

## RESUMEN INFORMATIVO POLIZA DE SEGURO - RENTA PARTICULAR

### LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS

Calle Francisco Masías N° 370 – San Isidro – Lima

Telf.: 211-0-212

[www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

### COBERTURAS.

Renta Mensual al Asegurado.

Renta Mensual a los Beneficiarios de Renta designados por el Asegurado, acorde con lo señalado en el numeral 3 de las condiciones generales.

**SUMA ASEGURADA.** Es el importe establecido en las Condiciones Particulares con respecto al tipo de renta elegida por el **Asegurado**. Así mismo, en las Condiciones Particulares también se establece el importe correspondiente a la Renta Mensual de los **Beneficiarios de la renta**, en caso de fallecimiento del **Asegurado**.

**EXCLUSIONES.** La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de la siguiente causa:

- a) Si el fallecimiento del Asegurado se produce por un acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización de alguna cobertura adicional en caso la tuviera.

En el caso de pensiones que le hubiera correspondido al beneficiario inculcado, la Aseguradora calculará el valor actual de las rentas que le hubiese tocado a dicho beneficiario. Para el cálculo del valor actual, se utilizará la tasa de venta indicada en las Condiciones Particulares. Este importe será entregado a los herederos legales del Asegurado. La pérdida de la pensión se producirá en la fecha en que se dicte sentencia condenatoria, salvo en caso de flagrante delito, en cuyo caso, no se otorgará pensión alguna al Beneficiario.

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

Son las indicadas en la cláusula 10 de las condiciones generales.

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

Los Beneficiarios de renta, en caso hubiesen sido

declarados en la póliza, deberán informar a la **Aseguradora** el fallecimiento del **Asegurado**, dentro de los treinta (30) días siguientes de conocida la ocurrencia del fallecimiento o del beneficio. La **Aseguradora** descontará al (a los) beneficiario(s) de renta los pagos de renta en exceso que se puedan haber efectuado con posterioridad al fallecimiento del **Asegurado**. Para tal efecto, los **Beneficiarios de la renta** deberán presentar por única vez lo siguiente:

**Renta Mensual a los Beneficiarios de Renta:** Se deberá presentar la siguiente documentación en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Certificado Médico de Defunción del

**Asegurado.**

- b) Partida o Acta de Defunción del **Asegurado.**

- c) DNI del (de los) Beneficiario(s) de renta. d)

**El número de cuenta abierta en una menor. Solicitudes de renta a beneficiarios con el nombre del tipo de pago y N° de cuenta bancaria a abonar o vouchers de las cuentas bancarias de ser el caso.**

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de la **Aseguradora**. Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la **Aseguradora** se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

Los teléfonos de la **Aseguradora** son 211-0-212, en la ciudad de Lima y 74-9001, en provincias y el detalle de las oficinas de la **Aseguradora** a nivel nacional pueden encontrarse en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

En caso de fallecimiento del **Asegurado**, 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 Beneficiario para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el 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's.

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 de dicha solicitud, hasta la presentación de la información o documentación requerida.

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 por parte de la **Aseguradora** o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

**Renta Mensual al Asegurado:** Llegado la fecha de inicio de la Renta Temporal o de la Renta Vitalicia (según corresponda) y que se indica en las Condiciones Particulares de la presente póliza, la **Aseguradora** efectuará el pago de la renta mensual directamente al **Asegurado**, de acuerdo a la modalidad de pago que éste elija entre las modalidades que ofrezca la Aseguradora al momento del llenado de la solicitud de seguro. El pago de la renta mensual se realizará dentro de la última semana de cada mes. Asimismo, en caso la renta mensual se encuentre afecto al impuesto a la renta según lo definido en el literal p) del Artículo 1° del condicionado general, le corresponderá a la **Aseguradora** efectuar la correspondiente retención.

**CLÁUSULAS ADICIONALES.** Las cláusulas adicionales que pueden ser incorporadas a la póliza de acuerdo a la decisión del **Asegurado**, se regirán por los términos y condiciones expuestos en las condiciones particulares y en el texto de la respectiva cláusula.

**MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES.** Conforme a lo indicado en la cláusula 24 de las Condiciones Generales.

**MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.**

Todo litigio o 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 vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

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

**CONDICIONES DE ACCESO Y LÍMITES DE PERMANENCIA.**

Podrá ingresar como **Asegurado** cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad.

Los **Beneficiarios de la renta** cuyo período de pago sea Temporal, únicamente tendrán derecho a pensión hasta finalizar los años de temporalidad indicado en el acápite "Información de renta mensual" del condicionado particular (para el caso de rentas temporales) y en el caso de hijos mientras sean menores de la edad indicada en las Condiciones Particulares y dicha renta se pagará como máximo hasta que cumplan la edad indicada en las Condiciones Particulares.

**ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.**

La **Positiva Vida** atenderá los reclamos a través del "Área de Servicio al Cliente".

El **Contratante, Asegurado** y los **Beneficiarios** pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 74-9000, (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas

en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

**DEFENSORÍA DEL ASEGURADO.** El **Contratante**,

**Asegurado** y **Beneficiarios** también podrán realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la “Defensoría del Asegurado” - Lima, – ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614 o en [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

**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**.

**IRREVOCABILIDAD.**

Ninguna de las partes podrá resolver de forma unilateral y sin expresión de causa el presente contrato.

Esta póliza permanecerá vigente hasta la muerte del **Asegurado** o del último de los **Beneficiarios** de la renta, si los hubiera.

Ninguna de las partes podrá resolver de forma anticipada al presente contrato.

**Importante:**

- El **Asegurado** tendrá derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.
- El **Contratante, Asegurado** y/o **Beneficiarios** podrán presentar sus reclamos de forma directa en la **Aseguradora** de acuerdo a lo señalado en el apartado “Áreas encargadas de atender reclamos” o recurrir a la Defensoría del Asegurado o al INDECOPI. Asimismo sus denuncias podrán ser canalizadas a través de la SBS o el INDECOPI.