciones Particulares de la Póliza y el Artículo 6° de las Condiciones Generales de la póliza.

¿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. Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
2. Su participación como autor o partícipe 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.
4. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, 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.
5. Enfermedad generada por el uso de drogas o estupefacientes o alcoholismo, SIDA.
6. Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza.
7. Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa.
8. Realización o práctica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo.
9. Práctica de deporte riesgoso, considerándose como tal deportes que constituyan una clara agravación del riesgo.
10. 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
11. 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.
12. El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo General de Bomberos y Equipos de Rescate, así como las funciones o actividades relacionadas con servicios de seguridad y vigilancia que requieran portar armas.

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 12° y 13° 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).



- 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).
- La edad máxima de permanencia es de 65 años, 11 meses y 29 días.
- 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 período 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 demás causales de resolución podrán encontrarse 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 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud. Durante este período 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).

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 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 período correspondiente; es decir, cuando se haya completado el período 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)
- Defensoría 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)





SOLICITUD DE SEGURO DE BIENESTAR FAMILIAR CON COBERTURAS ADICIONALES

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: <input type="checkbox"/>
------------------------	------------------------	------------------	-------------------------------

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:	Estado Civil:	Edad:	Relac. Contratante:
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro: _____		

4. DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

4.1 Estatura:	4.2 Peso Actual:	4.3 ¿Fumas o has fumado en los últimos 12 meses?
_____ mt.	_____ kg.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 de 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 impliquer 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?

Solicitud: N° 000000

- 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 Pago Contratante – Empleador
(*) 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.

Solicitud: N° 000000

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.

Solicitud: N° 000000

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, nuestra página web: 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)

(*)"Seguros Sura es una empresa que forma parte del grupo económico internacional Sura. En el Perú, en adición a Seguros Sura, forman parte del grupo Sura, AFP Integra, Fondos Sura, SAB Sura e Hipotecaria Sura (en adelante denominadas cualquiera de ellas y todas en conjunto, “Grupo Sura”).

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 al suscribir el presente documento usted acepta y autoriza de forma libre, previa, expresa e inequívoca que el Grupo Sura, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, pueda utilizar, transferir y/o compartir entre las mismas y, en general, tratar su información personal, incluyendo, de ser el caso, aquella de naturaleza sensible; la información de los productos y/o servicios que contrate con el Grupo Sura en el Perú, incluyendo los términos específicos de éstos; e información de sus tenencias en general. Dicha información podrá ser utilizada para brindarle una asesoría integral que le permita acceder, a través de portales web u otros medios electrónicos, a información

consolidada respecto de los productos y/o servicios que contrate con el Grupo Sura en el Perú. Asimismo, dicha información podrá ser utilizada para los fines comerciales relacionados a las actividades de negocio del Grupo Sura en el Perú (entre ellos, más no limitados a, envío de publicidad, comunicación de promociones y nuevas ofertas y estudios estadísticos).

Usted declara conocer, además, que para proveer los productos y/o servicios que contrate con el Grupo Sura en el Perú, el Grupo Sura puede requerir la colaboración de terceros para que tramiten o manejen su información, incluyendo la de carácter personal (entre ellos, más no limitados a, distribución de correspondencia, procesamiento de datos, mercadeo, prestación de asistencia al cliente o ejecución de análisis estadísticos). En este sentido, usted autoriza al Grupo Sura, e individualmente a cada una de las empresas que actualmente lo conforman o lo puedan conformar en el futuro, a transferir y dar tratamiento a la información necesaria para estos fines.

Le informamos que usted mantiene el derecho a solicitar la actualización, inclusión, rectificación y/o supresión de sus datos personales en cualquier momento.

Al suscribir este documento, usted manifiesta que se adhiere a nuestra Política de Privacidad integral, la cual ha sido revisada de manera previa y se encuentra disponible en nuestra página web www.sura.pe.