

**SEGUROS**

SEGURO DE DESGRAVAMEN HIPOTECARIO - SOLICITUD - CERTIFICADO  
 Adecuado a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias



N°: 0000

Contratante/Beneficiario:	Dirección:	Teléfono:	RUC:	Póliza No: 0000
---------------------------	------------	-----------	------	--------------------

**1. DATOS DEL ASEGURADO**

Apellidos y Nombres:	Dirección:
Teléfono:	Fecha de Nacimiento:
	DNI:

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

Apellidos y Nombres:	Dirección:
Teléfono:	Fecha de Nacimiento:
	DNI:

Desgravamen Importe del Préstamo:	Plazo:	Objeto del Préstamo (Producto):
--------------------------------------	--------	---------------------------------

Moneda:  S/.  US\$

**3. DECLARACIÓN DE SALUD (ASEGURADO)**

1. Estatura: _____ mt.	Peso Actual: _____ kg.	2. ¿Fumas o has fumado en los últimos 12 meses? Indicar consumo diario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Unidad(es): _____
------------------------	------------------------	--	-------------------

	Asegurado		Cónyuge	
	Sí	No	Sí	No
3. ¿Has aumentado o disminuido considerablemente tu peso en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tienes alguna enfermedad y/o defecto congénito o enfermedad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has padecido, tienes conocimiento de padecer o has requerido tratamiento por:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) ¿Alcoholismo o drogadicción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Convulsiones, epilepsia, parálisis, enfermedad mental, meningitis, enfermedades nerviosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Asma, tuberculosis, enfisema o neumonía o enfermedades pulmonares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Hipertensión arterial, angina, o dolor de pecho, arritmias, bypass, angioplastia coronaria, enfermedad relacionada con el corazón; colesterol alto, sobrepeso y obesidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Enfermedades del hígado, hepatitis B o C, riñones, páncreas, úlceras, diabetes Mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿SIDA, VIH, cáncer o tumores malignos, Leucemia, miomas, displasia mamaria, endometriosis, enfermedades de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Algún defecto físico o si va a ser sometido a un tratamiento médico y/o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Tienes conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario, la cual no se encuentre resuelta y haya sido diagnosticada por un médico profesional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguna de las respuestas es afirmativa, sírvete proporcionar la información detallada que a continuación se indica:

Enfermedad(es) Padecida(s) o Tratamiento(s) Recomendado(s):	Fecha	Duración:	Nombre de Clínica o Médico:	Estado Actual:

**3. REFERENCIALES DE SEGURO DE VIDA**

¿Tienes Seguro de Vida?  Sí  No      ¿Cuántos?

Declaro que mis respuestas al presente cuestionario son verdaderas y completas y antes de firmarlo declaro haber tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y Particulares de la misma y cuyas estipulaciones queda sometido al presente contrato. Declaro además conocer que la cobertura del Seguro no será válida si el fallecimiento está relacionado a alguna enfermedad o padecimiento adquirido con anterioridad a la solicitud del crédito. Asimismo, declaro conocer que la referida información, puede ser consultada en el sitio web [www.segurossura.pe](http://www.segurossura.pe).

La presente solicitud junto con la documentación completa solicitada por La Aseguradora, será evaluada por ésta y de no mediar rechazo a la solicitud, y ser aceptado el Seguro, la Cobertura iniciará con el desembolso del préstamo.

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 ....., 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 ..... se consideran abonados a Seguros Sura.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

## SEGURO DE DESGRAVAMEN 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 XXXXXXXXX.

## LIMITES DE EDAD

Edad límite de permanencia: xx años 11 meses 29 días.

## 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, Contratante y/o el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

## 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. **No se consideran como accidentes los denominados Accidentes Médicos, tales como: Infartos del 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:** Serán considerados con Invalidez Total y Permanente aquellas personas que presenten un menoscabo global del 70% o más de su capacidad productiva, determinado de acuerdo al manual de evaluación y calificación del grado de invalidez del Sistema Privado de Pensiones, como consecuencia de: fractura incurable de columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente; pérdida accidental total de la visión de ambos ojos; pérdida completa por accidente de

ambas manos; pérdida completa por accidente de ambos pies; pérdida completa por accidente de una mano y un pie.

No se otorgará 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).

Ningún beneficio será pagado si la enfermedad es diagnosticada Dentro de los seis (6) primeros meses desde el inicio de vigencia de esta cobertura.

## EXCLUSIONES

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

- a. 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.
- b. La intervención, directa o indirecta, del Asegurado como autor o participe, de un acto delictivo, subversivo y/o terroristas, insurrección, hostilidades u operaciones bélicas, rebelión, 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.
- c. Preexistencia:  
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.
  - Si el Asegurado presenta algún síntoma obvio, por ejemplo: tumoraciones palpables al tacto o evidentes a simple vista, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros, el cual si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico.
- d. Fallecimiento ocasionado por Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- e. 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.
- f. Practica de deporte riesgoso, 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.
- g. Como pasajeros de aviones de servicio no regular y/o helicópteros particulares y/o de las fuerzas armadas, viaje o vuelo.
- h. Uso de drogas, alcohol o estupefacientes.
- i. 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 siniestro. 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.

- j. Fisión o Fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- k. El Siniestro que sea consecuencia de actos infractorios de leyes o reglamentos o exposición al peligro que no esté justificada por alguna necesidad profesional.
- l. Acto delictuoso en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.

#### DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para hacerse acreedor a la indemnización establecida en la presente póliza, Contratante y/o el Asegurado y/o Beneficiario, 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:

##### En caso de muerte:

- Copia de DNI del solicitante y del fallecido en caso de contar con él.
- Certificado Médico de Defunción.
- Partida o Acta de Defunción.
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial sólo en caso de accidente.
- Carpeta Fiscal o conclusiones de la Fiscalía, sólo en caso de accidente.
- Protocolo de Necropsia, en caso de accidente en el que se presuma responsabilidad de terceros o daños a dichos terceros o a la propiedad pública o privada.
- Dosaje Etilico y/o Estudio Químico Toxicológico, en caso corresponda.
- Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.

##### En caso de Invalidez Total y Permanente del Asegurado por Accidente y/ o Enfermedad:

- Dictamen o Certificado de Invalidez Total Y Permanente emitida por ESSALUD (Seguro Social de Salud), COMAFP (Comisión Médica de AFP) y COMEC (Comisión Médica de la Superintendencia).
- Atestado Policial Completo o Acta de intervención policial sólo en caso de accidente.
- Dosaje Etilico y/o Estudio Químico Toxicológico, sólo en caso de accidente.

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 recibidos todos los documentos e información completa y necesaria, listada en la póliza para la liquidación, La Compañía Aseguradora 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 que informe de dicho hecho al Beneficiario y conforme a la legislación establecida por la SBS.

Una vez consentido o aprobado el siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) días para proceder a efectuar el pago correspondiente caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al 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 Contratante y/o Beneficiario pierden derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

**FORMA DE PAGO:** XXXXXXX

#### **CAUSALES DE RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO**

Las indicadas en el artículo 18° de las Condiciones Generales.

#### **SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

En caso de presentarse conflictos o divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta póliza, las partes acuerdan que se someterán a la jurisdicción del Poder Judicial en Lima o del lugar donde domicilia el Contratante o Asegurado o Beneficiario, según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin embargo, una vez ocurrido el siniestro, las partes podrán acordar someter cualquier controversia que se derive de esta póliza a un arbitraje de derecho siempre que el monto reclamado supere los límites económicos fijados por la SBS. El tribunal arbitral estará compuesto de tres (3) árbitros que serán elegidos de común acuerdo en la siguiente forma:

- Cada una de las partes elegirá a un árbitro y el tercero, quien lo presidirá, será designado por los dos árbitros previamente nombrados, o en su defecto por el Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima o del lugar en que discuta la controversia.
- El procedimiento de arbitraje, incluso para la designación de los árbitros, se sujetará a las normas del Reglamento del mencionado Centro de Arbitraje. El fallo del Tribunal es inapelable.

- De ser el caso, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario tiene el derecho de acudir ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI.

#### **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS:**

El Asegurado y/o Beneficiarios podrán comunicarse en XXXXXXX XXXXXXX al XXX-XXXX o con Seguros SURA al teléfono:

222-7777/0800-11117 (línea gratuita) o al Correo electrónico:

[Informes.seguros@sura.pe](mailto:Informes.seguros@sura.pe) para reportar sus preguntas, quejas o reclamos.

En caso de persistencia del reclamo o queja, el asegurado, podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos en caso consideren hayan sido concluidos.

Todas las comunicaciones, reclamos y pagos realizados XXXXX XXXXXXX 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](http://www.defaseg.com.pe)

**DEDUCIBLES, FRANQUICIAS O SIMILARES:** no aplican

#### **IMPORTANTE:**

Por razones de espacio, la presente Solicitud-Certificado Resumen las condiciones más importantes de la póliza de Desgravamen suscrita entre Seguros SURA y XXXXXXXXXXX. En caso el Asegurado desee obtener una copia de la mencionada póliza podrá solicitarla al XXXXX XXXXXXX 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.