

**La Positiva Vida Seguros y Reaseguros**

Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N°370, Tercer Piso  
 San Isidro, Lima – Perú  
 RUC.: 20454073143  
 Telf.: (511) 513-0000 / Fax: (511) 513-0515  
 www.lapositiva.com.pe

Póliza N°:

Solicitud Certificado N°:

Código Registro SBS: AE2076000166

**SOLICITUD-CERTIFICADO  
 MICROSEGURO MODULAR ACCIDENTES GRUPAL**

<b>1. CONTRATANTE</b>			
Nombres / Razón o denominación social:			
Documento de identidad: DNI ___ CE ___ RUC ___ Otro ___			N°:
Dirección:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
<b>2. ASEGURADO TITULAR</b>			
Nombres y Apellidos			
Documento de identidad: DNI ___ CE ___			N°:
Dirección:			
Teléfono:		Fecha de nacimiento:	Estado civil: S ___ C ___ V ___ D ___
Teléfono:		Correo electrónico:	Género: F ___ M ___
<b>2.1. ASEGURADO ADICIONAL</b>			
Nombres y Apellidos:			
Documento de identidad: DNI ___ CE ___			N°:
<b>3. CUESTIONARIO DE SALUD (cuando corresponda)</b>			
a) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que requiera tratamiento, observación médica u hospitalización?			S ___ N ___
b) ¿Le han detectado algún tumor o Cáncer?			S ___ N ___
c) ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial accidente cerebrovascular o insuficiencia renal?			S ___ N ___
En caso de respuesta afirmativa, sírvase brindar detalle:			
Asegurado Titular:			
Asegurado Adicional:			
El cuestionario de salud contenido en la presente solicitud-certificado únicamente es utilizado por La Positiva Vida para conocer el estado del riesgo, en tal sentido, la declaración de alguna enfermedad en el cuestionario de salud no implica que La Positiva Vida otorgará la cobertura en caso que el siniestro se produzca como consecuencia de dicha enfermedad si ésta resulta preexistente a la contratación de la póliza, por el contrario la misma será rechazada conforme a las condiciones del microseguro.			

**4. BENEFICIARIOS** En caso de Fallecimiento del **Asegurado**, los **Beneficiarios** serán los indicados a continuación:

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad (tipo/N°)	Relación con el Asegurado	% de Participación

Los **Beneficiarios** en caso de Fallecimiento del **Asegurado** serán los designados en esta póliza. En caso de no indicar los porcentajes se pagara en partes iguales, y ante la no designación de beneficiarios, la indemnización será pagada en el siguiente orden de precedencia:

- a) El cónyuge sobreviviente.
- b) Los hijos menores de dieciocho (18) años y/o los mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo. En caso de concurrencia, percibirán la indemnización en partes iguales.
- c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- d) Los padres.
- e) Los herederos legales del Asegurado, previa presentación de la copia literal de la inscripción en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos de la Sucesión Intestada o Testamento. Si son dos o más los **beneficiarios** designados, el importe se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuera el vínculo de los **beneficiarios** con el **Asegurado**.

**5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte Accidental	X,XXX
<b>Coberturas Adicionales</b>	X,XXX
XXXXXXXXXX	X,XXX
XXXXXXXXXX	X,XXX
<b>PRIMA COMERCIAL TOTAL</b> (Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual)	<b>XXXXXX</b>
<b>PRIMA COMERCIAL TOTAL</b> (Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual) + <b>IGV</b> (cuando corresponda)	<b>XXXXXX</b>

La prima comercial incluye los siguientes conceptos:

**CARGO POR LA CONTRATACIÓN DE COMERCIALIZADORES: XXX**

**CARGOS DE AGENCIAMIENTO POR LA INTERMEDIACIÓN DE CORREDORES DE SEGUROS (DE CORRESPONDER) : XXXX**

**6. PRIMA:** El monto de la prima será pagado con periodicidad: Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual

La prima convenida será pagada Mensualmente / Trimestralmente / Semestralmente/ Anualmente *de forma:* (i) directa en las oficinas de la aseguradora o comercializador, (ii) a través de cargo en cuenta del contratante y/o asegurado, (iii) descuento por planilla, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de vigencia del seguro, y considerando esta fecha se deberá proceder de igual manera cada mes que corresponda para el pago de la prima. Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el **Asegurado / Contratante (el que corresponda)** tuvo para cancelar la prima, vencido el cual frente a su

incumplimiento el contrato quedará resuelto de pleno derecho sin necesidad de comunicación escrita. Durante el período de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

## 7. DEFINICIONES

**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 la presente solicitud-certificado. El Asegurado, 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 podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado, la Aseguradora cesa la cobertura y el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

Cuando se haga referencia a Asegurado, se deberá entender que se incluyen tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional.

**Asegurados Adicionales:** Son los familiares directos del Asegurado Titular.

La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco entre éstos y el Asegurado Titular no corresponda a los permitidos en esta póliza.

**Muerte Accidental:** La Positiva Vida pagará a los Beneficiarios, los importes señalados en la solicitud-certificado y/o condiciones particulares cuando el asegurado fallezca en un accidente, entendido éste como un 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, desvanecimiento o sonambulismo que sufra el asegurado.**

## 8. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Podrá ingresar como Asegurado cualquier persona mayor de dieciocho años de edad:

Edad máxima de ingreso: XXXXX

Edad máxima de permanencia: XXXX

**9. VIGENCIA:** mensual/anual, con renovación automática

**La fecha de Inicio de Vigencia:** A partir de las 12:00 horas de la fecha de emisión de la presente solicitud certificado y luego que el **Asegurado** la hubiere firmado en señal de conformidad.

El seguro terminará sin necesidad de comunicación alguna, cuando se otorguen la totalidad de las coberturas contratadas.

## 10. EXCLUSIONES

**El presente microseguro no otorga cobertura a siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:**

- **Suicidio, durante los primeros dos (2) años de vigencia.**
- **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.**
- **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**
- **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”.

- Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos, siempre que sea éste quien fuese el conductor al momento del accidente. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico

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

En caso de siniestro, se deberá presentar debidamente llenado el formulario de declaración de siniestro, el cual es otorgado por el comercializador y que debe ser acompañando por la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- c) Documento de identidad del Asegurado, en caso de contar con él.
- d) Documento de identidad del Beneficiario,
- e) Historia clínica completa, foliada y fedateada.
- f) Copia certificada del atestado o Informe Policial Completo , en caso corresponda.
- g) Protocolo de Necropsia Completo, en caso corresponda.
- h) Dosaje Etílico, en caso de accidentes de tránsito; o,
- i) Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.
- j) Copia literal de la inscripción definitiva emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos de la Sucesión Intestada o Testamento.

El aviso de siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados en la oficinas de Comercializador o la Positiva Vida (*según corresponda*) en un plazo no mayor a ciento ochenta (180) días desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza. El incumplimiento del plazo antes indicado no será causal del rechazo del siniestro si el beneficiario prueba su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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

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

Las acciones derivadas del presente seguro prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

**La Positiva Vida** pagará la suma asegurada en sus oficinas, directamente al (a los) **Beneficiario(s)** designados por el **Asegurado** o a través del comercializador, en un plazo máximo de veinte (20) días calendarios de recibida toda la documentación sustentatoria referida en la presente cláusula.

#### 12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

El Contratante, Asegurado, y/o el beneficiario perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Positiva Vida relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso 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.

### **13. AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS, QUEJAS Y/O CONSULTAS**

**La Positiva Vida** atenderá los reclamos y/o consultas a través del “Área de Servicio al Cliente” en un plazo máximo de 15 días contados desde la fecha de su recepción.

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios pueden presentar sus reclamos, quejas y/o consultas (i) llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 74-9000, (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

### **14. INFORMACION ADICIONAL**

La información contenida en la presente solicitud-certificado es parcial e informativa, debiendo complementarse la misma con las Condiciones Generales de la Póliza que obran en poder del **Contratante**. El **Asegurado** tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de grupo o colectivo a la Positiva Vida, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el asegurado.

El Asegurado tiene derecho a presentar sus reclamos a la Defensoría del Asegurado, denuncias ante la Superintendencia de Banca y Seguros y reclamos y denuncias ante el INDECOPI.

Si el microseguro es ofrecido a través de un comercializador a distancia, el Asegurado podrá ejercer su **derecho de arrepentimiento**, esto es, podrá resolver sin expresión de causa la solicitud-certificado, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la misma, siempre que éste no sea condición para la contratación de una operación crediticia, debiendo la Positiva Vida devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Asimismo, durante la vigencia de la presente solicitud-certificado, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, debiendo de comunicarlo a la Positiva Vida con una antelación no menor a 30 días, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza.

El Asegurado por su parte, tiene derecho a resolver la presente solicitud-certificado de seguro sin expresión de causa, siguiendo el procedimiento establecido en el párrafo precedente.

En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de la Positiva Vida, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

El Contratante tiene derecho de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por La Positiva Vida, durante la vigencia del contrato de seguro, contando para ello con el plazo de treinta (30) días una vez recibida dicha propuesta La Positiva Vida proporcionará al Contratante la información o documentación necesaria para que, en caso corresponda, éste ponga en conocimiento del Asegurado, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato de seguro.

### **15. DECLARACIONES DE LA POSITIVA VIDA**

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por aspectos relacionados con la solicitud- certificado de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Positiva Vida. Asimismo, los pagos efectuados por el Contratante o el encargado de pago de la prima al Comercializador, se consideran abonados a la Positiva Vida.

La Positiva Vida es responsable frente al Asegurado y/o Contratante y/o beneficiarios por las coberturas contratadas. Asimismo la Positiva Vida es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a éste último. En caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Res. SBS N° 8181-2012 y normas modificatorias.

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.

## 16. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El **Asegurado** reconoce que cualquier declaración inexacta o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad de la solicitud - certificado de seguro, quedando **La Positiva Vida** liberada de cualquier responsabilidad.

El Asegurado autoriza expresamente a La Positiva Vida, 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.

Asimismo, autoriza a La Positiva Vida para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones de la póliza o solicitud-certificado sean remitidas a su domicilio físico o alternativamente a su correo electrónico consignado precedentemente.

En atención a la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el Asegurado declara expresamente que ha sido previamente informado y conoce la política sobre protección de datos personales establecida en las condiciones generales de la póliza. En tal sentido, da su consentimiento voluntario, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia de sus datos personales y sensibles al banco de datos de titularidad de la Positiva Vida a nivel nacional.

Declaro que he tomado conocimiento directo de la Solicitud-Certificado, las Condiciones Generales de la póliza y cláusulas adicionales, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

**Fecha de emisión:** XXXXX

---

**LA POSITIVA VIDA**

---

**ASEGURADO**