

Seguro de Desgravamen en Grupo - Soles y Dólares

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 a usted, en adelante El Contratante, 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 Titular: 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 el certificado de seguro.

El Asegurado Titular, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autorizó de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato.

c) Asegurado Adicional: Persona natural cuya vida se asegura adicionalmente en virtud de la presente póliza, que debe cumplir con los requisitos de edad establecidos en la póliza y cuyo nombre de ser el caso figurará en el certificado de seguro. El Asegurado Adicional, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autorizó de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato. El término Asegurado será empleado a lo largo de la Póliza, para hacer referencia de manera indistinta al Asegurado Titular y al Asegurado Adicional.

d) 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.

e) Beneficiario o Contratante: Es el Beneficiario principal, ya que 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.

f) 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.

g) Certificado de Seguro: Es el documento emitido por La Aseguradora en los casos de seguros grupales, que contiene las condiciones mínimas de aseguramiento y que es entregado a los Asegurados.

h) 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.

i) 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 solicitud de seguro, en caso se haya firmado dicho documento.

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 del Asegurado debido a accidentes ocurridos o enfermedades configuradas durante la vigencia del seguro, analizado y evaluada como definitiva de acuerdo con el Manual de Evaluación y Calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

La Invalidez Total y Permanente por Accidente es aquella que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años siguientes 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) 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.

l) 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.

m) Póliza de seguro: Documento que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas

entre la empresa y el contratante. Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.

n) 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 las coberturas de la presente póliza.

o) 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 obliga al pago de la prima convenida, según corresponda.

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 y/o Asegurado hubiera venido efectuando el pago de la prima a la Aseguradora, calculada sobre el saldo deudor o importe del préstamo según corresponda, (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:

- a) Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencia 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 considerara preexistente, aquella enfermedad declarada por el asegurado en la solicitud de seguro y aceptada expresamente por la Aseguradora como parte del riesgo.
- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- c) Suicidio, salvo que el certificado haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.
- 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, motín.
- e) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- f) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- g) 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.
- h) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas incluyendo carreras de entrenamiento.
- i) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- j) 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 (montañasas o artificiales), práctica de "surf" o puenting.
- k) 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 y si dicho estado guarda relación con el siniestro.

5. CELEBRACION, INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El presente contrato de seguro queda celebrado por el solo acuerdo entre el Contratante y La Aseguradora, no obstante ello, 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 la 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 y siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente.

El presente contrato de seguro podrá no renovarse de forma automática, debiendo para tal efecto comunicarlo cualquiera de las partes por escrito con sesenta (60) días calendario de anticipación a la fecha de renovación.

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD CONTRACTUAL:

7.1 La cobertura del certificado 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 Contratante.
- b) Cuando La Aseguradora pague cualquiera de las coberturas o las sumas asegurada contratadas.
- 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 particulares de la póliza, así como en el certificado de seguro correspondiente.
- e) Cuando la presente póliza no se renueve automáticamente.

En caso el Contratante o Asegurado hubiera pagado una prima en exceso del periodo efectivamente cubierto, podrá solicitar la devolución de la prima no devengada, la misma que se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante o Asegurado en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de solicitud de devolución.

7.2 La resolución deja sin efecto la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones existentes entre el Contratante, el Asegurado y la Aseguradora 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 o certificado de seguro 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. Dicha comunicación será dirigida al Contratante y/o Asegurado, respectivamente. b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante o Asegurado, debiendo comunicarlo a la Aseguradora. La resolución surtirá efectos de forma inmediata. Para ello, el Contratante o Asegurado deberá 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 o Asegurado y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante o Asegurado en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario contados desde la fecha de solicitud de resolución del contrato de Seguro.

c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá al Asegurado la revisión de las condiciones del seguro establecidas en el certificado 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 Asegurado, facultará a la Aseguradora a resolver el certificado de seguro en un plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente. La póliza quedará resuelta en la fecha en que el Asegurado reciba dicha comunicación. En cualquier caso, La Aseguradora comunicará al Contratante la aceptación o rechazo de la propuesta realizada al Asegurado.

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.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución. La devolución de la prima no devengada se realizará en la forma que se acuerde con Contratante o Asegurado y en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de realizada la resolución del contrato.

El supuesto de resolución descrito en el presente literal también será aplicable con respecto al contrato de seguro, en caso que el Contratante incurra en reticencia o declaración inexacta sin dolo o culpa inexcusable. De ocurrir esto, dentro de los treinta (30) días indicado en el primer párrafo de este literal, la Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro al Contratante, quien deberá responder a los ajustes planteados por la Aseguradora dentro del plazo de diez (10) días -sin perjuicio de que el Asegurado también pueda ser informado de la propuesta por parte de la Aseguradora-, caso contrario la Aseguradora podrá resolver el contrato de seguro, 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.

d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante y/o Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 16 del presente condicionado general, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. La resolución será efectiva con ocasión de la fecha de recepción de la comunicación. Cuando la Aseguradora opte por resolver la póliza o el certificado de seguro, 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 de 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:

(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.

e) 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.

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 o Asegurado, según corresponda, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado

En los supuestos de resolución señalados 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.

Asimismo, en aquellas circunstancias en que se resuelva o extinga la póliza de seguro por decisión o, a consecuencia del incumplimiento de pago del Contratante, éste deberá informarlo a los Asegurados y ser responsable de cara a ellos por la falta de cobertura contratada.

En el supuesto previsto en el literal d) del presente numeral, y cuando el Contratante o Asegurado tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de la Aseguradora o del Comercializador, luego de quince (15) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución. En dicha comunicación también se precisará si el reembolso se realizará con la Aseguradora o el Comercializador. 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 o del certificado de seguro, según corresponda, desde el momento que el Contratante celebra dicho contrato o desde que el Asegurado toma el seguro, respectivamente.

El contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, serán nulos 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, al momento de la celebración.

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. En caso que esta causal sea incurrida por el Asegurado con respecto a la toma del seguro por parte suya, la nulidad afectará únicamente al certificado de seguro del cual dicho Asegurado es titular. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal mediante una notificación realizada por medio fehaciente, 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 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 acordadas para el primer año de duración del seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

En caso corresponda, El Contratante o El Asegurado podrá solicitar la devolución de la prima no devengada, la misma que se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante o Asegurado en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de la declaración de la nulidad. 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 respondida 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:

- i. Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- ii. 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.
- iii. 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.
- iv. 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 y certificado de seguro.

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 o Asegurado, según corresponda 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 20 del presente condicionado general.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro) al Contratante y Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, 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, salvo lo dispuesto en el numeral 20 del presente condicionado general.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver la póliza o el certificado de seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante y/o Asegurado, según corresponda, con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza o el certificado de seguro por falta de pago de prima.

La Aseguradora remitirá la comunicación indicada en el párrafo precedente únicamente al Contratante si el incumplimiento le corresponde a este último y al Contratante y Asegurado si el incumplimiento de pago es del Asegurado. En este último supuesto, el plazo de treinta (30) días calendarios empezará a computarse desde la fecha en que el Asegurado reciba la comunicación remitida por la Aseguradora.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el certificado de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante y/o Asegurado 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 siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato o certificado de seguro 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 y/o Asegurado del incumplimiento del pago de la prima y sus

consecuencias, y/o se indique 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, 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 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 suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual 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 Fallecimiento:

- a) 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.**
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad o RENIEC.**
- c) Historia Clínica completa, foliada y fedateada emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.**
- d) 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, según corresponda los siguientes

documentos:

- a) Atestado policial completo ordenado por la Policía Nacional del Perú, según corresponda.
- b) Protocolo de Necropsia del Asegurado o Asegurado Adicional, según corresponda, ordenado por el Ministerio Público.
- c) Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito; o,
- d) 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:

- a) DNI del Asegurado
- b) Historia Clínica del Asegurado completa, foliada y fedateada, documento emitido por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.
- c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.
- d) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente cuando corresponda deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo (documento emitido por la Policía Nacional del Perú) y/o dosaje etílico (ordenado por la Policía Nacional del Perú) y/o examen toxicológico (ordenado por el Ministerio Público).
- 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, 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 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 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 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 FRAUDULENTO:
El beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, El Contratante, 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.

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. CONSULTAS Y RECLAMOS:

El Contratante, Asegurado y/o el Beneficiario Adicional podrán presentar sus consultas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El Contratante, Asegurado y/o el Beneficiario Adicional, 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's – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Contratante, Asegurado y/o 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 la 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 dirigidas por 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 o controversia, 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 pueden 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, 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.

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. La Aseguradora deberá proporcionar la información suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

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-nlD2pG8](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_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#politicas-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.

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

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores (incluidos Bancaseguros), y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, 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 el beneficiario adicional 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 y/o Asegurado y/o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a la Aseguradora.