

**CONDICIONES GENERALES
VIDA TEMPORAL EN SOLES**

SEGUROS



SEGURO DE VIDA TEMPORAL EN NUEVOS SOLES - CONDICIONES GENERALES COMUNES

REGISTRO SBS: VI2057110076

Seguros SURA (en adelante, "la Compañía Aseguradora") emite a usted (en adelante, "el Contratante"), designado como tal en las Condiciones Particulares, el presente Contrato de Seguro sobre la vida del Asegurado cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, basándose en las declaraciones que usted ha efectuado en su condición de Contratante y/o Asegurado en la Solicitud del Seguro.

Los Términos y Condiciones Generales que regirán el presente Contrato de Seguro se encuentran sujetos a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, a la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), y sus normas modificatorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulten aplicables.

Art. 1º DEFINICIONES

El significado o definición de los principales términos usados en el presente Contrato es el siguiente:

Actividad Riesgosa: Actividades que incrementen notoriamente para un consumidor razonable, el riesgo de fallecimiento o de afectación de la integridad física de las personas, o para las que se requieran medidas de protección o seguridad para realizarlos. Incluyen, pero no están limitados a, el conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares. Dependiendo del lugar de trabajo y tipo de actividad desempeñada, los factores de riesgo ocupacional dependerán de las medidas de seguridad adoptadas, desplazamientos, exposición a agentes físicos, químicos o biológicos, características del trabajo, organización del mismo y tecnología empleada. Algunos ejemplos de Actividad Riesgosa son: el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, manejo de armas de fuego. Deben ser declarados por escrito a la Compañía Aseguradora.

Asegurado, Límite de Edad Asegurable y Límite de Permanencia en la Póliza: Es la persona sobre cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo y, en caso de su muerte, producirá la responsabilidad de indemnizar el Capital Asegurado a su(s) beneficiario(s), de acuerdo con los términos y condiciones pactados en la póliza. La condición de Asegurado puede o no recaer en el Contratante. En este último supuesto, se requiere el consentimiento escrito, en soporte físico o electrónico, de la persona distinta del Contratante.

Son asegurables bajo esta póliza las personas que a la fecha de ingreso tengan entre dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años y once (11) meses de edad. La edad máxima de permanencia de la presente póliza es de sesenta y nueve (69) años y once (11) meses de edad. La cobertura cesará en el momento previsto en las condiciones particulares.

Beneficiario: Es la persona declarada por el Asegurado como titular del derecho a cobrar el Capital Asegurado. Puede haber más de un Beneficiario.

Beneficiario Principal: Es el Beneficiario designado por el Asegurado, que cuenta con derecho preferente a cobrar el Capital Asegurado frente al Beneficiario Contingente.

Beneficiario Contingente: Es el Beneficiario designado por el Asegurado, cuyo derecho a cobrar el Capital Asegurado está supeditado al fallecimiento del Beneficiario Principal.

Capital Asegurado: Es la suma o importe determinado por el Contratante, que constituye el valor de

la indemnización que la Compañía Aseguradora se responsabiliza a pagar a favor del Beneficiario, en caso de ocurrir el siniestro.

Compañía Aseguradora: Seguros SURA.

Cobertura: Alcance de la responsabilidad de la Compañía Aseguradora sobre el riesgo asegurado en la póliza, de conformidad con lo pactado en las Condiciones Generales, Particulares, Condiciones Especiales y Endosos.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas para regir los contratos del Seguro de Vida Temporal en Nuevos Soles. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.

Condiciones Particulares: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago y, la vigencia del contrato, entre otros.

Condiciones Especiales: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las condiciones generales o particulares.

Contratante: Es la persona natural o jurídica que solicita y celebra con la Compañía Aseguradora el Contrato de Seguro; pudiendo hacerlo a favor de él mismo, en cuyo caso adquirirá también la condición de Asegurado, o de otra persona. Es el titular de la póliza. Cuando el Contratante sea persona distinta del Asegurado, el primero deberá tener interés asegurable sobre la vida de este último.

Deporte: Actividad física ejercida como juego, competición, recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico realizado al aire libre o en lugares cerrados.

Deporte Profesional: Deporte practicado profesionalmente por el Asegurado en el que este recibe algún tipo de estipendio o remuneración por la práctica del mismo.

Deporte Riesgoso: Deportes practicados en forma frecuente por el Asegurado, que por las situaciones y condiciones en que se realizan originan un significativo aumento del riesgo de sufrir lesiones corporales graves o la muerte del asegurado. Incluye pero no está limitado a, deportes tales como: Artes marciales, boxeo (que impliquen pleno contacto), buceo, montañismo o escalada, ala delta, paracaidismo, parapente automovilismo, carrera de velocidad (moto - lancha), motonáutica, aviación deportiva, esquí (acuático y de nieve), Bungee Jumping, Puenting o variación de salto al vacío, canopy, rappel, rafting, kayak, trekking, equitación, cacería, ciclismo en montaña o en pista, downhill. Deben ser declarados por escrito a la Compañía Aseguradora.

Días: días calendarios.

Edad Actuarial: Edad del Asegurado que se toma como base a efectos de la tarificación del riesgo. Se obtiene tomando como edad la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana (anterior o posterior) al momento de contratar el seguro.

Endoso: Es el documento que se adhiere con posterioridad a la emisión de la Póliza, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos por la Compañía Aseguradora y el Contratante.

Prima Comercial: Es el valor dinerario determinado por la Compañía Aseguradora como contraprestación por las coberturas de la póliza. Incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros, y el beneficio comercial de la empresa.

SBS: Superintendencia de Banca, Seguros y AFP del Perú.

Siniestro: Es el acontecimiento o suceso cubierto por el seguro. Se materializa con la muerte del Asegurado.

Art. 2º OBJETO Y MODIFICACIÓN DEL CONTRATO, DECLARACIÓN INEXACTA DE EDAD Y DIFERENCIA ENTRE PROPUESTA Y PÓLIZA

2.1. En virtud del presente contrato, el Contratante se obliga al pago de la prima convenida y la Compañía Aseguradora asume, como obligación a favor del Asegurado y/o (los) Beneficiario(s) designado(s), hasta el límite de la suma del Capital Asegurado, los riesgos asegurados, con sujeción a los términos y condiciones de la Solicitud de Seguro debidamente llenada y presentada a la Compañía Aseguradora, de las presentes Condiciones Generales, de las Condiciones Particulares, de las Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y Endosos, así como de los demás documentos que forman parte integrante del presente Contrato y que, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza.

2.2. Si se verificara que la edad del Asegurado fuese inexacta con relación a la declarada o a la señalada en las Condiciones Particulares, y si como consecuencia de ello, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora deberá restituir el exceso de la prima percibida, sin intereses. Asimismo, de verificarse que el Asegurado, hubiere tenido más de sesenta (64) años y once (11) meses al momento de contratarse el seguro, acarrea la nulidad del presente Contrato. En este caso, la Compañía Aseguradora procederá a la devolución de la prima pagada.

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

2.4. Se deja constancia que durante la vigencia del presente Contrato de Seguro, la Compañía Aseguradora no podrá modificar los términos contractuales del mismo sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, a quien se le entregará la documentación necesaria para que éste ponga las eventuales modificaciones en conocimiento del Asegurado. Al respecto, el Contratante podrá analizar la propuesta de modificación 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 generará la resolución del presente Contrato de Seguro, en cuyo caso la Compañía Aseguradora respetará los términos pactados originalmente. En caso el Contratante esté de acuerdo con la aplicación de las citadas modificaciones deberá remitir una comunicación por escrito a la Compañía Aseguradora manifestando su aprobación.

2.5. El Contratante deberá devolver el cargo de recepción y la copia de la póliza debidamente firmados en señal de aceptación de la misma. El incumplimiento de dicha obligación no significará

la resolución del contrato ni la anulación de la póliza.

Art. 3° TITULARIDAD DE LA PÓLIZA

3.1. El titular de la presente póliza es el Contratante, y sólo éste podrá ceder los derechos de la póliza al Asegurado o a un tercero.

3.2. Si el Contratante falleciera, estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del Contrato. En caso que el Asegurado fuese una persona distinta del Contratante, podrá hacerse cargo de las obligaciones del Contratante, en cuyo caso ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato. Para ello, bastará que en el plazo de 30 días de fallecido el Contratante, el Asegurado presente por escrito una comunicación a la Compañía Aseguradora manifestando su voluntad de hacerse cargo de las obligaciones que le correspondían al Contratante y adjuntando a la misma copia legalizada del Acta de Defunción del Contratante. En caso de fallecimiento del Contratante y siempre que el Asegurado no decida asumir las obligaciones que le correspondían al referido Contratante, se devolverá la prima pagada correspondiente a los herederos legales de este último, salvo la parte correspondiente al período de tiempo que el contrato otorgó cobertura. De no hacerse cargo el Asegurado de las obligaciones mencionadas en el párrafo anterior, se producirá la resolución del Contrato.

Art. 4° COBERTURA

4.1. En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el importe del Capital Asegurado detallado en las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y Endosos de la misma, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.

4.2. Salvo disposición distinta de la Compañía Aseguradora por escrito, la Cobertura comienza a partir de las doce (12) horas del día en que se inicia la vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

4.3. Sólo se entenderán comprendidos en el contrato de seguro, los riesgos que de manera específica y expresa se enumeren en la póliza.

Art. 5° DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La veracidad de las declaraciones hechas por El Asegurado o El Contratante, según sea el caso, en la solicitud del seguro y/o documentos accesorios y/u otros, constituyen elementos integrantes y esenciales en este contrato de seguro.

Art. 6.- DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de robo, destrucción o pérdida de esta póliza el Contratante y/o Asegurado podrá solicitar y obtener dentro del plazo de quince (15) días un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, sólo este documento será válido.

Art. 7° INDISPUTABILIDAD

La presente póliza es indisputable respecto de la Declaración del Contratante y/o Asegurado a que se refiere el Artículo 5°, a partir de los dos (2) años desde la celebración del contrato salvo caso de reticencia o falsa declaración dolosa en perjuicio de la Compañía.

Art. 8° DERECHO DE CONVERSIÓN DE COBERTURA

8.1. Durante la vigencia de la póliza, sólo el Contratante tendrá derecho a cambiar el Capital Asegurado, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que lo haga a una de menor Capital Asegurado por fallecimiento.

8.2. En el caso que el Contratante solicitara cambiar la Cobertura a un mayor Capital Asegurado por fallecimiento, agregar coberturas adicionales y/o extender el fin de vigencia, el Asegurado deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía Aseguradora y pagar la diferencia de prima correspondiente a la nueva Cobertura, incluido el monto requerido para completar la reserva matemática en caso de ser necesario. Todas las modificaciones de cobertura se realizarán tomando en cuenta la Edad Actuarial inicial del Asegurado, es decir la Edad Actuarial que tenía al momento de celebrar el contrato de seguro.

8.3. El Contratante deberá manifestar a la Compañía Aseguradora la decisión de aplicar su derecho de conversión de cobertura por escrito.

8.4. El Contratante sólo podrá ejercer el derecho de conversión de cobertura al aniversario de la póliza.

Art. 9° EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones previstas en las Condiciones Particulares y Especiales de la presente póliza, este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Contratante y/o Asegurado fuese causado por:

- a) Suicidio consciente y voluntario de la persona cuya vida se asegura, salvo que el contrato hubiera estado vigente ininterrumpidamente por dos (2) años.
- b) 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.
- c) Homicidio doloso del Asegurado cometido por el Contratante y/o Beneficiario o quien pudiese reclamar el Capital Asegurado, sea como autor o partícipe en el acto delictivo, bajo cualquier forma o modalidad.
- d) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas,, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, actividades en servicio militar, actividades en servicio policial, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, terrorismo o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado, siempre y cuando exista participación activa del Asegurado.
- e) Realización o participación de una actividad riesgosa o de un deporte riesgoso, considerándose como tales a aquellas actividades o deportes que constituyan una evidente agravación del riesgo conforme a lo establecido en el Artículo 1° del presente Condicionado y que dichas actividades o deportes no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo.
- f) Uso de estupefacientes y/o drogas.
- g) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o bajo los efectos de 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 de un accidente que cause el fallecimiento.

h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

- i) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. 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.

Art. 10° DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

10.1. El Beneficiario es designado por el Asegurado. Puede designarse más de un Beneficiario.

10.2. Se podrá distinguir entre los Beneficiarios nombrados, estableciendo quiénes de ellos son designados en calidad de Beneficiario o Beneficiarios Principales, y quienes son designados en calidad de Beneficiario o Beneficiarios Contingentes, individualizándolos en las Condiciones Particulares de esta Póliza en la calidad que les corresponda, para los efectos del cobro del Capital Asegurado.

10.3. El Asegurado podrá cambiar de Beneficiario, o la calidad que corresponda a éstos, en cualquier momento que estime conveniente. En caso de que la designación hubiese sido hecha en calidad de irrevocable, para ser válido el cambio, se deberá contar con el consentimiento escrito del Beneficiario. El cambio de beneficiario, o de la calidad de éstos, para que surta efectos frente a la Compañía Aseguradora, debe constar en un Endoso en la Póliza o en un tercer documento legalizado por Notario Público.

10.4. Si se designase a dos o más Beneficiarios Principales, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer en caso de ausencia del otro(s) beneficiario(s) principales, salvo que el Asegurado haya dispuesto algo distinto. El pago del Capital Asegurado se efectuará al o a los Beneficiarios Principales en la forma establecida. Solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales, se procederá a efectuar el pago al o a los Beneficiarios Contingentes, quienes participarán de la indemnización en igual forma. Salvo disposición expresa del Asegurado, se presume que el(los) Beneficiario(s) designado(s) por éste, tiene(n) la calidad de Beneficiario(s) Principal(es).

10.5. La Compañía Aseguradora pagará válidamente el Capital Asegurado al (los) beneficiario(s) registrado(s) en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones. No le será oponible a la Compañía Aseguradora ningún cambio de Beneficiario que no le hubiera sido comunicado previamente, hasta antes del pago del siniestro. Para el caso de beneficiario nombrado por testamento, éste tendrá oportunidad de apersonarse a la Compañía Aseguradora a los efectos de acreditar su derecho ante ésta, hasta el momento del pago del Capital Asegurado.

10.6. Se tendrá por válidos los pagos hechos por la Compañía Aseguradora en la forma indicada en el presente artículo, no siendo oponibles a ésta las reclamaciones de los herederos legítimos ni de acreedores de cualquier clase del Contratante y/o Asegurado.

10.7. En caso de no haber Beneficiario según los numerales precedentes o por cualquier causa la designación efectuada se hace ineficaz o queda sin efecto, el Capital Asegurado corresponderá a los herederos legales del Asegurado.

Art. 11° PAGO DE PRIMA, SUSPENSIÓN DE COBERTURA Y RESOLUCIÓN POR FALTA DE PAGO

11.1. La prima será calculada en forma anual y pagada de forma mensual anticipada mediante débito automático de la tarjeta de crédito del Contratante, conforme a la autorización otorgada por este último.

11.2 El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la Compañía Aseguradora o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente cancelando el recibo o emitiendo el comprobante de pago. El Contratante será responsable de verificar que los cargos de primas se realicen satisfactoriamente.

11.3. La prima se devengará hasta el término del periodo de pago convenido en las Condiciones Particulares de la póliza o hasta la fecha de fallecimiento del Asegurado, si esto ocurre antes.

11.4. La Compañía Aseguradora no será responsable por las omisiones o falta de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

11.5. Si durante la vigencia de la póliza la prima se encontrase impaga, la Cobertura se suspenderá automáticamente una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación y siempre que la Compañía Aseguradora haya enviado una comunicación por escrito al Contratante y/o Asegurado, informando sobre la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento de pago de la prima y el plazo que dispone el Contratante para pagar la prima antes de la suspensión de la cobertura del seguro.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida, el contrato quedará resuelto vencido el plazo de treinta (30) días contado a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación de la Compañía Aseguradora informándole la decisión de resolver el contrato. En este último supuesto, la Compañía Aseguradora tiene derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

Sin perjuicio de lo señalado, si la Compañía Aseguradora no reclama el pago de la prima, por la vía judicial o arbitral - en caso se hubiera pactado -, dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en la Póliza, se entiende que el contrato quedará extinguido.

11.6. La Compañía Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos dentro del período en que la Cobertura se encuentre suspendida o la póliza resuelta debido a la falta de pago de la prima por cualquier causa.

11.7. El Contratante no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la Compañía Aseguradora provenientes de siniestros, notas de abono y/o devoluciones pendientes, sin la previa y expresa aceptación de la Compañía Aseguradora.

Art. 12° MONEDA

Las obligaciones pecuniarias de la póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, las obligaciones pecuniarias de la póliza quedarán automáticamente convertidas a moneda nacional, ajustándose el Capital Asegurado y demás obligaciones, al tipo de cambio de venta libre correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

Art. 13° AVISO DE SINIESTRO, PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE COBERTURA Y LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA

13.1. 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 dolo en que incurra el Contratante o Asegurado 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 Asegurado 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 Asegurado o Beneficiario y siempre que se haya generado un perjuicio a la Compañía Aseguradora, esta tiene el derecho de reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura, deberán presentar en las oficinas de 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 del Asegurado y/o Beneficiario, según corresponda, 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 en la Ley del Contrato de Seguro.

13.2. El (los) beneficiario(s) deberán presentar la solicitud de cobertura a la Compañía Aseguradora, incluyendo la siguiente documentación e información completa en original o copia legalizada:

1. Respecto al Asegurado:
 - a) Partida o Acta de Defunción del Asegurado
 - b) Certificado Médico de defunción
 - c) Partida de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite fehacientemente la fecha de nacimiento del Asegurado, y
 - d) Historia Clínica completa foliada y fedateada, así como los informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado.

Si es que la muerte del Asegurado fue causada por un accidente deberá presentar adicionalmente lo siguiente:

- 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.

2. Respecto al (los) Beneficiario (s):
 - a) Documento de identidad

- b) Testamento por escritura pública o Sucesión Intestada (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 (Judicial o Notarial) inscritos en Registros públicos, en caso de haber fallecido un beneficiario declarado en la póliza y no existe beneficiario contingente.

En cualquier caso, adicionalmente a los documentos referidos en el presente numeral, el(los) Beneficiario(s) deberá presentar los informes, declaraciones, certificados o documentos, destinados a probar la coexistencia de todas las condiciones necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora, que ésta razonablemente solicite dentro del plazo indicado más adelante.

Sin perjuicio de que es obligación del contratante y/o beneficiarios presentar la documentación e información revista 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, caso contrario, no correrá el plazo de treinta (30) días que tiene la compañía aseguradora para pronunciarse sobre el siniestro.

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.

Una vez consentido 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 Asegurado 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 Asegurado y/o Beneficiario pierde derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

Art. 14° INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

14.1. La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro. Para este efecto revisará y/o solicitará la comprobación de la autenticidad de la información recibida; y, en general, podrá disponer las medidas necesarias para la sustentación del evento. Esta investigación podrá realizarla incluso aun cuando ya hubiere pagado el Capital Asegurado. El Contratante y/o Beneficiario(s) tienen la obligación a cooperar con la máxima buena fe con esta investigación.

14.2. Si como consecuencia de esta investigación se determinara que el siniestro no se encontraba dentro de los términos de la cobertura contratada o que era aplicable una exclusión conforme al Artículo 9° Exclusiones, el Contratante y/o Beneficiario perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, y, de haber recibido el Capital Asegurado, deberán reintegrarlo a la Compañía Aseguradora, con los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, pudiendo, en caso contrario, iniciar la Compañía Aseguradora las acciones legales que correspondan con la finalidad de reclamar la devolución de lo indebidamente pagado.

Art. 15° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el presente contrato por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

El contrato de seguro será nulo y el Asegurado y/o Beneficiario perderá todo derecho a indemnización bajo el mismo, en caso de reticencia y/o declaración inexacta que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, si media dolo o culpa inexcusable del Asegurado y/o Contratante. Las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía Aseguradora, quien tiene el derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio, devolviendo sólo las primas pagadas en exceso a dicho monto.

La declaración inexacta de la edad del Asegurado acarrea también la nulidad del presente Contrato, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del Contrato, excede el Límite de Edad Asegurable. En este caso se procederá a la devolución de la prima pagada.

Por otro lado, en caso que la prima pagada sea inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía Aseguradora restituirá el exceso de la prima percibida, sin intereses.

Asimismo, el contrato de seguro será nulo y Asegurado y/o el Beneficiario perderán todo derecho a indemnización bajo el mismo: (i) si al tiempo de su celebración se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad que se produzca; y, (ii) cuando no existe interés asegurable al tiempo de perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos. En estos casos las primas pagadas serán devueltas por la Compañía Aseguradora.

Si el Asegurado o sus Beneficiarios hubieran cobrado la indemnización de un siniestro, quedarán automáticamente obligados a devolver a la Compañía Aseguradora la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales y demás gastos que deberán ser debidamente justificados por la Compañía Aseguradora.

Art. 16° CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria a esta póliza, complementan o amplían la Cobertura establecida en ella; pudiendo algunas cláusulas adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellas, provocar el término anticipado de la póliza o la pérdida de derechos en ella contemplados, siempre que dichos efectos estén previstos en las cláusulas adicionales respectivas.

Art. 17° RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

El Contratante, sea persona natural o jurídica, podrá solicitar la cancelación o resolución sin expresión de causa de la póliza mediante los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados en la contratación del seguro.

Si la persona natural actúa mediante apoderado, se requerirá adicionalmente una vigencia de poder expedida por Registros Públicos. Si es persona jurídica, se requerirá adicionalmente copia del DNI y del poder del representante legal.

La póliza quedará resuelta a las 23:59 horas del último día del mes de recepción de la respectiva solicitud, extinguiéndose desde ese momento todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

Art. 18° CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La resolución deja sin efecto el contrato de seguros celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso la Compañía Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
- b) Por reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado y/o Beneficiario.
- c) En caso el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Beneficiario.
- d) Por decisión unilateral y sin expresión de causa por el Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía Aseguradora. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro.
- e) Si la reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, no obedece a dolo o culpa inexcusable del contratante y/o asegurado y es constatada antes que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. El ofrecimiento debe contener un ajuste de primas y/o en la cobertura y otorgar un plazo de diez (10) días para que el Contratante se pronuncie por la aceptación o el rechazo. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado. A falta de aceptación, la Compañía Aseguradora puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al contratante, en el plazo de treinta (30) días computado desde el vencimiento del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo anterior.
- f) En caso sean distintas las personas del Contratante y del Asegurado y este último comunique a la Compañía Aseguradora, por escrito, la revocación de su consentimiento de mantener su condición de Asegurado de la presente Póliza La resolución por la presente causal operará desde la recepción de la citada comunicación por parte de la Compañía Aseguradora.

La resolución del Contrato de Seguros en los supuestos señalados en los literales b) y c) operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, dicha comunicación podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico de este.

En el supuesto señalado en el literal a) la Compañía Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima en proporción al período efectivamente cubierto.

En los supuestos señalados en el literal d) la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante y/o Asegurado las primas cobradas de manera proporcional al plazo no corrido.

En los supuestos señalados en los literales b), c) y e) corresponden a la Compañía Aseguradora las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

En los supuestos señalados en los literales a) y d) el Contratante comunicará a los Asegurados la resolución del Contrato de Seguros.

En el supuesto señalado en el literal f) la Compañía Aseguradora devolverá al Contratante la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo que el contrato tuvo vigencia.

Las devoluciones de primas señaladas anteriormente se realizarán de la siguiente manera:

(i) Para los supuestos establecidos en los literales d) y f), el Contratante deberá presentar una solicitud de manera presencial a través de las plataformas de atención ubicadas en las oficinas de la Compañía Aseguradora. Luego de ello, en un plazo de 15 días útiles de recibida la solicitud, la Compañía Aseguradora determinará su procedencia e informará al cliente sobre el resultado de a misma, procediendo en un plazo de 7 días útiles a realizar el proceso de devolución con abono a la cuenta del cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora del monto de la prima que corresponda.

(ii) Para los supuestos establecidos en los literales a), b), c) y e) la Compañía Aseguradora en un plazo de 15 días útiles posteriores a la Resolución del Contrato informará al Contratante y/o Asegurado sobre los efectos de la misma sobre la prima, procediendo luego en un plazo de 7 días útiles a realizar la devolución, con abono a la cuenta del cliente, cheque o a través de caja de la Compañía Aseguradora, del monto de la prima que corresponda, de ser el caso.

Art. 19° DOMICILIOS Y COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

19.1. La Compañía Aseguradora y el Contratante y/o Asegurado señalan como su domicilio y como su dirección de correo electrónico los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares de la póliza.

19.2. 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.

19.3. 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.

19.4. 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).

Art. 20° RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

En caso de reclamos, el Contratante y/o Asegurado puede contactarse con la Compañía Aseguradora a través del Sistema de Atención al Usuario implementado para estos fines, A continuación detallamos las direcciones de nuestras oficinas, teléfonos, correo electrónico y página web de contacto:

- Lima: Av. Canaval y Moreyra 532, 1er. Piso, San Isidro.
- Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107- B, Yanahuara; Piura: Calle Tacna 307; Trujillo: Av. Larco Herrera 535, Urb. La Merced.
- Teléfonos: 222-7777 / 0800-11117.
- Correo electrónico: servicioalcliente.seguros@sura.pe.
- Página web: www.segurosura.pe (opción "contáctenos").

Art. 21° DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre la Compañía Aseguradora y el Asegurado y/o el Beneficiario(s) de la Póliza podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por APESEG (Asociación Peruana de Empresas de Seguros) orientada a la protección de los derechos de los Asegurados o Usuarios de los servicios del seguro privado, mediante la solución de controversias que se susciten entre éstos y las Empresas Aseguradoras. Ello, sin perjuicio del derecho del Beneficiario de acudir a un proceso arbitral o a las autoridades administrativas o judiciales que considere pertinentes.

Art. 22° 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.

Art. 23° REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA

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.

Art. 24° CLÁUSULA DE 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 y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Compañía Aseguradora, ubicado en Av. Canaval y Moreyra 522, San Isidro, Lima.

La Compañía Aseguradora utilizará los datos personales, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio.

Asimismo, la Compañía Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante y/o Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés. 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.

CLÁUSULA ADICIONAL DE COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (BPMA)

Art. 1º DEFINICIONES

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por:

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 los hechos que sean consecuencia de los denominados Accidentes Médicos, entendiéndose como accidentes médicos, a los eventos imprevisibles, derivados de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica o tratamiento médico 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.**

Art. 2º COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios de la póliza, el Capital Asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta Cláusula Adicional, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de la Compañía Aseguradora que la muerte sobreviniere a consecuencia directa de las lesiones originadas por el Accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el Accidente.

Son asegurables bajo esta Cláusula Adicional las personas que a la fecha de ingreso tengan entre dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años y once (11) meses de edad. La edad máxima de permanencia de la presente Cláusula Adicional es de sesenta y nueve (69) años y once (11) meses de edad.

Art. 3º EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su Cobertura y no cubre el fallecimiento del Asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Suicidio, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado al (los) Beneficiario(s), si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio consciente y voluntario, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de vigencia inicial del seguro.
- b) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- c) Práctica 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.

- d) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.
- e) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0.5 gr/lt. al momento del accidente.
- f) 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 fijo entre aeropuertos debidamente establecidos.
- g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- h) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos.
- i) Uso de alucinógenos o drogas no prescritas.
- j) Accidentes médicos y accidentes cerebro vasculares (ACV).

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza.

Art. 4° RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía Aseguradora podrá cubrir mediante esta cláusula adicional los Accidentes que afecten al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o Deportes

Riesgosos referidos en el artículo 3 Exclusiones, incisos b), c) y d) de la presente cláusula adicional, siempre y cuando éstos hayan sido declarados por el Contratante y aceptados expresamente por la Compañía Aseguradora, y se realice el pago de la extra-prima respectiva, dejándose constancia de esta inclusión en la presente Cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Art. 5° TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cobertura Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente, quedando sin efecto en los casos de Suspensión o Resolución automática por falta de pago de prima, liquidación o vencimiento de la Cobertura Principal.

El pago de la prima correspondiente a la presente cobertura después de haber quedado sin efecto esta Cláusula Adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización generada por un accidente que se produzca con posterioridad a esa fecha. En tal caso, la Compañía Aseguradora sólo devolverá al Contratante la prima recibida, sin intereses.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ADELANTO DE 50% POR ENFERMEDADES GRAVES (ENGR50%)

Art. 1º DEFINICIONES

- **Enfermedades Graves:** Enfermedades graves diagnosticadas al Asegurado durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional y siempre que la Cobertura Principal se encuentre vigente. Son únicamente las que de manera expresa se describen en la presente Cláusula Adicional.

Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por Enfermedad Grave:

- a) **Enfermedad Cerebrovascular (ACV):** Muerte del tejido cerebral debido a un evento cerebrovascular agudo causado por trombosis o hemorragia intracraneal (incluida la hemorragia subaracnoidea), o embolia proveniente de una fuente extracraneal con: Aparición aguda de nuevos síntomas neurológicos, y nuevo déficit neurológico evidenciado en el examen clínico.

El déficit neurológico debe persistir por más de 3 meses siguientes a la fecha de diagnóstico. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista en neurología y apoyado con los correspondientes estudios de imagen.

No están cubiertos por esta definición:

- Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)
- Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos
- Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).

- b) **Cáncer - Excluyendo estadios poco avanzados.** Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un Especialista.

Están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

No están cubiertos por esta definición los estadios poco avanzados:

- Ningún tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ (incluyendo el carcinoma ductal y lobular in situ de mama y la displasia cervical CIN-1, CIN 2 y CIN-3).
- Ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.
- La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.
- Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.
- Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.
- Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.
- Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.
- Gammopatía monoclonal de significado indeterminado.
- Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.
- Tumor del estroma gastrointestinal (sigla en inglés GIST) en estadio I y II de acuerdo con el Manual de estadificación del cáncer de la AJCC, séptima edición (2010).

- Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.
 - Carcinoma microinvasor de mama (histológicamente clasificado como T1mic) a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.
 - Carcinoma microinvasor del cuello uterino (histológicamente clasificado como estadio IA1) a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.
- c) Infarto del Miocardio:** Un infarto de miocardio es la muerte del tejido cardíaco debido a una obstrucción prolongada del flujo sanguíneo. Bajo esta definición, el infarto de miocardio se manifiesta por un aumento y/o caída de los biomarcadores cardíacos (troponina o CKMB) a niveles considerados como diagnóstico de infarto de miocardio, junto con al menos dos de los siguientes criterios:
- Síntomas de isquemia (como angina de pecho).
 - Cambios en el Electrocardiograma sugestivos de nueva isquemia (nuevos cambios ST-T o nuevo bloqueo de rama izquierda).
 - Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG.
 - El diagnóstico debe ser confirmado por un cardiólogo.
- No están cubiertos por esta definición:
- Síndrome agudo coronario (angina de pecho estable o inestable).
 - Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas (p.ej. miocarditis, disfunción apical, contusión cardíaca, embolia pulmonar, toxicidad de drogas).
 - Infarto de miocardio con arterias coronarias normales o causados por vasoespasmo coronario, puentes miocárdicos o abuso de drogas.
 - Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria o cirugía bypass.
- d) Estadio final de enfermedad renal – requiere diálisis permanente:** Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones, que como consecuencia requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal. Las diálisis deben ser médicamente necesarias y confirmadas por un especialista en nefrología.

No está cubierta por esta definición la Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporal.

- e) Cirugía de revascularización arterial coronaria o cirugía de bypass – para tratar la enfermedad coronaria de múltiples vasos:** Cirugía de corazón para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias con injertos (venosos o arteriales) de derivación (bypass).

Cirugía cardíaca con esternotomía completa (división vertical del esternón) y los procedimientos mínimamente invasivos (esternotomía o toracotomía parcial) están cubiertos. La necesidad de cirugía debe ser determinada por un cardiólogo o cirujano cardíaco y apoyado por los resultados de angiografía coronaria.

No están cubiertos por esta definición:

- La cirugía de bypass para tratar el estrechamiento u obstrucción de una arteria coronaria.
- La angioplastia coronaria o implante de stent.

Art. 2º COBERTURA

2.1. La Compañía Aseguradora pagará al Contratante un 50% de adelanto del Capital Asegurado de la Cobertura Principal, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, en caso que al Asegurado se le diagnostique clínicamente alguna de las siguientes enfermedades y/o intervenciones:

SEGURO DE VIDA TEMPORAL EN NUEVOS SOLES - CLÁUSULAS ADICIONALES

- Enfermedad Cerebrovascular (ACV).
- Cáncer.
- Infarto del Miocardio.
- Estadio final de enfermedad renal – requiere diálisis permanente.
- Cirugía de revascularización arterial coronaria o cirugía de bypass – para tratar la enfermedad coronaria de múltiples vasos.

2.2. La Compañía Aseguradora cumplirá con otorgar la Cobertura en la forma prevista en el párrafo precedente, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la Cobertura Principal esté vigente.
- b) Que la enfermedad grave se diagnostique durante la vigencia de esta Cláusula Adicional y luego de vencido el Período de Carencia.

En tal caso, el Capital Asegurado de la Cobertura Principal y el de las Cláusulas Adicionales pactadas, se disminuirán en el mismo porcentaje que el adelanto efectuado en virtud de esta Cláusula de Enfermedades Graves.

Son asegurables bajo esta Cláusula Adicional las personas que a la fecha de ingreso tengan entre dieciocho (18) años y sesenta y tres (63) años y once (11) meses de edad. La edad máxima de permanencia de la presente Cláusula Adicional es de sesenta y cuatro (64) años y once (11) meses de edad.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho, en cada aniversario del seguro principal, a modificar la prima correspondiente a esta cobertura adicional, de acuerdo a la tarifa vigente en esa fecha. En todo caso la Compañía informará al contratante de la póliza de esta modificación con una anticipación de sesenta (60) días a la fecha antes referida, teniendo el derecho el contratante de la póliza a aceptar la modificación o renunciar a esta cobertura adicional, lo cual deberá informar a la Compañía en un plazo de treinta (30) días contado desde la recepción de la comunicación de ésta.

Si el contratante de la póliza así no lo hiciere, se entenderá que acepta la modificación de la prima propuesta por la Compañía Aseguradora correspondiente a esta cobertura adicional.

Art. 3° PERIODO DE CARENCIA

La Compañía Aseguradora no cubrirá ninguna de las enfermedades detalladas en la presente Cláusula Adicional si éstas fueran diagnosticadas durante un periodo de carencia de 90 días calendario contados a partir de la fecha de vigencia inicial. Adicionalmente, en caso que durante la vigencia de la póliza se aumente el capital asegurado, se aplicará un período de carencia de 90 días calendario contados desde la entrada en vigencia de dicho aumento de capital asegurado sólo respecto del monto del incremento de la suma asegurada.

Art. 4° EXCLUSIONES

Se excluyen, con carácter general para la Coberturas de la presente Cláusula Adicional, la Enfermedad Grave que ha sido causa directa o indirecta de:

- a) Suicidio, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado al (los) Beneficiario(s), si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio consciente y voluntario, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de vigencia inicial del seguro.

- b) Adicción al alcohol o drogas.
- c) Enfermedad preexistente no declarada por el Asegurado al momento de suscribir la presente póliza. 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.
- d) Enfermedades por una infección HIV.
- e) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- f) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

Art. 5° TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Suspensión o resolución por falta de pago de prima, ocurrencia del siniestro o vencimiento l de la vigencia de la cobertura principal.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad o a la edad de término de esta Cláusula Adicional señalada expresamente en las Condiciones Particulares
- c) Al efectuarse el pago del Capital Asegurado por concepto de la Cobertura Principal.

El pago de la prima correspondiente a la presente Cobertura después de haber quedado sin efecto esta Cláusula Adicional, no dará derecho, en ningún caso, a la indemnización generada por una Enfermedad Grave que se diagnostique con posterioridad a esa fecha. En tal caso, la Compañía Aseguradora sólo devolverá al Contratante la prima recibida, sin intereses.

Art. 6° PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITUD DE COBERTURA Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Para efectos de obtener los beneficios de la presente cláusula, el Contratante o el Asegurado, deberán notificar por escrito a la Compañía Aseguradora, dentro de los 90 días calendario siguientes a la fecha en que se haya producido el diagnóstico al Asegurado de alguna de las enfermedades graves. Se deja a salvo el derecho del Asegurado de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida acudir a la vía judicial para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo antes señalado.

El Contratante o Asegurado deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora la información necesaria

según diagnóstico, que se detalla a continuación:

Cáncer:

- Copia Historia Clínica foleada y fedateada.
- Informe Anátomo Patológico

Infarto al Miocardio:

- Copia Historia Clínica foleada y fedateada.
- Electrocardiogramas (Reportes y trazados) actuales.
- Resultado de medición de las Enzimas cardíacas y tromponias.
- Copia de angiografía (si fue realizada).

Enfermedad Cardiovascular:

- Estudios de imágenes correspondientes (por ejemplo: resonancia magnética, Scan, CT, Tomografía, etc).

Cirugía de revascularización arterial coronaria o Cirugía de bypass o Cirugía de la aorta o Cirugía de las válvulas cardíacas:

- Copia Historia Clínica foleada y fedateada.
- Informe operatorio.

Estadio final de enfermedad renal:

- Copia Historia Clínica foleada y fedateada.
- Informe del nefrólogo.

La Compañía Aseguradora, bajo su propio costo, podrá solicitar nuevas pruebas y exámenes para confirmar la veracidad del diagnóstico, tipo de enfermedad y fecha en que ésta se haya configurado.

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde que se haya completado toda la documentación exigida en la presente cláusula, si el Asegurado padece de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas en la presente Cláusula Adicional con la finalidad de consentir o rechazar la solicitud de cobertura.

CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE (ACI)

Art. 1° DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Cláusula Adicional se entiende por:

- a) **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 los hechos que sean consecuencia de 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.**
- b) **Invalidez Total Permanente:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, por causa de enfermedad o Accidente y que le produzca un menoscabo irreversible de al menos 80% de su capacidad de trabajo.

Aun cuando este contrato de seguros es un contrato privado sujeto a la Ley General del Sistema Bancario y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y demás normas de seguros aplicables, la Invalidez Total y Permanente será evaluada conforme a las Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP.

En todo caso, se consideran casos de Invalidez Total Permanente:

- La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
- Pérdida total de:
 - i. Ambos brazos.
 - ii. Ambas manos.
 - iii. Ambas piernas.
 - iv. Ambos pies, o
 - v. Un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.

El término Invalidez que aparezca en lo sucesivo significará Invalidez Total Permanente.

- c) **Pérdida Total de un Órgano:** La eliminación de una parte del cuerpo humano en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional o la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiológica, de uno o más miembros o de uno o más y órganos, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro u organismo comprometido.
- d) **Miembro:** Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de locomoción o prensión, tales como piernas y brazos.
- e) **Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

Art. 2° COBERTURA

En caso de Invalidez Total Permanente a consecuencia de enfermedad o accidente del Asegurado, la Compañía Aseguradora pagará anticipadamente al Contratante el Capital Asegurado de la Cobertura

SEGURO DE VIDA TEMPORAL EN NUEVOS SOLES - CLÁUSULAS ADICIONALES

Principal en la fecha en que se dictamine la invalidez, siempre que se cumpla las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza principal esté vigente al momento de la ocurrencia del siniestro.
- b) Que la invalidez Total Permanente se origine o configure por enfermedad originada o Accidente ocurrido durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional y siempre que no se encuentren dentro de las Exclusiones.

Se deja expresa constancia que el monto del Capital Asegurado a pagar por esta Cláusula Adicional a la fecha de invalidez, será igual hasta el monto que se debiera indemnizar por la Cobertura Principal en caso de fallecimiento del Asegurado.

Por consiguiente, el pago al Contratante de la indemnización por concepto de la presente Cláusula Adicional producirá la resolución automática de la Cobertura Principal y de todas las demás Cláusulas Adicionales, de la misma forma que si se hubiese pagado el Capital Asegurado por fallecimiento en la Cobertura Principal. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones. Son asegurables bajo esta Cláusula Adicional las personas que a la fecha de ingreso tengan entre dieciocho (18) años y sesenta y tres (63) años y once (11) meses de edad. La edad máxima de permanencia de la presente Cláusula Adicional es de sesenta y cuatro (64) años y once (11) meses de edad.

Art. 3° EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total Permanente del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Suicidio, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado al (los) Beneficiario(s), si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio consciente y voluntario, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de vigencia inicial del seguro.
- b) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- c) 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.
- d) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose

como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

- e) Invalidez causada cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0.5 gr/lt. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional
- f) 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 oficialmente para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario fijo entre aeropuertos debidamente establecidos.
- g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

Art. 4° RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía Aseguradora podrá cubrir mediante esta cláusula adicional la Invalidez que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o Deportes Riesgosos referidos en el artículo 3 Exclusiones, incisos b), c) y d) de la presente cláusula adicional, siempre y cuando éstos hayan sido declarados por el Contratante y aceptados expresamente por la Compañía Aseguradora, y se realice el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia de esta inclusión en la presente Cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Art. 5° TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Suspensión o resolución por falta de pago de prima, ocurrencia del siniestro o vencimiento de la vigencia de la cobertura principal.

b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad o a la edad de término de esta Cláusula Adicional señalado expresamente en las Condiciones Particulares.

Art. 6° PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITUD DE COBERTURA Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Para efectos de obtener los beneficios de la presente Cláusula Adicional, el Contratante o el Asegurado deberán notificar por escrito a la Compañía Aseguradora el diagnóstico de Invalidez del Asegurado, dentro de los 90 días calendarios siguientes a la fecha en que éste haya sido emitido. Se deja a salvo el derecho del Asegurado de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida acudir a la vía judicial para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo antes señalado.

El Contratante deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora el dictamen de invalidez total y permanente definitivo emitido por el Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP), así como los resultados de las pruebas y exámenes que determinaron el diagnóstico que configuro la Invalidez Total y Permanente y la enfermedad o accidente que la origina. La Compañía Aseguradora, bajo su propio costo, podrá solicitar nuevas pruebas y exámenes al Asegurado para confirmar la veracidad del diagnóstico, tipo de enfermedad y fecha en que ésta se haya configurado.

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de recibida toda la documentación referida en el párrafo anterior y realizados todos los exámenes y pruebas al Asegurado, si se ha producido o no la Invalidez.

Art. 7° APELACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si concluido el procedimiento previsto en el artículo 6° de esta cláusula, la Compañía Aseguradora determina que no se encuentra cubierta la Invalidez del Asegurado, el Contratante, dentro de los diez días calendario siguientes de recibida la comunicación de rechazo de cobertura podrá solicitar que la Invalidez del Asegurado sea evaluada por una junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él (Asegurado). Para ello, deberá presentar ante la Compañía Aseguradora una solicitud adjuntando las pruebas que considere conveniente, las cuales serán revisadas por la Compañía Aseguradora y remitida en un plazo máximo de 30 días a la Junta Médica antes indicada. Los médicos de la Junta Médica referida deberán encontrarse ejerciendo, o cuando menos haber ejercido durante un año, como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico Central de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC).

La Junta Médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose sobre la invalidez conforme a las normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones, determinando a su vez la fecha en que se configuró la Invalidez.

La Junta Médica podrá requerir al Asegurado los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de invalidez del Asegurado por algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo.

El costo de esta evaluación será compartido en partes iguales entre el Contratante y la Compañía Aseguradora.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora, el Contratante deberá continuar con el pago regular de la prima.

Si procede el pago de la indemnización, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la fecha de siniestro que determine el pronunciamiento de la Junta Médica.

CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO ADICIONAL DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE (ACI-AD)

Art. 1° DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Cláusula Adicional se entiende por:

- a) **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 los hechos que sean consecuencia de 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.**
- b) **Invalidez Total Permanente:** La pérdida o disminución de las fuerzas físicas o intelectuales que sufra el Asegurado, por causa de enfermedad o Accidente y que le produzca un menoscabo irreversible de al menos 80% de su capacidad de trabajo.

Aun cuando este contrato de seguros es un contrato privado sujeto a la Ley General del Sistema Bancario y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y demás normas de seguros aplicables, la Invalidez Total y Permanente será evaluada conforme a las Normas de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez del Sistema Privado de Pensiones, regulado por el Decreto Supremo N° 058-94-EF y Resolución N° 291-98-EF/SAFP.

En todo caso, se consideran casos de Invalidez Total Permanente:

- La pérdida total de ambos ojos, de modo irreparable.
- Pérdida total de:
 - i. Ambos brazos.
 - ii. Ambas manos.
 - iii. Ambas piernas.
 - iv. Ambos pies, o
 - v. Un brazo o mano conjuntamente con una pierna o pie.

El término Invalidez que aparezca en lo sucesivo significará Invalidez Total Permanente.

- c) **Pérdida Total de un Órgano:** La eliminación de una parte del cuerpo humano en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional o la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiológica, de uno o más miembros o de uno o más y órganos, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro u organismo comprometido.
- d) **Miembro:** Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de locomoción o prensión, tales como piernas y brazos.
- e) **Órgano:** Cualquiera de las partes del cuerpo humano que ejercen una función.

Art. 2° COBERTURA

En caso de Invalidez Total Permanente a consecuencia de enfermedad o accidente del Asegurado, la Compañía Aseguradora pagará al Contratante el Capital Asegurado de la Cobertura Principal en la

SEGURO DE VIDA TEMPORAL EN NUEVOS SOLES - CLÁUSULAS ADICIONALES

fecha en que se dictamine la invalidez, siempre que se cumpla las siguientes condiciones:

- a) Que la póliza principal esté vigente al momento de la ocurrencia del siniestro.
- b) Que la invalidez Total Permanente se origine o configure por enfermedad originada o Accidente ocurrido durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional y siempre que no se encuentren dentro de las Exclusiones.

Se deja expresa constancia que el monto del Capital Asegurado a pagar por esta Cláusula Adicional a la fecha de invalidez, será igual hasta el monto que se debiera indemnizar por la Cobertura Principal en caso de fallecimiento del Asegurado.

El pago al Contratante de la indemnización por concepto de la presente Cláusula Adicional NO producirá la resolución automática de la Cobertura Principal ni de todas las demás Cláusulas Adicionales.

Son asegurables bajo esta Cláusula Adicional las personas que a la fecha de ingreso tengan entre dieciocho (18) años y sesenta y tres (63) años y once (11) meses de edad. La edad máxima de permanencia de la presente Cláusula Adicional es de sesenta y cuatro (64) años y once (11) meses de edad.

Art. 3° EXCLUSIONES

La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total Permanente del asegurado que ocurra a consecuencia de:

- a) Suicidio, o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento. No obstante, la Compañía Aseguradora pagará el Capital Asegurado al (los) Beneficiario(s), si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio consciente y voluntario, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de vigencia inicial del seguro.
- b) Participación del Asegurado en actos temerarios, riñas y peleas o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales, aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Una actividad es notoriamente peligrosa cuando el peligro no deriva de un acto aislado u ocasional, sino de un acto que por sí mismo resulta peligroso en cualquier momento.
- c) 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.
- d) Realización o practica de una actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, considerándose como tales aquellas actividades que constituyan una clara agravación del riesgo, que se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos o donde se ponga en grave peligro la vida o integridad física de las personas, incluyen al conjunto de tareas y funciones propias de una

ocupación, profesión o labor que exponen al trabajador al riesgo de sufrir daños, accidentes o perjuicios para su salud o integridad, ya sea por efectos de la manipulación de materiales peligrosos, sustancias corrosivas o explosivas, maquinaria pesada, armamento, o exposición a condiciones climáticas extremas, esfuerzo físico o mental importante o cumplimiento de horarios nocturnos o irregulares, y que dichas actividades no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar el seguro o durante la vigencia del mismo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se consideran como actividades riesgosas el manejo o trabajo con o cerca de materiales explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, servicio de seguridad y vigilancia público o privado, corrida de toros, levantar o mover mercancías de gran peso, manejo de armas de fuego, manejar sustancias corrosivas o tóxicas, entrar en contacto con sustancias radioactivas, realizar viajes a lugares inhóspitos, realizar trabajos con alto voltaje, utilizar aviones privados o vuelos no regulares.

- e) Invalidez causada cuando el asegurado se encuentre en situación de embriaguez o drogas o en estado de sonambulismo. Se considera que el asegurado está en estado de embriaguez cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor a 0.5 gr/lt. al momento del accidente. Para efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del accidente, se considerará que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lt por hora, conforme a la fórmula utilizada por la sanidad de la Policía Nacional.
- f) 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 oficialmente para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario fijo entre aeropuertos debidamente establecidos.
- g) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

Asimismo, se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza.

Art. 4° RIESGOS CUBIERTOS BAJO ESTIPULACIÓN EXPRESA

La Compañía Aseguradora podrá cubrir mediante esta cláusula adicional la Invalidez que afecte al Asegurado como consecuencia directa del desempeño o práctica de actividades o Deportes Riesgosos referidos en el artículo 3 Exclusiones, incisos b), c) y d) de la presente cláusula adicional, siempre y cuando éstos hayan sido declarados por el Contratante y aceptados expresamente por la Compañía Aseguradora, y se realice el pago de la extraprima respectiva, dejándose constancia de esta inclusión en la presente Cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Art. 5° TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesorio de la Cobertura Principal y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válida mientras la Cobertura Principal esté vigente, quedando sin efecto en los siguientes casos:

- a) Suspensión o resolución por falta de pago de prima, ocurrencia del siniestro o vencimiento de la vigencia de la cobertura principal.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad o a la edad de término de esta Cláusula Adicional señalado expresamente en las Condiciones Particulares.

Art. 6° PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITUD DE COBERTURA Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Para efectos de obtener los beneficios de la presente Cláusula Adicional, el Contratante o el Asegurado deberán notificar por escrito a la Compañía Aseguradora el diagnóstico de Invalidez del Asegurado, dentro de los 90 días calendarios siguientes a la fecha en que éste haya sido emitido. Se deja a salvo el derecho del Asegurado de que luego de realizar la Solicitud de Cobertura a la Compañía Aseguradora, decida acudir a la vía judicial para reclamar la indemnización aún luego de transcurrido el plazo antes señalado.

El Contratante deberá proporcionar a la Compañía Aseguradora el dictamen de invalidez total y permanente definitivo emitido por el Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP), así como los resultados de las pruebas y exámenes que determinaron el diagnóstico que configuro la Invalidez Total y Permanente y la enfermedad o accidente que la origina. La Compañía Aseguradora, bajo su propio costo, podrá solicitar nuevas pruebas y exámenes al Asegurado para confirmar la veracidad del diagnóstico, tipo de enfermedad y fecha en que ésta se haya configurado.

La Compañía Aseguradora determinará en un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de recibida toda la documentación referida en el párrafo anterior y realizados todos los exámenes y pruebas al Asegurado, si se ha producido o no la Invalidez.

Art. 7° APELACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si concluido el procedimiento previsto en el artículo 6° de esta cláusula, la Compañía Aseguradora determina que no se encuentra cubierta la Invalidez del Asegurado, el Contratante, dentro de los diez días calendario siguientes de recibida la comunicación de rechazo de cobertura podrá solicitar que la Invalidez del Asegurado sea evaluada por una junta Médica compuesta por tres médicos cirujanos, elegidos por él (Asegurado). Para ello, deberá presentar ante la Compañía Aseguradora una solicitud adjuntando las pruebas que considere conveniente, las cuales serán revisadas por por la Compañía Aseguradora y remitida en un plazo máximo de 30 días a la Junta Médica antes indicada. Los médicos de la referida Junta Médica deberán encontrarse ejerciendo, o cuando menos haber ejercido durante un año, como miembros titulares del Comité Médico de las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (COMAFP) o del Comité Médico Central de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC).

La Junta Médica evaluará la invalidez del Asegurado, pronunciándose sobre la invalidez conforme a las normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones, determinando a su vez la fecha en que se configuró la Invalidez.

La Junta Médica podrá requerir al Asegurado los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de invalidez del Asegurado por algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo.

El costo de esta evaluación será compartido en partes iguales entre el Contratante y la Compañía Aseguradora.

Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora, el Contratante deberá continuar con el pago regular de la prima.

Si procede el pago de la indemnización, se devolverán las primas pagadas desde el mes siguiente a la fecha de siniestro que determine el pronunciamiento de la Junta Médica.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DISPENSA DE PAGO DE PRIMA

Art. 1° DEFINICIONES

Aplican las mismas definiciones especificadas en las coberturas solicitadas por el cliente.

Art. 2° OBJETO

Esta Cláusula podrá ser contratada únicamente si el asegurado contrata las coberturas "CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO ADICIONAL DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE (ACI-AD)" y/o "CLÁUSULA ADICIONAL DE ADELANTO DE 50% POR ENFERMEDADES GRAVES (ENGR50%)", ya sea que contrate dichas coberturas de manera individual o conjunta.

En caso se active alguna de las coberturas adicionales antes señaladas, la Compañía Aseguradora exonerará al Contratante del pago de la prima que por concepto de la cobertura principal y coberturas adicionales se devengue, a partir de la fecha en que se dichas coberturas se activen, y siempre que se cumpla que la póliza principal esté vigente.

En todo caso, sólo procederá la exoneración de pago de primas que esta Cláusula Adicional otorga, si la activación de las coberturas "CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO ADICIONAL DEL CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE (ACI-AD)" y/o "CLÁUSULA ADICIONAL DE ADELANTO DE 50% POR ENFERMEDADES GRAVES (ENGR50%)" se han producido durante la vigencia de esta cláusula.

Las primas exoneradas en virtud de esta cláusula no reducirán en modo alguno las indemnizaciones de la Cobertura Principal.

Art. 3° EXCLUSIONES

Se entiende que rigen para esta Cláusula Adicional las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza y en las cláusulas adicionales según sean las coberturas contratadas.

Seguros SURA

Lima: Canaval y Moreyra 532, piso 1, San Isidro.

Provincias: Arequipa: Av. Ejército 107-B, Yanahuara; Piura: Calle Tacna 307; Trujillo: Av. Víctor Larco 535, Urb. La Merced.

Servicio al Cliente: Lima: 222-7777 / Provincias: 0800-11117 (Línea Gratuita).

www.segurossura.pe

Encuétranos como SURA Perú en:

