

CONDICIONES GENERALES
“SURA VIDA PLAN DOTAL”
PÓLIZA N° [...]
CÓDIGO DE REGISTRO SBS N° 2057100083

Seguros SURA (en adelante, la “Compañía Aseguradora”), emite la presente póliza a cambio del pago de la prima convenida, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales, sobre la base de las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro firmada por usted (en adelante el “Contratante”), todo lo cual forma parte integrante de la presente póliza sobre la vida del asegurado (la “Póliza”).

La Póliza, así como sus eventuales endosos, estos últimos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía Aseguradora y por el Contratante, son los únicos documentos válidos que establecen los derechos y obligaciones de las partes. La Compañía Aseguradora sólo será responsable por los términos y condiciones establecidos en los mencionados documentos.

Si el contenido de la Póliza no concordase con las condiciones ofrecidas por la Compañía Aseguradora, el Contratante podrá solicitar la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de recibida la Póliza. Transcurrido este plazo sin que el Contratante solicite su rectificación, se considerarán aceptadas por éste las condiciones de la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando la Compañía Aseguradora advierta al Contratante, en forma detallada y mediante documento adicional distinto a la Póliza, que existen tales diferencias y que dispone de treinta (30) días hábiles para rechazarla.

La presente Póliza formará parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, establecido mediante Ley N° 29355.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

Los términos y condiciones que regirán la presente Póliza son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de la presente Póliza:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo 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 manifiestan 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 mas no limitativa, no se considerarán amparados por esta cobertura eventos tales como: 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.

- **Asegurado:** Es la persona indicada en las Condiciones Particulares, cuya vida se asegura en virtud de la Póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la Póliza por el Contratante como titular(es) del derecho a recibir, en caso de fallecimiento del Asegurado, **(a)** el beneficio por muerte asociado al valor presente de los Pagos Dotales pendientes de pago que el Asegurado hubiese dejado de percibir entre la fecha de su fallecimiento y el fin de vigencia de la póliza, y/o **(b)** el Segundo Beneficio por Muerte, según se especifica en las Condiciones Particulares. Su designación puede ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre Interés Asegurable.
- **Condiciones Generales:** Estipulaciones básicas del Contrato. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza.
- **Condiciones Particulares:** Estipulaciones del Contrato relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del Asegurado y los Beneficiarios, si los hubiere, la descripción de la materia asegurada, los Pagos Dotales de seguro de vida o alcance de la cobertura, el importe de la Prima Única y el plazo, lugar y forma de pago, y la vigencia del Contrato, entre otros.
- **Condiciones Especiales:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y, en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Condiciones Particulares.
- **Contrato:** Es el contrato dotal de seguro de vida que se contrata a través de la Póliza.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la Póliza con la Compañía Aseguradora y la obligada al pago de la Prima Única. Generalmente el Contratante es el mismo Asegurado, salvo que se indique lo contrario, en las Condiciones Particulares.
- **Culpa Inexcusable:** Cuando el Contratante y/o el Asegurado, por negligencia grave, no ejecuta la obligación a su cargo. Este tipo de responsabilidad acontece cuando no se toman las diligencias y/o cuidados elementales para el cumplimiento de la obligación.
- **Días:** Días calendario, salvo que la Póliza establezca expresamente lo contrario.
- **Dolo:** Intención y voluntad de hacer algo indebido o de incumplir alguna obligación. No declarar intencionalmente lo que uno debe declarar. Tiene el mismo efecto que la Culpa Inexcusable, salvo las excepciones previstas normativamente.
- **Dote:** Importe o beneficio que se otorga en favor del Asegurado.
- **Endoso:** Es el documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía Aseguradora y el Contratante, según corresponda.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado y/o Contratante debido a la pérdida económica que ellos mismos y los Beneficiarios de la presente Póliza sufrirían como consecuencia de la ocurrencia de un Siniestro.
- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de Accidente definida en la presente Póliza. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los **noventa (90) Días** de ocurrido el Accidente.
- **Pagos Dotales:** Son las dotes que desembolsa la Compañía de Seguros en favor del Asegurado, de acuerdo a la periodicidad y características establecidas en las Condiciones Particulares, sujeto a la sobrevivencia del Asegurado en cada período. A partir del momento en que el Asegurado fallece, pierde el derecho a recibir los Pagos Dotales remanentes hasta el final de la vigencia contratada.
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía Aseguradora en el que se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas del Contrato. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos, las Condiciones Especiales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, el resumen, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda.

- **Prima Única:** Es el valor determinado por la Compañía Aseguradora, como contraprestación por las coberturas del Contrato. El pago de la Prima Única es responsabilidad del Contratante, debiendo ser pagada en el plazo establecido en las Condiciones Particulares.
- **Rescate:** Es la acción por la cual el Contratante resuelve y pone fin al Contrato, solicitando el Valor de Rescate establecido en las Condiciones Particulares.
- **Segundo Beneficio por Muerte:** Monto a pagar por la Compañía Aseguradora, en una sola oportunidad, a los Beneficiarios o Herederos Legales según lo establecido en las Condiciones Particulares, en caso de muerte natural o accidental.
- **Solicitud de Seguro:** Es el documento a través del cual el Contratante ha solicitado a la Compañía Aseguradora la celebración del Contrato.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en la presente Póliza. Para que el Siniestro se encuentre cubierto bajo la Póliza deberá además cumplirse con las condiciones establecidas en la Póliza.
- **Valor de Rescate:** Es el valor que puede retirar el Contratante en caso que no deseara continuar con la Póliza y que será establecido en las Condiciones Particulares. El Valor de Rescate será igual al valor presente de los Pagos Dotales pendientes de pago que el Asegurado hubiese dejado de percibir entre la fecha que se hace efectivo el Rescate y el fin de vigencia de la Póliza, según se especifica en las Condiciones Particulares.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS Y ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

La Póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

La Compañía Aseguradora y el Contratante acuerdan que la fecha de recepción de la Póliza será aquella establecida en el cargo de recepción de la misma, la cual ambas partes se comprometen a suscribir.

Forman parte integrante de esta Póliza, los siguientes documentos:

1. Las Condiciones Generales.
2. Las Condiciones Particulares.
3. Las Condiciones Especiales.
4. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros.
5. La Solicitud de Seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos cuando corresponda.

Las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y estas prevalecen sobre las Condiciones Generales.

Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

TERCERA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta Póliza y que no pertenecen a la Compañía Aseguradora, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera convenido lo contrario.

Si el Contratante falleciese y fuera distinto al Asegurado, todos los derechos que confiere esta Póliza, serán asumidos por el Asegurado. A tal efecto, el Asegurado deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora de la asunción de dichos derechos mediante una comunicación y documentos

sustentatorios dentro de los quince (15) Días siguiente a la fecha de ocurrido el fallecimiento o la extinción del Contratante.

CUARTA: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

La Compañía Aseguradora requerirá consentimiento previo por escrito del Asegurado cuando el Contratante del seguro no sea la persona cuya vida se asegura.

El Asegurado podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la Compañía Aseguradora, adjuntando copia de su documento de identidad. La Compañía Aseguradora, desde la recepción de dicho documento, cesa en la cobertura del riesgo y el Contratante tiene derecho al Valor de Rescate establecido en las Condiciones Particulares.

QUINTA: DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA DE LAS DECLARACIONES

El Contratante y/o Asegurado tienen derecho a que se le entregue (a) copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y/o (b) un duplicado de la Póliza (en caso de robo, destrucción o pérdida); dentro del plazo de quince (15) Días de solicitadas. Los gastos correspondientes serán asumidos por el Contratante y/o Asegurado.

SEXTA: FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

Las coberturas previstas en esta Póliza adquieren plena vigencia legal desde las cero horas del día indicado en las **Condiciones Particulares** como fecha de inicio de vigencia, siendo que las partes acuerdan postergar el inicio de cobertura del seguro al pago de la Prima Única.

Cabe indicar, que los años de la Póliza serán contados desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia de la Póliza. La fecha de emisión, que figura en las Condiciones Particulares, es la fecha en la cual la Solicitud de Seguro es aprobada.

SÉPTIMA: PAGOS AL ASEGURADO

En virtud de la presente Póliza, la Compañía pagará al Asegurado, sujeto a la supervivencia de éste, los Pagos Dotationales por un período determinado, según la periodicidad, modalidad, moneda y demás condiciones establecidas en las Condiciones Particulares. El pago no podrá fraccionarse ni adelantarse.

OCTAVA: PAGOS AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Además, al fallecimiento del Asegurado (siempre que el Siniestro se produjera durante la vigencia de la Póliza, sea en territorio nacional o extranjero, en los términos y condiciones establecidos en la Póliza y en la medida de que se cumplan con los procedimientos establecidos en la Póliza); la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios (en los términos de las Condiciones Particulares) el beneficio por muerte asociado al valor presente de los Pagos Dotationales pendientes de pago que el Asegurado hubiese dejado de percibir entre la fecha de su fallecimiento y el fin de vigencia de la Póliza, según se especifica en las Condiciones Particulares. Este beneficio varía dependiendo del número de meses comprendidos entre el mes en que fallece el Asegurado y el mes en que culmina la vigencia del seguro.

El pago a Beneficiarios menores de edad será colocado en condiciones apropiadas en instituciones de crédito y a nombre del menor. El pago a Beneficiarios que sean incapaces legales se hará a favor del curador legal debidamente acreditado.

Adicionalmente, al fallecimiento del Asegurado se pagará al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares el Segundo Beneficio por Muerte.

NOVENA: EDAD

Para todos los efectos del seguro se considerará que la edad del Asegurado es su edad cronológica. La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el Contratante y/o Asegurado podrá efectuarse en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, debiendo presentar un documento que acredite su edad cuando les sea requerido. Asimismo, la Compañía Aseguradora podrá exigir dicha documentación antes de otorgar cualquier valor u opción acordados por la Póliza, ya sea al Contratante o a sus Beneficiarios.

Si resultase que la edad declarada del Asegurado fuese diferente que la real, la Compañía Aseguradora procederá a recalcular el importe de los Pagos Dotales buscando mantener constante la reserva actuarial asociada a la Póliza, la misma que es calculada de acuerdo a los criterios aprobados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

DÉCIMA: PAGO DEL SEGUNDO BENEFICIO POR MUERTE

Al fallecimiento del Asegurado, la Compañía Aseguradora entregará al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares el Segundo Beneficio por Muerte por un importe igual al establecido en las Condiciones Particulares. En las Condiciones Particulares se establecerá el importe del Segundo Beneficio por Muerte en el caso de Muerte Natural o Muerte Accidental del Asegurado.

El Beneficiario que solicite el pago del Segundo Beneficio por Muerte deberá acreditar su condición de tal con su documento de identidad respectivo. El pago deberá ser efectuado en la cuenta que indique el Beneficiario designado o a través de cheque en el plazo indicado en las Condiciones Particulares.

DÉCIMO PRIMERA: VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA

El Asegurado deberá acreditar su condición de supervivencia ante la Compañía Aseguradora como requisito de los Pagos Dotales. Dicha acreditación se realizará cada doce (12) meses, mediante la presentación de un "Certificado de Supervivencia" emitido por la Policía Nacional o por la Compañía Aseguradora. **En caso que el Asegurado no cumpla con acreditar su supervivencia en la forma y fecha establecida, la Compañía Aseguradora suspenderá los Pagos Dotales, según convenga, hasta que se cumpla con este requisito.**

Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía Aseguradora podrá constatar la supervivencia del Asegurado cuando lo considere conveniente.

DÉCIMO SEGUNDA: PRIMA ÚNICA

El Contratante pagará por una sola vez por la presente Póliza una Prima Única para que se otorguen las coberturas pactadas. La presente Póliza no contempla el pago de deducibles, franquicias, coaseguros y similares a cargo del Contratante y/o Asegurado. La Prima Única deberá ser abonada, neta de impuestos si los hubiere, en la fecha de pago y en la forma establecida en las Condiciones Particulares. De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan supeditar el inicio de los Pagos Dotales al Asegurado así como el beneficio por muerte asociado al valor presente de los pagos dotales a favor de los Beneficiarios al pago de la Prima Única.

La Prima Única deberá ser pagada sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Contratante en la Solicitud del Seguro. **La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia del Contratante que produzcan atraso en el pago de la Prima Única.**

Si el Contratante deseara modificar el procedimiento de pago de la Prima Única inicialmente establecido, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o de rechazar dicha solicitud.

DÉCIMO TERCERA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA Y VALOR DE RESCATE

El Contratante podrá solicitar en cualquier momento, por decisión unilateral y sin expresión de causa, la resolución de su Póliza por el correspondiente Valor de Rescate, previa comunicación escrita con por lo menos treinta (30) Días de anticipación, siendo que la Póliza quedará resuelta a los 30 Días de que la Compañía Aseguradora recibió la precitada comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza, salvo la obligación de la Compañía Aseguradora de abonar el Valor de Rescate. La comunicación deberá ser remitida a la Compañía Aseguradora a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza.

En cualquier caso, el Valor de Rescate estará especificado en las Condiciones Particulares. Asimismo, el Valor de Rescate sólo podrá ejecutarse si el Asegurado está vivo.

DÉCIMO CUARTA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Consentimiento del Tercero".
2. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la Póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la Póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".
3. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la Póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta".

Como consecuencia de la resolución, la presente Póliza dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía Aseguradora de toda obligación frente al Contratante, el Asegurado y/o los Beneficiarios.

En caso de resolución de la Póliza por las causales antes indicadas, la Compañía Aseguradora devolverá el Valor de Rescate vigente. La devolución antes referida se producirá dentro de los treinta (30) Días siguientes a la fecha del conocimiento por parte de la Compañía Aseguradora de la causal de resolución de la Póliza.

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que la Póliza será nula y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia si: (i) si al momento de la contratación o afiliación del Asegurado a la Póliza no existía un interés asegurable actual o contingente; o (ii) si al tiempo de la contratación de la Póliza se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

En caso de nulidad de la Póliza en el caso de los numerales del (i) y (ii) la Compañía Aseguradora devolverá las primas pagadas. La devolución antes referida se producirá dentro de los treinta (30) Días siguientes a la fecha del conocimiento por parte de la Compañía Aseguradora de la causal de nulidad de la Póliza.

DÉCIMO QUINTA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Contratante tiene el derecho de nombrar a los Beneficiarios de la presente Póliza, a su entera decisión y criterio, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y los Beneficiarios.

El Beneficiario es la persona que habrá de recibir, al fallecimiento del Asegurado: (a) un porcentaje sobre el beneficio por muerte asociado al valor presente de los Pagos Dotales pendientes de pago que el Asegurado hubiese dejado de percibir entre la fecha de su fallecimiento y el fin de vigencia de la póliza, y/o (b) el Segundo Beneficio por Muerte, según se especifica en las Condiciones Particulares.

El Contratante podrá cambiar en cualquier momento a los Beneficiarios. Este derecho también podrá ser asumido por el Asegurado producido el fallecimiento del Contratante.

El cambio, adición o retiro del o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito y será válido siempre que conste en un Endoso a la Póliza o en un documento legalizado ante notario público. Sin perjuicio de lo anterior, se deja expresa constancia que la Compañía Aseguradora quedará liberada de toda responsabilidad en caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando el Contratante no designe Beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, el derecho del Beneficiario corresponderá a los herederos del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento en caso se hubiera otorgado. Dicha suma será dividida entre los herederos en partes iguales; salvo que en el testamento se hubiera establecido expresamente una proporción distinta para el pago de este seguro.

Si al momento de pagar el Siniestro se determina que uno de los Beneficiarios falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la suma correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios designados, en forma proporcional a su participación.

En caso el Segundo Beneficio por Muerte, si se determina que el Beneficiario hubiese fallecido en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la totalidad de dicho Beneficio será pagado a cualquiera de los Beneficiarios sobrevivientes.

La Compañía Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación de los Beneficiarios o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

DÉCIMO SÉXTA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Una vez producido el Siniestro, a efectos de acceder a los Pagos al Fallecimiento del Asegurado previstos en la presente póliza, el Contratante y/o el (los) Beneficiario(s), deberán dar aviso por escrito a la Compañía Aseguradora de la ocurrencia del mismo, la cual deberá ser comunicada dentro de los siete (7) Días siguientes a la fecha que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro (o del beneficio, según corresponda). El Dolo en que incurra el Contratante o Beneficiario en el incumplimiento de los plazos para comunicar el Siniestro libera de responsabilidad a la Compañía Aseguradora. En caso de Culpa Inexcusable, el Contratante o

Beneficiario no pierden el derecho de ser indemnizados 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, ésta 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.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentar a la Compañía Aseguradora los antecedentes relativos al Siniestro, dentro de los noventa (90) Días calendario contados desde el aviso del Siniestro.

Se deja a salvo el derecho de los Beneficiarios de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida acudir a la vía judicial, administrativa o arbitral - en caso se hubiere pactado esta última - para reclamar la indemnización aún luego de transcurridos los plazos señalados anteriormente, considerando para ello el plazo de caducidad establecido por el Código Civil peruano.

El (los) Beneficiario(s) deberán presentar la solicitud de cobertura a la Compañía Aseguradora, incluyendo la siguiente documentación e información completa (legible o en buen estado) en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- 1. Documentación en caso de Muerte Natural:**
 - (a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado**
 - (b) Certificado Médico de Defunción**
 - (c) Documento de identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con el mismo)**
 - (d) Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos relativos al fallecimiento del Asegurado.**

- 2. Documentación en caso de Muerte Accidental:**
 - (a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado**
 - (b) Certificado Médico de Defunción**
 - (c) Documento de identidad (DNI) del Asegurado (en caso se cuente con el mismo)**
 - (d) Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, relativos al fallecimiento del Asegurado.**
 - (e) Protocolo de necropsia completo (en caso corresponda)**
 - (f) Atestado o Informe policial completo; o, Carpeta Fiscal completa.**

Documentación con relación al (los) Beneficiario (s) o herederos):

- (a) Documento(s) de identidad (DNI)**
- (b) Testamento por escritura pública o Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscritos en Registros públicos, en caso de no existir Beneficiarios declarados en la Póliza.**
- (c) Testamento por escritura pública o Sucesión Intestada Definitiva (Judicial o Notarial) inscritos en Registros públicos, en caso de haber fallecido todos los Beneficiarios declarados en la Póliza.**

Sin perjuicio de que es obligación del Contratante y/o Beneficiarios presentar la documentación e información prevista en el presente numeral, por el presente documento el contratante y los

beneficiarios 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.

Una vez recibidos todos los documentos e información completa señalada en el presente artículo, 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, conforme a la legislación establecida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Una vez consentido el Siniestro, la Compañía Aseguradora cuenta con un plazo de treinta (30) Días para proceder a brindar la cobertura a favor de los Beneficiarios caso contrario la Compañía Aseguradora deberá pagar al 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 el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

DÉCIMO SÉPTIMA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

Se considerará fraudulenta, de manera enunciativa más no limitativa:

- (i) Si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus Beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza; o,**
- (ii) Si la muerte del Contratante ha sido causada por el Asegurado y/o el o los Beneficiarios o bajo su complicidad; o,**
- (iii) Si la muerte del Asegurado ha sido causada por el Contratante y/o el o los Beneficiarios o bajo su complicidad; o,**
- (iv) Si la muerte del o los Beneficiarios ha sido causado por el Contratante y/o Asegurado y/u otro Beneficiario y/o el o los Herederos Legales o bajo su complicidad.**

En el caso señalado en el numeral (i) anterior, la Compañía Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus Beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta Póliza. En el supuesto de quien o quienes cometieron la conducta fraudulenta actúen con poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación del Contratante y/o el Asegurado y/o los Beneficiarios, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del presente Contrato. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía Aseguradora comunicará al Contratante su decisión de resolver la Póliza en virtud de la presente cláusula. Dicha comunicación será remitida a la dirección electrónica designada en la presente Póliza o a la dirección electrónica indicada por éste en documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía Aseguradora, ésta quedará liberada de toda obligación.

La Compañía Aseguradora está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias, así como para solicitar la información correspondiente, para poder comprobar las situaciones antes señaladas.

Por otro lado, en los casos señalados en los numerales (ii), (iii) y (iv) anteriores, el autor, cómplice o participante de o en la muerte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, no tendrá derecho a recibir las coberturas contratadas bajo la presente Póliza.

DÉCIMO OCTAVA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las **Condiciones Particulares**.

No procederá la modificación de la moneda indicada en las **Condiciones Particulares**, salvo si la moneda prevista en las **Condiciones Particulares** del presente Contrato de Seguro, no fuese la de curso legal en el Perú, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o (ii) por mandato de cualquier norma legal, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de la Compañía Aseguradora; (a) La Compañía Aseguradora, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o (b) Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera.

En los casos señalados en el párrafo anterior, todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía Aseguradora y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (a) o (b) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Asegurado será notificado sobre la conversión a moneda nacional.

DÉCIMO NOVENA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de la Prima Única, u otras primas, como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante o del Asegurado o de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso.

VIGÉSIMA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la Póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía Aseguradora.

Durante la vigencia de la Póliza, la Compañía Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) Días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

VIGÉSIMO PRIMERA: CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá ser aprobada por escrito por la Compañía Aseguradora, la que lo hará constar en la misma Póliza por

medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía Aseguradora.

VIGÉSIMO SEGUNDA: 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, previsional 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.segurossura.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicho sitio web.

VIGÉSIMO TERCERA: REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA

Cabe señalar que el presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contrato de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de fallecimiento o de muerte accidental, creado mediante Ley N° 29355, siendo que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N° 29355, los beneficiarios podrán solicitar información respecto de la Póliza al Registro, el cual tiene como finalidad brindar información de los asegurados que han celebrado dichos contratos, al fallecimiento de éstos, a fin de que los posibles beneficiarios conozcan dicha situación y, de ser el caso, soliciten a la entidad aseguradora la prestación derivada del contrato.

VIGÉSIMO CUARTA: DOMICILIO

La Compañía Aseguradora, el Contratante y/o el Asegurado señalan como su domicilio la dirección electrónica declaradas en la Solicitud de Seguro y que originalmente se consignan en las Condiciones

Particulares. **Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con una anticipación no menor a quince (15) Días a su fecha de efectividad.**

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente Póliza, deberán efectuarse en **el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente.**

Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula, se considerará válida para todo efecto legal. **La Compañía Aseguradora no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el Contratante y/o el Asegurado.**

VIGÉSIMO QUINTA: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Los términos, Condiciones Generales y Condiciones Particulares y Especiales, que rigen el presente Contrato, están sujetas 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.

VIGÉSIMO SEXTA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la Póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido en las leyes de la materia.

Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado el beneficio o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta Póliza, la Compañía Aseguradora quedará liberada de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

VIGÉSIMO SÉPTIMA: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS – ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS

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, siempre que sea acorde con lo señalado en el artículo 46° de la Ley del Contrato de Seguros, 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 Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. El tribunal arbitral estará compuesto de tres (3) árbitros que serán elegidos de común acuerdo en la siguiente forma:

- a) **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.**
- b) **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.**

Sin perjuicio de lo anterior, si es que existiese algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular del Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario, estos podrán presentar una queja o reclamo a la Compañía Aseguradora a través del Sistema de Atención al Usuario implementado para estos fines, de manera gratuita, bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

- (i) Vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en el resumen de la presente Póliza.**
- (ii) De manera expresa: Mediante carta dirigida a la Compañía Aseguradora, la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras plataformas de atención al cliente o mediante un correo electrónico a las direcciones establecidas en el resumen de la presente Póliza.**

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) Días contados desde la fecha de su recepción.

Asimismo, el Contratante y/o el Asegurado y/o el Beneficiario podrán acudir a la Defensoría del Asegurado y/o al INDECOPI, conforme a lo dispuesto en el resumen de la presente Póliza.

VIGÉSIMO OCTAVA: DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El Contratante y/o el Asegurado declaran que, de manera previa a la suscripción de la presente Póliza, ha sido informado por la Compañía Aseguradora y ha tomado conocimiento de las Condiciones Generales y de las Condiciones Particulares, así como de la integridad de los documentos que forman parte de la Póliza, los cuales declara comprender a cabalidad y a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato de conformidad con lo establecido en la legislación actual vigente. Asimismo, declara conocer que la referida información puede ser consultada mediante el sitio web www.segurossura.pe.