

# PENSIÓN EDUCATIVA SEGURA

## 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. El Asegurado podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. En caso el Asegurado sea una persona distinta al Contratante, desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado, la Aseguradora cesa la cobertura y el contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de realizada solicitud de resolución del contrato de seguro, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.
- c) **Beneficiario:** Es la persona natural designada por el Asegurado en la solicitud de seguro, a quien se le reconoce el derecho a recibir el monto de la indemnización o beneficio establecido en las condiciones particulares.
- d) **Contratante:** Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar al Asegurado y Beneficiarios
- e) **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.
- f) **Enfermedad o accidente preexistente:** Se entiende por enfermedad o accidente 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.
- g) **Interés Asegurable:** Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.
- h) **La Aseguradora:** La Positiva Vida Seguros y Reaseguros, que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado
- i) **Periodo de Carencia:** Los beneficios de la presente póliza solo podrán

**ser reclamados luego de transcurridos noventa (90) días calendario desde la fecha de inicio de la vigencia del seguro. En el caso de muerte accidental, la cobertura solo podrá ser reclamada cuarenta y ocho (48) horas después del inicio de la vigencia del seguro. El periodo de carencia también se aplica para las modificaciones efectuadas posteriormente en la póliza, tales como incorporaciones de asegurados, plazo que empezara a contarse desde la aceptación de La Aseguradora de la modificación solicitada, considerando como tal la fecha de expedición del endoso respectivo.**

j) Planes: Programas o alternativas ofrecidas por La Aseguradora que incluyen diferentes sumas aseguradas y primas. El Plan se determina al momento de contratar el seguro y puede ser modificado previa solicitud por escrito de El Contratante, originando el endoso correspondiente y el pago de la prima.

k) 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.

l) 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 la cobertura vigente.

m) Siniestro: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

n) Suma Asegurada: Es el monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por La Aseguradora al Beneficiario según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de 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; y el Contratante se obliga 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:**

Los beneficios y sumas aseguradas de esta póliza serán otorgados según el plan contratado. Los beneficios son los siguientes:

a) Fallecimiento: La Aseguradora pagara la suma asegurada establecida para la presente cobertura ante el fallecimiento del Asegurado

b) Muerte Accidental: La Aseguradora pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según el Plan contratado, cuando ocurra el fallecimiento del asegurado a consecuencia de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Aseguradora que la muerte sea consecuencia de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los 90 (noventa) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente. Esta cobertura es adicional a la cobertura de Fallecimiento.

c) Pensión Educativa.- Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará a favor del beneficiario 11 (once) pensiones educativas mensuales por año, hasta que el beneficiario culmine sus estudios escolares en el centro educativo que se señala en las condiciones particulares.

El importe de las pensiones dependerá del plan elegido, conforme a lo señalado en las condiciones particulares.

La cobertura de Pensión Educativa no se otorgará el año o ciclo que el Beneficiario repitese, salvo que se trate del mismo año en que falleció su padre, madre o tutor Asegurado.

d) Sepelio: La Positiva Vida otorgará el monto indemnizatorio establecido en el plan elegido a los beneficiarios indicados en las condiciones particulares.

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:**

**a) Enfermedades o accidente preexistente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero.**

**b) Diabetes mellitus, tuberculosis y sida, Los siniestros ocurridos a consecuencia de dichas enfermedades solo estarán excluidos durante el primer año de vigencia de la póliza y siempre que no sean enfermedades preexistentes a la contratación de la póliza.**

**c) Suicidio consciente y voluntario dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.**

d) 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 o motín.

e) Eventos catastróficos de la naturaleza, terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.

f) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país, así como actos delictuosos, subversivos o terroristas.

g) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva

h) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero de uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a un itinerario.

i) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.

j) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar indemnización.

k) 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 montañosas o artificiales, práctica de “surf” y “puenting”.

l) Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad siempre que guarde relación causal con el accidente. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lit de alcohol en la sangre.

m) Que el Asegurado se encuentre bajo los efectos de drogas o alucinógenos siempre que guarde relación causal con el accidente.

n) El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo General de Bomberos y Equipos de Rescate, así como las funciones o actividades relacionadas con servicios de seguridad y vigilancia que requieran portar armas.

## **5. CELEBRACIÓN, INICIO DE COBERTURA Y DURACION DEL SEGURO:**

La vigencia del contrato de seguro será la indicada en las condiciones particulares de la póliza.

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

## **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 la Aseguradora pague las coberturas o la suma asegurada contratada.**
- b) A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones particulares de la póliza.**
- c) La cobertura del seguro se extingue 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. El dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.**

**La devolución de la prima no devengada procederá previo requerimiento del Contratante en las oficinas de la Aseguradora y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendarios.**

**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 decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la solicitud, pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que utilizo para contratar el seguro.**

Presentando 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.

Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. En caso de que la comunicación no sea presencial, deberá presentar copia del documento nacional de identidad y no el original. 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 de DNI y vigencia de poder del apoderado.

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 realizada solicitud de resolución del contrato de seguro.

c) 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 calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario 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 calendario mencionados precedentemente. La póliza quedará resuelta en la fecha en que el Contratante y/o Asegurado reciba dicha comunicación.

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.

d) Por decisión de la Aseguradora, comunicada al Contratante conforme a los mecanismos señalados en el numeral 16 del presente condicionado



general, en un plazo de quince (15) días calendario, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. La resolución surtirá efectos al día siguiente de la notificación de resolución. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, 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.

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:

- i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- iv) 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.

e) Por solicitud de cobertura fraudulenta. 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.

En los supuestos de resolución señaladas en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el 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 hacerla efectiva directamente en las oficinas de la Aseguradora, luego quince (15) días calendario de la resolución del contrato de seguro. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta 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:  
a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, el momento de la contratación.

b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.

c) 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 tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

d) 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 de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato, es decir, la fecha de comunicación de la nulidad al Contratante, 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 por el plazo de un año, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o 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:

a) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.



b) 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.

c) 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.

d) 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.

El pago de la prima se realizará a través del medio de pago convenido con la Aseguradora. En caso que se utilice un medio de pago diferente al pago en efectivo, como el cargo en cuenta o a través de tarjeta de débito o crédito, el Contratante será responsable de verificar que los pagos se realicen satisfactoriamente. La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca el atraso en el pago de las primas, salvo lo previsto en el numeral 21 del presente condicionado general.

A falta de pago de las primas, la Aseguradora -vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro) comunicará al Contratante y/o Asegurado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares, 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. El mencionado plazo no podrá ser menor a los treinta (30) días antes indicados. 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 por escrito 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.

Si la Aseguradora no reclama el pago de la prima -por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días calendario 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 fallecimiento 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, sin que se haya suspendido la cobertura, 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 el mes en que el Asegurado cumpla 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 d) del numeral 7.3, si se comprueba inexactitud en la edad del Asegurado, se aplicarán las siguientes normas:

a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la prestación de la Aseguradora se reducirá en la proporción a la prima percibida por La Aseguradora.

b) Si es menor, se rectificarán las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

#### **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 en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Pensión Educativa, Fallecimiento y Sepelio:

a) Certificado Médico de Defunción, emitido por el medico que certifica el

fallecimiento, donde se describe cual fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.

b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado, documento donde consta la inscripción del fallecimiento en la Municipalidad o RENIEC.

c) DNI de los Beneficiarios.

d) Historia clínica completa, foliada y fedateada, documento emitido por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.

En caso de muerte accidental, se deberán presentar adicionalmente, los siguientes documentos:

a) El Atestado o Informe Policial Completo ordenado por la Policía Nacional del Perú.

b) Protocolo de Necropsia, ordenado por el Ministerio Público.

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

d) Resultado del examen toxicológico u otros exámenes que se practiquen, ordenado por el Ministerio Público.

La presentación de los documentos señalados en los literales c) y d) precedentes está condicionada a que efectivamente se realicen estos exámenes.

El pago de las pensiones educativas será realizado directamente al padre, madre o tutor del beneficiario de la cobertura de Pensión Educativa que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, durante el tiempo necesario para concluir los estudios escolares.

En aquellos casos en que no exista designación de Beneficiarios se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos del Testamento o la Sucesión Intestada o Sentencia Judicial Inscrita en Registros Públicos.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de la Aseguradora o a través de Línea Positiva al xxx-x-xxx o desde provincias llamando al xxx-x-xxx, en un plazo no mayor a 360 días posteriores contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

El teléfono de la Aseguradora es (01) 211-0211 en la ciudad de Lima 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 de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro. En caso de 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 calendarios 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 calendario 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 calendario con 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 calendario 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 calendario siguientes.

En casos en los que legalmente 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 o el Asegurado, 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 FRAUDULENTA:**

El Contratante y/o Asegurado, o sus beneficiarios perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos 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

En caso exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución 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.

## **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.

## **13. REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS:**

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 quince (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 antes 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 y/o consultas ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s – SBS o el Instituto de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Industrial – INDECOPI.

## **14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:**

El Asegurado, contratante y los Beneficiarios tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N°307-Piso 9, San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web [www.defaseg.com.pe](http://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 celebración del contrato, excepto en los casos que medie actuación dolosa del Contratante y/o Asegurado.

#### **16. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES :**

Todas las comunicaciones entre La Aseguradora y el 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 el 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 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 o controversia 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 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, contratante y/o beneficiario fuese igual o superior a 20 UIT.**

#### **18. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:**

**En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores, incluyendo banca seguros, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el Contratante podrá resolver el contrato de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.**



En caso el contratante ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, la compañía procederá a la devolución de la prima dentro de los (30) días siguientes a la solicitud del derecho de arrepentimiento..

El contratante podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro. El presente derecho también aplica a la comercialización, a través de la empresa y corredores cuando se utiliza sistemas a distancia.

Para tal efecto, el Contratante podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

#### **19. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:**

**19.1** En caso aplique renovación automática, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación de La Aseguradora por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente, debiendo detallar las modificaciones en caracteres destacados.

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 en caracteres destacados las modificaciones.

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.

**19.2** 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.

#### **20. PROTECCION 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#principal-es-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](mailto: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-nlD2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CA_CHEID=ROOTWORKSPACE_Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-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#politica-atamiento-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. 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.

## **21. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE:**

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores, la Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado 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.

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