

Condiciones Generales Seguro Vida Familiar

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. En esta definición está incluido el Asegurado Titular y Asegurado (s) Adicional (es).
- c) **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 las Condiciones Particulares.
- d) **Asegurado Adicional:** Son los familiares directos del Asegurado Titular. La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Contratante no corresponda a los permitidos en esta póliza.
- e) **Suma Asegurada:** Es el monto indicado en las Condiciones Particulares correspondiente al plan elegido, que será pagado por la Aseguradora al(a los) Beneficiario(s) -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.
- f) **Beneficiario:** Es la persona natural designada por el Asegurado Titular 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.
- g) **Contratante:** Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. En el caso de persona natural, puede contratar el seguro a favor de él mismo, o a favor de su cónyuge o concubino o de sus hijos que cumplan con la edad señalada en las condiciones particulares. En el caso de persona jurídica, ésta puede contratar el seguro a favor de sus trabajadores y familiares de éstos.
- h) **Concubino:** El o la persona con quien el asegurado titular mantiene una unión de hecho durante dos años continuos y cuyo vínculo se encuentra reconocido judicial o notarialmente.
- i) **Cónyuge:** El o la persona con quien el asegurado titular mantiene un vínculo matrimonial.
- j) **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.
- k) **Enfermedad preexistente:** Se entiende por enfermedad preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado Titular o el (los) Asegurado(s) Adicional(es) y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.
- l) **Familiar directo:** Serán considerados como familiares directos para los efectos de la presente póliza a: los hijos y el (la) cónyuge o concubino (a) del Asegurado Titular.
- m) **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.
- n) **La Aseguradora:** Es la Positiva Vida Seguros y Reaseguros que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.

o) 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 del 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 éstas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

p) 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.

q) 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 se obliga al pago de la prima convenida.

El Asegurado Titular y Adicional, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro han autorizado de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato. En dicho supuesto, cualquiera de ellos podrán revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado Titular y 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.

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:

a) Muerte Natural:

En caso de fallecimiento del Asegurado por causas que no correspondan a un accidente, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza.

b) Muerte Accidental:

La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura conforme a las condiciones particulares, 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.

c) Muerte Accidental en transporte público:

La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura conforme a las condiciones particulares, cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente de tránsito. 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.

d) Desamparo Súbito Familiar:

La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según lo establecido en las Condiciones Particulares, cuando el fallecimiento del Asegurado Titular y su cónyuge o concubina(o) ocurran como consecuencia de un mismo accidente y a más tardar dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la ocurrencia del mismo.

e) Invalidez Total y Permanente por Accidente:

La Aseguradora pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura, cuando ésta se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido el accidente amparado por póliza y esté contemplada dentro de los siguientes casos:

- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la Invalidez Total y Permanente.
- Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- Pérdida completa (desmembramiento) de los brazos o de ambas manos.
- Pérdida completa (desmembramiento) de las dos piernas o de ambos pies.
- Pérdida completa (desmembramiento) de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna.
- Pérdida completa (desmembramiento) de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie.

f) Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:

La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares en caso que el Asegurado se encuentre en un supuesto de invalidez total y permanente por Enfermedad evaluada y calificada como definitiva de acuerdo a las normas que rigen el Sistema Privado de Pensiones.

Se considera Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, aquellos casos que produzca la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que genere un menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo del Asegurado debido a una enfermedad diagnosticada durante la vigencia del seguro.

Si el Asegurado falleciera a consecuencia de la enfermedad que originó la invalidez cubierta por esta cobertura, se establece que las sumas que hayan sido pagadas por este concepto serán descontadas de las que corresponda pagar por la cobertura de muerte natural.

g) Sepelio:

La presente cobertura se otorgará al fallecimiento del Asegurado. La Aseguradora otorgará el monto indemnizatorio establecido en las condiciones particulares a los beneficiarios del Asegurado.

h) Reembolso por Traslado a Nivel Nacional:

La Positiva Vida reembolsará los gastos de transporte efectuados por los deudos para el traslado del asegurado fallecido hasta el lugar de inhumación escogido, por cualquier medio de transporte, hasta el límite establecido en la suma asegurada y siempre que el traslado se realice entre departamentos del Perú. Dicho reembolso se hará a favor de la(s) persona(s) que haya(n) incurrido en los gastos de traslado.

i) Adelanto por Enfermedades Terminales:

Por la presente cobertura La Positiva Vida pagará al Asegurado Titular o los Asegurados Adicionales, la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para esta cobertura, en caso alguno de ellos durante la vigencia de la cobertura, se vea afectado por alguna de las siguientes enfermedades, siempre que el médico de La Positiva Vida certifique que producto de la enfermedad, el Asegurado tiene un período de vida no mayor a 120 días. Este beneficio será efectivo para el Asegurado después de transcurridos seis (6) meses de vigencia interrumpida del seguro, contados desde la fecha de inicio de la póliza según se indique en las condiciones particulares:

- Infarto Cardíaco. Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de una llegada inadecuada de sangre al área relevante. El diagnóstico se basará en los siguientes criterios: (i) historia de dolor torácico de presentación súbita y sugerente de infarto al miocardio, (ii) cambios recientes y confirmatorios en el electrocardiograma, (iii) elevación de enzimas cardíacas.

- Derrame Cerebral. Definido como cualquier accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con una duración mayor a veinticuatro (24) horas, incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia proveniente de una fuente extracranial. Deberá presentarse evidencia de déficit neurológico permanente. A estos efectos, se precisa que los déficit neurológicos de carácter permanente se configuran después de 180 días de producido el derrame cerebral.

- Cáncer. Definido como una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión de tejidos. El término cáncer también incluye la leucemia y el mal de Hodgkin.

j) Beneficio de Luto:

Monto indemnizatorio de libre disponibilidad que al fallecimiento del Asegurado se entrega a sus Beneficiarios.

k) Beneficio Educacional:

Al fallecimiento del asegurado titular o su cónyuge (o conviviente) o al fallecimiento conjunto de ellos, La Positiva Vida entregará al cónyuge sobreviviente o al tutor o curador responsable respectivamente, el beneficio establecido en las condiciones particulares por única vez siempre que exista al menos un hijo menor de 25 años de edad incluido en la póliza que esté cursando estudios primarios, secundarios o superiores en una entidad reconocida por el Ministerio de Educación. Este beneficio corresponde a dichos hijos en partes iguales. Tratándose de hijos mayores de edad pero menores de 25 años que estén estudiando, éstos recibirán directamente el beneficio en la parte que le corresponde.

l) Pago único por útiles escolares por Muerte del Asegurado Titular:

La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura conforme a las condiciones particulares, en el caso del fallecimiento del Asegurado Titular de la póliza, La Compañía indemnizará al padre o madre sobreviviente con un pago único, indicado en las Condiciones particulares, correspondiente al sufragio de los gastos por útiles escolares, siempre y cuando el Asegurado Titular tuviese hijos en edad escolar, considerándose como tales a los que tengan hasta un máximo de dieciocho (18) años de edad, en el momento de su deceso.

La Aseguradora 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 o accidente pre-existente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero.**
- b) Diabetes mellitus, tuberculosis, cáncer y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Los siniestros ocurridos a consecuencia de dichas enfermedades a partir del segundo año de vigencia tendrán cobertura, salvo que 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, 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 en 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 en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a 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 solicitar la cobertura.
- 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 bajo los efectos de drogas, alucinógenos o de sustancias alcohólicas (independientemente de su grado o nivel de consumo).

5. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO:

El presente contrato de seguro tendrá la vigencia establecida 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 La cobertura del seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

- a) Cuando la Aseguradora pague la cobertura 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. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.

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, 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, 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 de DNI y vigencia de poder del apoderado.

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 en caso corresponda, el mismo que no estará sujeto 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 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 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 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

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 al periodo efectivamente cubierto.

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

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:

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.

Asimismo, el pago de la prima podrá realizarse a través del descuento en la remuneración del Contratante, realizado por el empleador correspondiente según lo indicado en las Condiciones particulares. Dicho empleador deberá enviar mensualmente a la Aseguradora, la relación de Asegurados por quienes se ha realizado el descuento en su planilla, fin de realizar el pago correspondiente de la prima del Seguro. En este supuesto, será responsabilidad del contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente. La Aseguradora tampoco será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca atraso en el pago de primas.

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 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.

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.

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 fin de mes en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares. La Aseguradora está facultada para realizar la comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el Asegurado 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 mensual 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 certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

10.1 Para la cobertura de Muerte, Sepelio y Beneficio de Luto: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Partida o Acta de Defunción.
- c) DNI de los Beneficiarios.
- d) Historia clínica completa, foliada y fedateada.

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

- a) Atestado o Informe Policial Completo.
- b) Protocolo de Necropsia.
- c) Dosaje Etílico, o los exámenes médicos correspondientes.
- d) Resultado del examen toxicológico.

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

- a) DNI del Asegurado.
- b) Historia clínica completa, foliada y fedateada.
- c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, 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.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse cuando corresponda, el Atestado o Informe policial completo y el dosaje etílico, o los exámenes médicos correspondientes.

10.3 Para la cobertura de desamparo súbito familiar: Se deberá presentar cuando corresponda la siguiente documentación:

- a) Certificado Médico de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o Conviviente.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o Conviviente
- c) Copia de la Partida de Matrimonio donde se evidencie el matrimonio del Asegurado 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.
- d) DNI de los Beneficiarios
- e) El Atestado o Informe Policial Completo.
- f) Protocolo de Necropsia del Asegurado y su Cónyuge, o Conviviente.
- g) Dosaje Etílico, o los exámenes médicos correspondientes, del Asegurado y su Cónyuge, o Conviviente.

10.4 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, Institutos superiores o Universidades, reconocidas como tales por el Ministerio de Educación o SUNEDU, según sea el caso ; así como, el documento de identidad de su tutor o curador, en caso corresponda.

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

10.6 Para la cobertura de Pago único por útiles escolares por Muerte del Asegurado Titular: Deberá presentarse los documentos señalados en el numeral 10.1.

10.7 Para la cobertura de adelanto por enfermedades terminales: Deberá presentarse los siguientes documentos:

Las enfermedades deberán ser certificadas médicamente. Para ello, el Asegurado deberá presentar el diagnóstico (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en la especialidad que corresponda a dicho diagnóstico.

Esta certificación deberá especificar explícitamente la esperanza de vida que tiene el paciente afectado por la enfermedad en mención, la cual deberá estar refrendada por la firma del médico y presentarse a La Positiva dentro de los 30 días siguientes a la fecha de diagnóstico junto con los demás documentos previamente señalados.

El aviso del siniestro y la solicitud de coberturas 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.

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 01-211-0-212, en la ciudad de Lima y en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe.

Los beneficios derivados de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la fecha del siniestro o desde que el beneficiario tomo conocimiento de la póliza, de acuerdo con lo señalado en el artículo 80° de la Ley del Contrato de Seguro.

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 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 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 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.

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, según corresponda.

11 SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

El Beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquier 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.

En caso que 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.

12 .QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS:

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas 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, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden (i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

13 .DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Contratante, Asegurado y el Beneficiario, 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.

14 .INDISPUTABILIDAD:

Esta póliza será indisputable, es decir, la Aseguradora no podrá invocar reticencia o falsa declaración, una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contados a partir de la fecha de su perfección, excepto en los casos que medie actuación dolosa del Contratante y/o Asegurado.

15 .COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Las comunicaciones dirigidas por la Aseguradora al Contratante y/o Asegurado podrán 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.

16. 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 pueden 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.

17. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de Comercializadores 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 nota de cobertura provisional, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

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

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 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.

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

19 .PROTECCION DE DATOS PERSONALES.

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el Contratante/Asegurado queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Aseguradora, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Aseguradora utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante/Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El Contratante reconoce y acepta que la Aseguradora podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el Contratante/Asegurado son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Contratante decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la Aseguradora. Conforme a ley, el Contratante/Asegurado está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.