



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**
República del Perú

085231



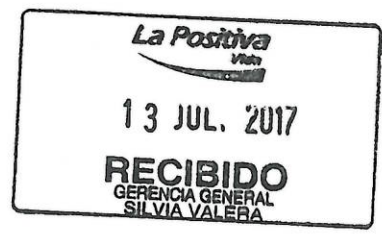
2017 JUL 13 PM 12 10

RECIBIDO

Lima, 11 de julio de 2017

OFICIO N° 24389-2017-SBS

Señor
Gerente General
LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS
Esq. Javier Prado Este y Francisco Masías N° 370
San Isidro



Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 2712-2017 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General



epa



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

Lima, 11 JUL. 2017

Resolución S.B.S
N° 2712 - 2017

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTA:

La comunicación presentada por La Positiva Vida Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) con fecha 17 de Marzo de 2017, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON) por la cual solicita la modificación del producto "Seguro de Vida Familia Protegida", registrado con Código SBS N° VI2078100134, cuyas condiciones mínimas fueron aprobadas mediante Resolución SBS N° 568 - 2016;

CONSIDERANDO:

Que, mediante carta recibida con fecha 17 de Marzo de 2017, la Compañía solicitó a esta Superintendencia la modificación del producto "Seguro de Vida Familia Protegida", registrado con Código SBS N° VI2078100134;

Que, a través de la Resolución SBS N° 568 – 2016 esta Superintendencia aprobó las Condiciones Mínimas correspondientes a dicho producto en el marco del procedimiento de aprobación administrativa previa, al tratarse de un producto personal, conforme a lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada mediante Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros;

Que, en virtud del Artículo Tercero de la Resolución SBS N° 4462-2016 se modificó el artículo 10 del Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 3199-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento de Transparencia; en tal virtud, corresponde la aprobación de las nuevas condiciones mínimas previstas en los literales j) y k) del precitado artículo 10, de acuerdo al tipo de seguro y características del producto;

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16° del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, aprobado por Resolución SBS 7044-2013 y sus modificatorias, en adelante el Reglamento del Registro de Pólizas, cualquier solicitud de modificación de la documentación incorporada al Registro, se sujetará a los mismos plazos y condiciones señalados en los Subcapítulos II y III de dicho Reglamento; esto es, a los procedimientos de aprobación administrativa previa o revisión posterior, según corresponda. Una vez transcurrido el plazo establecido en la comunicación que realice la Superintendencia notificando la aprobación de la modificación de los modelos, las empresas no pueden emplear para la comercialización el modelo de póliza anterior;

Que, por su parte, el artículo 17° del referido Reglamento establece los documentos que las empresas deben presentar a esta Superintendencia a efectos de modificar los modelos de las pólizas;





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Que, en la medida que la Compañía ha cumplido con lo prescrito en el mencionado artículo 17° del Reglamento de Registro de Pólizas, y considerando que el nuevo texto presentado cumple con la legalidad requerida por las normas vigentes, resulta procedente la referida modificación y aprobación de la condición mínima solicitada;

Que, habiéndose aprobado las condiciones mínimas del producto "Seguro de Vida Familia Protegida" mediante Resolución SBS N° 568 - 2016 de fecha 2 de Febrero de 2016, la presente resolución aprueba la modificación de dichas condiciones mínimas, en lo que se refiere a los artículos 1, 10 y 19 del Condicionado General.

En consecuencia, estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada por la Ley N° 26702 y sus modificatorias; la Ley de Seguros, el Reglamento de Transparencia, y el Reglamento de Registro de Pólizas;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la modificación de las condiciones mínimas recogidas en el Condicionado General del producto "Seguro de Vida Familia Protegida", registrado con Código SBS N° VI2078100134, conforme consta en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación del modelo de póliza del producto "Seguro de Vida Familia Protegida", incorporados en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos treinta (30) días calendario de notificada la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto en el artículo 11° del Reglamento de Transparencia, La Compañía, deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto "Seguro de Vida Familia Protegida" modificado, conjuntamente con la Resolución SBS N° 568 - 2016 y la presente Resolución; en el plazo de treinta (30) días calendario, no pudiendo a partir de dicha fecha comercializar el modelo anterior de la póliza.

Regístrese y comuníquese


MILA GUILLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO I
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAS

1 DEFINICIONES:

(...)

d) **Asegurados Adicionales:** Son los familiares directos del Asegurado Titular. La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Contratante no corresponde a los permitidos en esta póliza. El Asegurado Adicional, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autoriza de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato. En dicho supuesto, el Asegurado Adicional podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado Adicional, la Aseguradora cesa la cobertura y el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

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

(...)

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, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días calendario, pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que utilizó para contratar el seguro.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, el Contratante podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, el mismo que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las Oficinas de la Aseguradora luego de quince (15) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.

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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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 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, lo cual deberá ser comunicado al Contratante 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. 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.

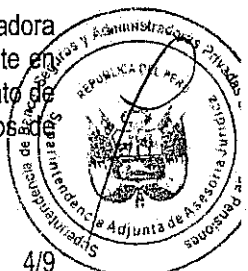
Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El Contratante y/o Asegurado incurren 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.

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.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro 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, al 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, excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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:

- 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.

(...)





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicado o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, sin que se haya suspendido la cobertura, la prima adeudada por el Contratante será deducida del beneficio correspondiente.

(...)

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

Para atender las Solicitudes de Cobertura se deberá entregar a La Positiva Vida los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

10.1 Para las coberturas de Sepelio e Indemnización por Luto:

Se deberá presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado de Defunción.
- b) Copia del DNI del Beneficiario
- c) En caso de muerte accidental: copia certificada del atestado policial completo y dosaje etílico, en caso corresponda.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

d) Historia clínica completa, foliada y fedateada.

En aquellos casos en que no exista designación de Beneficiario, se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

10.2 Para la cobertura de Muerte Accidental y Desamparo Familiar Súbito: Además de los documentos establecidos en el numeral 10.1 se deberá presentar la siguiente documentación, cuando corresponda:

a) Copia certificada de la Denuncia Policial.

b) Protocolo de Necropsia

c) Dosaje Etílico y/o Examen Toxicológico.

Para el caso de Desamparo Familiar Súbito deberá presentarse adicionalmente:

a) Certificado Médico de Defunción del cónyuge o concubino fallecido en el mismo accidente que el Asegurado Titular.

b) Copia de la Partida de Matrimonio donde se evidencie el matrimonio del Asegurado Titular con el cónyuge también fallecido; o la sentencia judicial consentida y ejecutoriada o testimonio de la declaración de unión de hecho en caso de tratarse del conviviente.

10.3 Para la cobertura de Beneficio Educacional: Además de los documentos establecidos en el numeral 10.1 se deberá presentar la siguiente documentación adicional: Partida de nacimiento del(de los) hijo(s) que se encuentre(n) cursando estudios, constancia de estudios originales del(de los) hijo(s)/a(s) emitida(s) por el centro de estudios primarios, secundarios o superior reconocido por el Ministerio de Educación o por la correspondiente Universidad; y los documentos de identidad del(los) beneficiario(s) que recibirá(n) el pago, o de su tutor o curador.

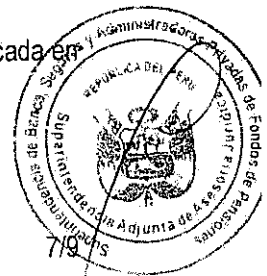
10.4 Para la cobertura de Reembolso por Traslado y Reembolso por Lápida: Además de los documentos establecidos en el numeral 10.1 se deberá presentar las facturas y/o comprobantes originales de los gastos efectuados.

En aquellos casos en que no exista designación de Beneficiarios se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de la Aseguradora, 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.

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario conoce de la existencia del beneficio.

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





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

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 calendarios 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, la Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro

(...)

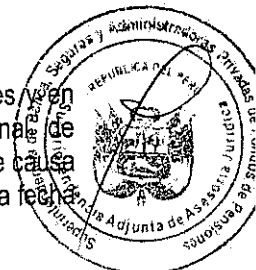
17 MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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 fuese igual o superior a 20 UIT.

18. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza de seguro sea comercializada a través de Comercializadores, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de esta póliza por dicho canal de comercialización, el Contratante podrá resolver el presente 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





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

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 o asegurado 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.

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

19 MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

19.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación por escrito de La Aseguradora y detallándose las modificaciones que se realicen en caracteres destacados, la misma que deberá ser remitida 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.

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.

(...)



Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras
Privadas de Fondos de Pensiones

TRANSCRIPCION

Fecha 11 JUL. 2017

Señores La Positiva Vida Seguros
y Reaseguros

Cumplo con remitirle para su conocimiento y fines
pertinentes la presente fotocopia de la Resolución
Nº 0712/2017 de fecha 11 JUL. 2017

Esta copia es transcripción oficial

Atentamente

Superintendencia de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones



CARLOS MELGAR ROMARIONI
Secretario General