

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL

Se debe contestar todas las preguntas con letra legible:

1. DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		S C D CONVIVIENTE	
ESTADO CIVIL		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE DOCUMENTO		M F / / /	
TIPO DE DOCUMENTO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
DIRECCIÓN		DISTRITO / PROVINCIA		DEPARTAMENTO			
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONOS					
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG.		INDIQUE SU TALLA EN CM.		INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL			

2. ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		S C D CONVIVIENTE	
ESTADO CIVIL		DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE DOCUMENTO		M F / / /	
TIPO DE DOCUMENTO		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			
DIRECCIÓN		DISTRITO / PROVINCIA		DEPARTAMENTO			
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONOS					
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG.		INDIQUE SU TALLA EN CM.		INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL			

1/18

3. DATOS DEL CONTRATANTE (BENEFICIARIO PRINCIPAL)

FONDO DE VIVIENDA MILITAR DE LA FUERZA AEREA DEL PERU - FOVIMFAP		20492072479	
RAZÓN Y/O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	
01-947602604		AV ESTEBAN CAMERE 591 URB SAN ROQUE	
TELÉFONO		DIRECCIÓN	
SANTIAGO DE SURCO – LIMA		LIMA	
DISTRITO / PROVINCIA		DEPARTAMENTO	

4. INFORMACION SOBRE EL PRESTAMO

Producto	Moneda	Plazo	Monto del Préstamo.

Marcar con un aspa(x) el tipo de crédito:

Individual - Asegurado Titular	<input type="checkbox"/>
Mancomunado – Asegurado Adicional	<input type="checkbox"/>

INFORMACION REQUERIDA DEL ASEGURADO	TITULAR		ADICIONAL	
	SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Se encuentra usted, actualmente, en buen estado de salud?				
2. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad?				
3. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?				
4. ¿Padece o ha padecido de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?				

Código SBS VI2077400142 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Av. Javier Prado Este, esquina con Fco. Masías N° 370, Tercer Piso San Isidro. Lima- Perú RUC: 20454073143 Teléfono(511) 513-0000

5. ¿Tiene algún defecto físico?				
6. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar Cáncer?				
7. ¿Ha aumentado o disminuido considerablemente de peso en los últimos 2 años?				
8. ¿Se encuentra usted, actualmente con algún síntoma de enfermedad o en tratamiento?do de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?				
9. ¿Toma usted, en la actualidad, algún medicamento?				
10. ¿Participa usted en carreras automovilísticas, de motocicleta o practica algún deporte o hobby peligroso?				
11.¿Viaja Ud.en helicóptero, aviones militares, de instrucción, aviones o avionetas particulares no comerciales ?				

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO:

Respuesta N°	Detalle ampliatorio

5. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

- Prestamos menores o iguales a S/10,000 o su equivalente en dólares, se exonera del llenado de Declaración Personal de Salud (DPS). En caso el asegurado tenga crédito(s) vigente(s) y solicite un nuevo préstamo y la suma de ambos préstamos sea mayor o igual a S/10,001 o su equivalente en dólares está obligado a llenar DPS.
- El Canal podrá aprobar directamente La Declaración Personal de Salud (DPS) que no tenga ninguna observación en el peso e índice de masa corporal (no exceder de 32 IMC y no ser inferior o igual 18 IMC) del solicitante, que no contenga ninguna respuesta afirmativa relacionada a una patología, que no tenga ningún requerimiento adicional del solicitante

de un nuevo préstamo o modificación de su préstamo por monto y plazo (se considerará cúmulos por préstamos anteriores), será aceptada automáticamente para la contratación del seguro. Esta condición aplica solo para los préstamos hasta por el monto de S/. 150,000 o su equivalente en dólares.

La fórmula del IMC es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$$

- Requisitos de asegurabilidad (Rangos de edad y sumas aseguradas para DPS y exámenes médicos), según términos de la compañía de seguros detallados a continuación:

2/18

EDADES	MONTOS	EXÁMENES
Desde 18 a 40 años	TODOS	A
Hasta 41 años	Hasta S/ 300,000	A
	Desde S/ 300,001 hasta S/ 360,000	A + B
Desde 42 años a 51 años	De S/ 360,001 a más	A + B + C
	Hasta S/240,000	A
	Desde S/240,001 hasta S/ 300,000	A + B
Desde 52 años	De S/ 300,00 a más	A + B + C
	Hasta S/ 150,000	A
	Desde S/ 150,001 hasta S/ 240,000	A + B
	De S/ 240,00 a más	A + B + C

DEFINICIONES

Examen A:	Cuestionario Médico simplificado (Declaración personal de salud)
Examen B:	Cuestionario Médico específico (Examen Simple por Médico Compañía)
Examen C:	Examen Médico con: análisis de orina completo, electrocardiograma y test de esfuerzo, radiografía de tórax y análisis de sangre completo con test VIH.

Los recargos de suscripción son de 25%, 50%, 75 %, 100%, 125% y 150% como máximo.

Nota: En caso el recargo supere el límite máximo establecido, se procederá a enviar una carta con el % de recargo y será decisión del prestatario si la acepta o no. En caso no la acepte, se rechazará la suscripción.

6. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO:

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera y exacta; y que cualquier omisión o falsedad anula el contrato de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad.

Declaro que he tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales de la Póliza, a cuyas

estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.lapositiva.com.pe

Autorizo expresamente a La Positiva Vida, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por la póliza requerida, a acceder a mi historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera

7. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en el numeral inicial del presente documento (la presente política únicamente será firmada por el contratante cuando este sea una persona natural distinta al asegurado. En caso, el contratante sea una persona jurídica, el asegurado es responsable del llenado y firma de la política), en forma libre y voluntaria declara y acepta lo siguiente:

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA VIDA S.A SEGUROS Y REASEGUROS** con domicilio en Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, en adelante, **LA ASEGURADORA**.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° 4267.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

FINALIDADES SECUNDARIAS

Asimismo Ud. autoriza y otorga a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A. y a La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e

informado, para que estas puedan dar tratamiento a sus datos personales con la finalidad secundaria que a continuación se menciona:

Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.

Si acepto () / No acepto ()

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona a **LA ASEGURADORA** los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

3/18

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en LA ASEGURADORA. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de LA ASEGURADORA en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en LA ASEGURADORA, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., LA ASEGURADORA deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de LA ASEGURADORA, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link: https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6ea/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERE&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6ea-nlD2pG8 para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito

Por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa a mis afiliaciones a la EPS y/o pólizas de seguro, así como sus endosos y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan.

De producirse algún cambio en los medios electrónicos indicados, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

La Aseguradora informará al Contratante a los 15 días de presentada la solicitud si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que LA ASEGURADORA será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, LA ASEGURADORA ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

Marcar con un aspa: **Acepto** () / **No acepto** ()

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias:

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias, se encuentra acorde a los datos personales inicialmente brindado a través del presente documento, teniéndose en consideración las disposiciones iniciales de la presente política.

Fecha de Suscripción: _____

Nota: En caso de menores de edad y/o titulares de datos que no puedan firmar el texto de obtención de consentimiento la firma del presente documento será realizada por los padres, tutores o representantes legales quienes serán responsables de todos los actos realizados por los menores a su cargo o representados.

4/18

Fecha de Declaración

Firma del Solicitante /
Contratante / Asegurado

Asegurado Adicional

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		S C D CONVIVIENTE ESTADO CIVIL	
DNI <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO			
TIPO DE DOCUMENTO							
DISTRITO		PROVINCIA		TELÉFONOS			
DIRECCIÓN				DEPARTAMENTO			

2. DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL: (Cuando corresponda– Crédito Mancomunado)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		S C D CONVIVIENTE ESTADO CIVIL	
DNI <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE DOCUMENTO		PARENTESCO		FECHA DE NACIMIENTO	
TIPO DE DOCUMENTO							
DISTRITO		PROVINCIA		TELÉFONOS			
DIRECCIÓN				DEPARTAMENTO			

3. EDAD MINIMA Y MAXIMA DE INGRESO

Desde los 18 hasta los 69 años, 11 meses y 29 días

5/18

4. EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA

Hasta los 83 años, 11 meses y 29 días

5. DATOS DEL BENEFICIARIO

FONDO DE VIVIENDA MILITAR DE LA FUERZA AEREA DEL PERU - FOVIMFAP		20492072479	
RAZÓN Y/O DENOMINACIÓN SOCIAL		RUC	
01-947602604		AV ESTEBAN CAMERE 591 URB SAN ROQUE	
TELÉFONO		DIRECCIÓN	
SANTIAGO DE SURCO		LIMA	
DISTRITO		PROVINCIA	
		LIMA	
		DEPARTAMENTO	

6. SUMA ASEGURADA:

La suma asegurada es el saldo insoluto del crédito del Asegurado con el Beneficiario Principal al momento del fallecimiento o invalidez. La suma asegurada máxima por Asegurado es de hasta S/. 800,000.00 o su equivalente en moneda extranjera.

7. VIGENCIA:

Desde: las 12:00 horas del __/__/____ Hasta: las 12:00 horas del __/__/____. La vigencia del seguro es mensual, con renovación automática.

8. FECHA DE EMISIÓN: __/__/____

9. COBERTURAS:

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

La cobertura de estas se extienden a cubrir las 24 horas las actividades propias de las funciones del prestatario y las que esta sean encomendadas

10. PRIMA Y FORMA DE PAGO:

El monto de la prima comercial se determina aplicando las siguientes tasas sobre saldo insoluto del préstamo, la misma que será cancelada de forma mensual¹

Titular: 0.299‰ (Por mil)
Mancomunado: 0.580‰ (Por mil)

Para los asegurados con edades superiores a los 80 años de edad dentro de la permanencia del seguro las condiciones son las siguientes:

Tasa titular: 0.61‰ (Por mil)
Tasa Mancomunado: 1.18‰ (Por mil)

La prima comercial incluye los siguientes conceptos:

- Cargo por la intermediación del Corredor de Seguros
Nombre: ARIAS & ASOCIADOS CORREDORES DE SEGUROS S.A.C.
Registro SBS: J0846
Monto: 15%

Las bonificaciones, premios y demás beneficios que pudieran otorgarse a los corredores de seguros y/o comercializadores por la intermediación de la presente póliza, consistirán en un (i) porcentaje de dinero o (ii) viajes que se determinaran sobre la cantidad de póliza colocadas en el año y el logro de las metas establecidas por la Positiva Vida, entre otros aspectos que se definan cada año.

11. CONDICIONES ESPECIALES A CONSIDERAR:

- Cubre las 24 horas todos los días del año.
- Guerra o guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, declarada o no, rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, motín, terrorismo, conmoción civil. Se excluye al asegurado en caso haya participado en calidad de autor o cómplice de estas actividades.
- Realización de actividades riesgosas y/o deportes riesgosos: escalamiento, alpinismo, andinismo, montañismo, parapente, ala delta, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, canotaje y práctica de surf. Siempre y cuando se realicen durante la actividad militar encomendada.
- Por el uso como pasajero de cualquier medio habitual de transporte, sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo. Siempre y cuando se realicen durante la actividad militar encomendada

6/18

12. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Prestamos menores o iguales a S/10,000 o su equivalente en dólares, se exonera del llenado de Declaración Personal de Salud (DPS). En caso el asegurado tenga crédito(s) vigente(s) y solicite un nuevo préstamo y la suma de ambos préstamos sea mayor o igual a S/10,001 o su equivalente en dólares está

obligado a llenar DPS.

Requisitos de asegurabilidad (Rangos de edad y sumas aseguradas para DPS y exámenes médicos), según términos de la compañía de seguros detallados a continuación:

EDADES	MONTOS	EXÁMENES
Desde 18 a 40 años	TODOS	A
Hasta 41 años	Hasta S/ 300,000	A
	Desde S/ 300,001 hasta S/ 360,000	A + B
	De S/ 360,001 a más	A + B + C
Desde 42 años a 51 años	Hasta S/240,000	A
	Desde S/240,001 hasta S/ 300,000	A + B
	De S/ 300,00 a más	A + B + C
Desde 52 años	Hasta S/ 150,000	A
	Desde S/ 150,001 hasta S/ 240,000	A + B
	De S/ 240,00 a más	A + B + C

¹El monto de la prima variará de forma mensual ya que la misma es calculada sobre el saldo deudor o insoluto el mismo que disminuye de forma mensual.

DEFINICIONES

Examen A:	Cuestionario Médico simplificado (Declaración personal de salud)
Examen B:	Cuestionario Médico específico (Examen Simple por Médico Compañía)
Examen C:	Examen Médico con: análisis de orina completo, electrocardiograma y test de esfuerzo, radiografía de tórax y análisis de sangre completo con test VIH

13. SUSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA:

El Canal podrá aprobar directamente La Declaración Personal de Salud (DPS) que no tenga ninguna observación en el peso e índice de masa corporal (no exceder de 32 IMC y no ser inferior o igual 18 IMC) del solicitante, que no contenga ninguna respuesta afirmativa relacionada a una patología, que no tenga ningún requerimiento adicional del solicitante de un nuevo préstamo o modificación de su préstamo por monto y plazo (se considerará cúmulos por préstamos anteriores), será aceptada automáticamente para la

contratación del seguro. Esta condición aplica solo para los préstamos hasta por el monto de S/. 150,000 o su equivalente en dólares.

La fórmula del IMC es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$$

La Positiva Vida podrá solicitar exámenes médicos de considerarlo conveniente y se aplicará recargo en caso corresponda de acuerdo a la evaluación.

14. REVISIÓN DE RESULTADOS

La evaluación de la Póliza se realizará de manera anual y se procederá al ajuste de las tasas para la totalidad de préstamos vigentes en caso de presentarse siniestros.

Siniestralidad = (Siniestros presentados + IBNR) / Primas Netas Cobradas.

15. ZONA DE COBERTURA: A nivel nacional.

16. MONEDA: Soles.

17. PERIODOS DE ESPERA Y CARENCIA: No aplica.

18. DEDUCIBLES, COPAGOS O FRANQUICIAS: No aplica.

19. CANAL DE COMUNICACIÓN PACTADO:

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción en el domicilio o correo

electrónico señalado en la póliza, o alternativamente por otro medio de comunicación que ambas partes acuerden.

El Contratante/Asegurado declara haber tomado conocimiento de las condiciones generales, condiciones particulares y cláusulas adicionales aplicables a esta póliza.

La Positiva Seguros y
Reaseguros

El Contratante

SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL - PRIMA MENSUAL

Condiciones Generales

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355. La Aseguradora emite la presente póliza para asegurar la vida del Asegurado. Los términos condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro son las siguientes:

1. DEFINICIONES:

- a. **Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.
- b. **Asegurado:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las condiciones particulares.
- c. **Suma Asegurada:** Saldo deudor o saldo insoluto del crédito que será pagado por La Aseguradora al Contratante, según se indique en las Condiciones Particulares, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.
- d. **Beneficiario/Comercializador:** Es la Entidad Financiera o persona jurídica que otorga el crédito al Asegurado y que se encuentra indicado en las condiciones particulares y quien en su calidad de comercializador de la Aseguradora ofrece la presente póliza.
- e. **Beneficiario adicional:** Es la persona natural designada por el Asegurado quien será beneficiario solo de las coberturas de las cláusulas adicionales en caso el Asegurado las contrate.
- f. **Contratante:** es el Asegurado, quien asume las obligaciones de pago de la prima derivadas de la póliza.
- g. **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en la presente póliza.
- h. **Enfermedad preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencias preexistentes, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.
- i. **Interés Asegurable:** Es el interés de carácter económico que tiene el Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.
- j. **Invalidez Total y Permanente:** Se entiende por invalidez total y permanente, la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo debido a accidentes ocurridos o enfermedades configuradas durante la vigencia del seguro, analizado de acuerdo con el Manual de Evaluación y Calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones. La Invalidez por Accidente es aquella que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido un accidente amparado por la póliza. Se considera Invalidez Total y Permanente por Enfermedad al hecho que el asegurado sufra un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo y siempre que el carácter de tal invalidez sea reconocido como definitiva mediante Certificado o Dictamen de Invalidez, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, cualquiera de ellos) y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses.
- k. **La Aseguradora:** Es la empresa autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.
- l. **Póliza:** Es el documento emitido por La Aseguradora que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Aseguradora y el Contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada, esto es, cláusulas adicionales, solicitud de seguro, cuestionario o declaración personal de salud y exámenes médicos, cuando corresponda; y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato, esto es los endosos respectivos. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.
- m. **Prima:** Es el valor determinado por La Aseguradora como contraprestación o precio por las coberturas de seguro contratadas, que debe ser pagada con la periodicidad establecida en el condicionado particular, a efectos de mantener vigente la presente póliza.
- n. **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

2. OBJETO DEL SEGURO:

El presente contrato tiene como objeto otorgar las coberturas y sumas aseguradas establecidas en las presentes condiciones generales, en las condiciones particulares, cláusulas adicionales y especiales a favor del Beneficiario. El Contratante y/o Asegurado se obligan al

pago de la prima convenida.

Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las condiciones particulares que forman parte integrante de la presente póliza.

3. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA:

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

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o por enfermedad del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario, las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que se cumpla con lo siguiente: (i) que

la póliza se encuentre vigente; (ii) que el Contratante hubiera venido efectuando el pago de la prima a la Aseguradora, calculada sobre el saldo deudor o importe del préstamo según corresponda, de acuerdo al artículo 8 de las condiciones generales de la presente póliza (iii) que la causa del fallecimiento o invalidez según corresponda, no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de póliza.

La compañía podrá otorgar coberturas adicionales de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

4. EXCLUSIONES:

La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firmado dicho documento. No se considerará preexistente, aquella enfermedad declarada por el asegurado en la solicitud de seguro y aceptada expresamente por la Aseguradora como parte del riesgo.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.
- Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictivos, subversivos o terroristas.

- Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), práctica de "surf" y puenting.
- Cuando el siniestro del Asegurado se produzca a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

9/18

5. CELEBRACION, INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la

cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares siempre que el Contratante cumpla con pagar la prima correspondiente.

El contrato de seguro podrá no renovarse de forma automática a solicitud del Contratante, para ello deberá comunicarlo por escrito con sesenta (60) días calendario de anticipación a la fecha la renovación.

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

7.1 El contrato de seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna, en cualquiera de los siguientes supuestos:

- a. Cuando el Asegurado cancele en su totalidad el crédito otorgado por el Beneficiario.
- b. Cuando La Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.
- c. Por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.
- d. A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones de la póliza. La devolución de la prima se dará sin que medie solicitud de los contratantes, asegurados y/o beneficiarios.
- e. Vencimiento de la vigencia de la Póliza y no proceda la renovación automática.

En caso se produzca la terminación contractual por alguna de las causales indicadas anteriormente, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. Asimismo, dentro del plazo de sesenta (60) días calendario contados a partir desde la fecha de terminación del seguro, La Aseguradora procederá a devolver al ASEGURADO, el importe de la prima correspondiente al período de vigencia no transcurrido, en caso corresponda, por los medios en los que estos acuerden.

7.2 La resolución deja sin efecto el contrato 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 Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.
- b. Por reclamación fraudulenta de cobertura. La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En este caso, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones. La resolución surtirá efectos desde su notificación. La Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, cuando corresponda. La devolución de la prima por el periodo no cubierto procederá sin requerimiento previo del Contratante y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a quince (15) días calendario contados desde la fecha de

resolución antes indicada.

- c. Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora. La resolución surte efectos de forma inmediata, para lo cual el Asegurado debe presentar la siguiente documentación:
 - Carta dirigida a la Compañía en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
 - Original y copia de documento nacional de identidad

La solicitud de resolución del Contrato se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia del documento de identidad y vigencia de poder del apoderado con una antigüedad no mayor a 3 meses.

La devolución de la prima no devengada procederá sin requerimiento previo del Contratante y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de solicitud de resolución del contrato de Seguro.

- d. Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Contratante, facultará a la Aseguradora a resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente. En este supuesto la póliza quedará resuelta en la oportunidad en la que el Contratante y/o Asegurado reciba la comunicación de resolución.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

10/18

- e. Por decisión de la Aseguradora, conforme a los mecanismos señalados en el numeral 16 del presente condicionado general. El contrato de seguro estará resuelto luego de transcurrido el plazo de quince (15) días calendarios de notificada la carta de resolución, dicha comunicación se enviará luego de haber sido informada por el Contratante o Asegurado sobre la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza a la Aseguradora. La Aseguradora tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro. En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo del seguro en curso. La resolución será efectiva con ocasión de la fecha de recepción de la comunicación de la Aseguradora. Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:
- El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
 - Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
 - Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
 - La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, La Aseguradora tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

En el supuesto señalado en el literal a) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional al periodo efectivamente cubierto.

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por la Aseguradora y el Contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de la resolución del contrato de seguro sin necesidad de realizar alguna gestión adicional. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado- de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora dispondrá de 30 días calendarios desde que toma conocimiento de la reticencia y/o declaración inexacta para invocar esta causal de nulidad, la misma que será notificada por medio fehaciente al Contratante y/o Asegurado.
- Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad, la Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses dentro del plazo de 30 días contados desde la declaración de la nulidad, excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto. La devolución de la prima se realizará en la forma que acuerden el Contratante y la Aseguradora.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

- Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.
- Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. PRIMA:

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las condiciones particulares

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará al Contratante y/o Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del plazo indicado en las condiciones particulares vía correo electrónico declarado en la solicitud de seguro o por escrito al domicilio consignado en las condiciones particulares, conforme a lo establecido en el numeral 16 del presente contrato de seguro, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima, plazo que no podrá ser menor a los 30 días antes mencionados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver el contrato de seguro. Para tal efecto, comunicará al contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver el contrato de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago

Asimismo, si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo- se entiende que el contrato queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, y/o se indica el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura de seguro.

Si el siniestro ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, la prima adeudada por el Contratante y/o Asegurado será deducida del beneficio correspondiente.

9. EDAD:

Podrá ingresar como asegurado bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como asegurado sólo hasta la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el Asegurado podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial.

Sin perjuicio de la nulidad indicada en literal (iii) de la Cláusula 7.3, si se comprueba inexactitud en la edad del Asegurado, se aplicarán las siguientes normas:

- Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima mensual percibida por La Aseguradora.
- Si es menor, se rectificarán las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

12/18

10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Fallecimiento: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- Certificado Médico de Defunción del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cual fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.
- Partida o Acta de Defunción del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad o RENIEC.
- DNI del Asegurado en caso corresponda.
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.
- Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, se deberán presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- Atestado policial completo ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda.
- Protocolo de Necropsia del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, ordenado por el Ministerio Público.
- Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito; o,
- Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), ordenado por la Policía Nacional del Perú, en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

Para la cobertura de invalidez total y permanente: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- DNI del Asegurado
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.
- Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR

- cualesquiera de ellas), en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.
- d. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse el Atestado policial completo ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda, y el Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito.
 - e. Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas del Comercializador o de la Aseguradora cuya dirección se encuentra en las condiciones particulares, en un plazo no mayor a 360 días contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

Las acciones fundadas en el presente contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años computados desde que ocurrió el siniestro. En el caso de cobertura por fallecimiento, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Asegurado o Beneficiario para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el

siniestro. En caso que el Asegurado o Beneficiario no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales de la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares y/o Asegurado, debido a la imposibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro.

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE:

El beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando la Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, El Contratante, El Asegurado o El Beneficiario o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del

seguro otorgados por la presente póliza.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones.

13/18

12. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El Asegurado autoriza expresamente a La Aseguradora, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro

de salud privado o público, en el momento que lo requiera, conforme al consentimiento otorgado en la Solicitud de Seguro.

13. REQUERIMIENTOS, RECLAMOS Y DENUNCIAS:

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus requerimientos y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 15 días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden (i) presentar

reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Asegurado y el Beneficiario Adicional, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que

surjan entre ellos y La Aseguradora sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la Aseguradora.

15. INDISPUTABILIDAD:

Esta póliza será indisputable, es decir, La Aseguradora no podrá invocar reticencia o falsa declaración, una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contados a partir

de la fecha de su perfección, excepto en los casos que medie actuación dolosa del Contratante y/o Asegurado.

16. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones de La Aseguradora al Contratante y/o Asegurado deberán realizarse por escrito o a través del correo electrónico que se señala en la solicitud de seguro.

Para los efectos del presente contrato La Aseguradora, el Contratante y/o Asegurado señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los

avisos y comunicaciones físicas en general.

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a La Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio, controversia, desavenencia, reclamación o denuncia resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la (i) vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes, (ii) la vía administrativa, a través de instancias tales como el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI quien atiende reclamos y denuncias o la

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS, quien solo atiende las denuncias de los asegurados y (iii) a través de cualquier otro mecanismo de defensa que se cree en el futuro.

El Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario puede pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado fuese igual o superior a 20 UIT.

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

18.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación escrita y detallando las modificaciones en caracteres destacados en la póliza, la misma que deberá ser remitida por la Aseguradora a través de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas debiendo la Aseguradora remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

14/18

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

19. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA VIDA S.A SEGUROS Y REASEGUROS** con domicilio en Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, en adelante, **LA ASEGURADORA**.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **4267**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento

Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o

incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link: https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG_2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8 para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

15/18

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

20. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

La Aseguradora es responsable frente al Contratante/Asegurado y/o beneficiario por la cobertura contratada. Asimismo, es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante/Asegurado o sus beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza de seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido dirigidos a la Aseguradora. Así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a la Aseguradora.

RESUMEN INFORMATIVO SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL - PRIMA MENSUAL

1. RIESGOS CUBIERTOS. De acuerdo con el numeral 3 de las condiciones generales de la póliza.

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

2. VIGENCIA

Desde: las 12:00 horas del ___/___/___ Hasta: las 12:00 horas del ___/___/___.
La vigencia del seguro es mensual, con renovación automática.

3. PRIMA COMERCIAL

El monto de la prima comercial se determina aplicando una tasa según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza sobre el saldo insoluto del préstamo del Asegurado.

4. MONTO DE LA PRIMA COMERCIAL + IGV:

5. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada corresponde al saldo deudor o saldo insoluto del crédito según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, o monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por La Aseguradora al Beneficiario, en caso de ocurrencia de un

siniestro cubierto bajo los términos de la póliza. En caso se contraten coberturas adicionales, la suma asegurada de dichas coberturas será pagada al Beneficiario Adicional.

6. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los siniestros ocurridos como consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firmado dicho documento.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictivos, subversivos o terroristas.
- Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una

- ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, canotaje, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), carreras de caballos, paracaidismo, práctica de "surf" y puenting.
- Cuando el siniestro del Asegurado se produzca a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje étílico. y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.
- Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.

16/18

7. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Fallecimiento: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- Certificado Médico de Defunción del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda,

- documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cual fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.
- Partida o Acta de Defunción del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad y RENIEC.
 - DNI del Asegurado en caso corresponda.
 - Historia Clínica completa, foliada y fedateada emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.
 - Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, se deberán presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- Atestado policial completo ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda.
- Protocolo de Necropsia del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, ordenado por el Ministerio Público.
- Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito; o,
- Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), ordenado por la Policía Nacional del Perú, en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

Para la cobertura de invalidez total y permanente: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- DNI del Asegurado
- Historia Clínica completa, foliada y fedateada emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.
- Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSa, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR cualesquiera de ellas), en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.
- En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse el Atestado policial completo ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda, y el Dosaje

Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito.

- Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas del Comercializador, cuyos datos se encuentran detallados en las condiciones particulares, en un plazo no mayor a 360 días posteriores a la fecha del conocimiento del siniestro o del beneficio del presente contrato de seguro. Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario conoce de la existencia del beneficio para la cobertura de fallecimiento.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Asegurado o Beneficiario, la misma que puede darse, en caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

17/18

8. CANALES DE ORIENTACIÓN EN CASO DE UN SINIESTRO:

Línea Positiva (01) 211-0211

Oficinas a Nivel Nacional, la cuales puede ubicar en www.lapositiva.com.pe

9. RESOLUCION SIN EXPRESION DE CAUSA

El Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro de forma unilateral y sin expresión de causa, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora, la resolución surte efectos de manera inmediata.

10. CONDICIONES DE ACCESO Y LÍMITES DE PERMANENCIA

El Asegurado deberá suscribir una Solicitud de Seguro y una Declaración Personal de Salud –DPS en caso se requiera.

Podrá ingresar como asegurado cualquier persona

mayor de dieciocho (18) años de edad. La edad máxima de ingreso y permanencia se encuentran detalladas en las condiciones particulares.

11. REQUERIMIENTOS, RECLAMOS Y DENUNCIAS.

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus requerimientos y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 15 días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden (i) presentar

reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

12. DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS o CARENCIAS.

La presente póliza no se encuentra sujeta a ningún deducible, franquicia, copago ni período de carencia que

pueda representar una carga para el Asegurado o su Beneficiario.

13. IMPORTANTE

- Durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. El presente seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Asegurado tendrá derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.
- El monto de la prima será cancelado de forma mensual en las oficinas del Comercializador o en los lugares que este autorice y a través del cargo en el estado de cuenta mensual del Asegurado.

14. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Si el seguro es ofrecido a través de un comercializador a distancia y/o comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el Contratante podrá ejercer su derecho de arrepentimiento, esto es, podrá resolver sin expresión de causa el contrato de seguro, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la misma, siempre que éste no sea condición para la contratación de una operación crediticia, debiendo la Positiva Vida devolver el monto total de la prima recibida,

dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la solicitud del derecho de arrepentimiento. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro. Para tal efecto, el Contratante podrá hacer valer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.