

Seguro de Vida Positiva Protege/Vida Positiva Temporal

CONDICIONES GENERALES

POLIZA DE SEGURO - VIDA POSITIVA TEMPORAL

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 presente póliza podrá ser comercializada a través de los canales de comercialización establecidos en el Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros, aprobado por Res. SBS N° 1121-2017, sus modificatorias o norma que la sustituya en tanto el marco regulatorio lo permita.

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.

c) Suma Asegurada: Es el monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por la **Aseguradora al Beneficiario** -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.

d) Beneficiario Principal: Es la persona natural designada por el **Contratante** 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.

e) Beneficiario Contingente: Es la persona natural designada por el **Contratante** en la solicitud de seguro, a quien se le reconoce el derecho de recibir el monto indemnizatorio o beneficio establecido en las condiciones particulares en caso que a la fecha del fallecimiento del **Asegurado** no se encontrara con vida alguna de las personas designadas como Beneficiario Principal.

f) Contratante: Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar al **Asegurado** y **Beneficiarios**.

g) Exclusiones: Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.

h) 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.

i) 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.

j) 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

k) 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 la presente póliza.

l) 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.

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:

- Fallecimiento.

En caso de fallecimiento 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 la cobertura del seguro no se encuentre suspendida, (iii) que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de póliza.

Por Fallecimiento se entiende:

- Fallecimiento Natural: En caso de fallecimiento del Asegurado por causas que no correspondan a un accidente.

- Fallecimiento Accidental: La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según el plan contratado, cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente. Es

condición esencial para que surja la responsabilidad de La Aseguradora que la causa adecuada de la muerte sean 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.

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 directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

a) Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad, dolencias o cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado 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.

b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

c) Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante dos (2) 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 montañosas o artificiales, práctica de "surf" y "puenting".

k) Que el Asegurado se encuentre bajo los efectos de drogas, alucinógenos o el uso de sustancias alcohólicas (independientemente del grado y nivel de consumo).

5. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO

El presente contrato de seguro queda celebrado por el solo acuerdo entre el Contratante y La Aseguradora, no obstante ello, el inicio de las coberturas contratadas estará condicionado al pago de la prima convenida.

En la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del pago de la prima, La Aseguradora cubrirá el pago de dicho siniestro, oportunidad en la cual se devengará el total de la prima acordada, la cual será descontada de la indemnización correspondiente.

En los seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del contratante y del asegurado, se requiere el consentimiento de este, dado por escrito. Si el Asegurado es menor de edad, es necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

El Asegurado puede revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento.

La Aseguradora, desde la recepción de dicho documento, cesa en la cobertura del riesgo y el contratante del seguro tiene derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato tuvo vigencia.

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre menores de dieciséis años de edad o personas declaradas judicialmente incapaces. Se exceptúan de esta prohibición, los contratos de seguros en los que la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la prima satisfecha por la póliza o al valor de rescate.

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

1.

6.1 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.**

6.2 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 revocación de consentimiento del asegurado. En este caso, la Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, cuando corresponda.

c) Por reclamación fraudulenta de cobertura. En este caso, la Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, cuando corresponda.

d) 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

La solicitud de resolución del Contrato y la devolución de prima correspondiente, se podrá requerir conjuntamente, 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.

El reembolso de las primas se podrá hacer efectivo en las Oficinas de la Aseguradora luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.

e) 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..

f) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 15 siguiente, 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 6.2, 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.

6.3 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 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.

7. 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.

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, 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.

8. 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 6.3, 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 rectificaran las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

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

Para atender la solicitud de cobertura por fallecimiento natural se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos 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. DNI del Beneficiario, de haberlo.
- 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, en caso de accidentes de tránsito; o,
- d. Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

Se deberán presentar los documentos señalados en los literales c) y d) cuando éstos efectivamente deban ser practicados por la autoridad competente.

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.

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.

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 teléfonos de la Aseguradora es 211-0-222, en la ciudad de Lima y provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositivavida.com.pe

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 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.

Las acciones fundadas en el contrato de seguros prescriben en el plazo de diez (10) años contados desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

10. 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.

11. 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.

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 **Asegurado** y el **Beneficiario**, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, 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:

La **Aseguradora** podrá enviar todo tipo de comunicaciones al **Contratante y/o Asegurado** 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** 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.

En caso el contratante ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, La **Positiva** devolverá la totalidad del monto de la prima pagada, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro.

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

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

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. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la Positiva Vida realizará el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de los datos personales del Contratante/Asegurado siendo almacenados en el banco de datos denominado Clientes con código de inscripción RNPDP-PJPN°4267 de titularidad de la Aseguradora, ubicada en el domicilio indicado en la presente póliza. Dichos datos serán incorporados, con las mismas finalidades al banco de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico (La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A y La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud) al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual. La Aseguradora conservará su información por un término de hasta de 10 años, a partir de la fecha de recaudación del dato personal del Titular del Dato.

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

La Aseguradora podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, pudiéndose realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

El Contratante/Asegurado reconoce que los datos proporcionados son esenciales para la gestión y ejecución de la relación contractual. Los bancos de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad.

Conforme a ley, el Contratante/Asegurado está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica..

20. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, la **Aseguradora** es responsable frente al **Contratante** y/o **Asegurado** por la cobertura contratada. Asimismo es responsable

por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

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