

POLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO CONDICIONES GENERALES

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

La Aseguradora emite la presente póliza a usted, en adelante El Contratante, para asegurar la vida del Asegurado. Los términos condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro son las siguientes:

1. DEFINICIONES:

- a) **Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- b) **Asegurado:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en el certificado de seguro.
- c) **Suma Asegurada:** 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:** Es la persona natural designada por el Asegurado 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) **Certificado de Seguro:** Es el documento emitido por La Aseguradora en los casos de seguros grupales, que contiene las condiciones mínimas de aseguramiento y que es entregado a los Asegurados.
- f) **Contratante:** es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y cuyo nombre figura en las condiciones particulares, quien además tiene la condición de un comercializador de la presente póliza, cuando el marco regulatorio permita dicha comercialización.
- g) **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro
- h) **Enfermedad preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencias preexistentes, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.
- i) **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.
- j) **La Aseguradora:** La Positiva Vida Seguros y Reaseguros.
- k) **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 de 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 estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

- l) **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 cobertura de la presente póliza.
- m) **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 Asegurado y/o Beneficiarios; y el Contratante y/o Asegurado 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:

- **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 de la póliza.
- **Muerte Accidental:** La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según 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 se produzca como 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.

En caso de muerte, 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.

4. EXCLUSIONES:

La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a) **Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencia preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firmado dicho documento. No se considerara preexistente causal de exclusión del presente seguro, aquellas declaradas por el asegurado en la solicitud de seguro y aceptadas por la Aseguradora como parte del riesgo.**
- b) **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**
- c) **Suicidio, salvo que el certificado haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.**
- d) **Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.**
- e) **Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.**
- f) **Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.**

- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- h) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en 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 (montañas o artificiales), práctica de “surf” y puenting.
- k) Cuando el siniestro del Asegurado se produzca a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lt de alcohol en la sangre y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

5. CELEBRACION, INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El presente contrato de seguro queda celebrado por el solo acuerdo entre el Contratante y La Aseguradora, no obstante ello, de conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares, siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente.

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

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

7.1 La cobertura del certificado de seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna, en cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) Cuando La Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.
- b) Por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.
- c) A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.
- d) Cuando la presente póliza no se renueve automáticamente.

7.2 La resolución deja sin efecto la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones existentes entre el Contratante, el Asegurado y la Aseguradora y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza o certificado de seguro, según corresponda, durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro. Dicha comunicación será dirigida al Contratante y/o Asegurado, conforme a lo señalado en el numeral 8 del presente condicionado general.

b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante o Asegurado, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que utilizó para contratar el seguro.

En la fecha que se efectúe la resolución contractual, el Contratante o Asegurado deberá gestionar por escrito en las oficinas de la Aseguradora o del Comercializador en caso ello se establezca en la póliza, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza similar. El reembolso requerido se podrá hacer efectivo en las oficinas de la Aseguradora o del Comercializador, luego de quince (15) días de efectuada la resolución contractual.

c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión de las condiciones del seguro establecidas en el certificado de seguro en un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Asegurado, facultará a la Aseguradora a resolver el certificado, mediante una comunicación dirigida al Contratante y Asegurado en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días 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.

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

d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante y/o Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 16 del presente condicionado general, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de

los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, 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 transcurrido.

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 por el periodo efectivamente cubierto.

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

En aquellos casos en que la resolución sea efectuada por la Aseguradora y El Contratante o Asegurado tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y/o del Certificado de Seguro, según corresponda, desde el momento de su respectiva celebración.

El contrato de seguro y/o el Certificado de Seguro, según corresponda, serán nulos en los siguientes supuestos:

- a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la 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. En

caso que esta causal sea incurrida por el Asegurado con respecto a la toma del seguro por parte suya, la nulidad afectará únicamente al certificado de seguro del cual dicho Asegurado es titular. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal mediante una notificación realizada por medio fehaciente, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

- d) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año de duración del seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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 o Asegurado, según corresponda será responsable de verificar que los pagos se realicen satisfactoriamente. La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca el atraso en el pago de las primas, salvo lo previsto en el numeral 21 del presente condicionado general.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro) al Contratante y al Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima, plazo que no podrá ser menor a los 30 días antes mencionados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

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

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

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el certificado de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago.

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

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

9. EDAD:

Podrá ingresar como asegurado bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta (60) años de edad, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como asegurado sólo hasta fin del mes en que cumpla la edad máxima de 69 años, 11 meses y 29 días.

Sin perjuicio de la nulidad indicada en literal (e) del numeral 7.3, si se comprueba inexactitud en la edad del **Asegurado**, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **La Aseguradora**.
- b) Si la edad verdadera es menor a la declarada, se rectificarán las primas en el futuro y se devolverá el exceso de la totalidad de las primas percibidas, sin intereses.

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

Para atender la solicitud de cobertura se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes “copia legalizada”) :

En caso de fallecimiento natural:

- 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.**

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.

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

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo previsto en la normativa vigente.

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.

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

Los beneficiarios perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Aseguradora 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.

12. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El Asegurado autoriza expresamente a La Aseguradora, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

13. QUEJAS Y RECLAMOS:

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.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Asegurado y los Beneficiarios 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.

15. INDISPUTABILIDAD:

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

16. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones dirigidas por La Aseguradora al Contratante y/o Asegurado deberán realizarse por escrito o a través del correo electrónico que se señala en la solicitud de seguro.

Para los efectos del presente contrato La Aseguradora, el Contratante y/o Asegurado señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones físicas en general.

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a La Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante y/o Asegurado puede pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el Asegurado fuese igual o superior a 20 UIT.

18. 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 Asegurado podrá resolver el certificado 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 del certificado de seguro, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

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

19. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

19.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación de La Aseguradora por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

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

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

20. PROTECCION DE DATOS PERSONALES

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, 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.

21. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores, BancaSeguros y Comercialización a Distancia y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, la Aseguradora es responsable frente al Contratante/ Asegurado 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/Asegurado o sus beneficiarios al Comercializador de la presente póliza, 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, Asegurado o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a La Aseguradora.