

**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: VI2077200165**

**SOLICITUD-CERTIFICADO  
 MICROSEGURO MODULAR VIDA 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</b>		
Nombres y Apellidos:		
Documento de identidad: DNI ___ CE ___		N°:
Dirección:		
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>		
	<b>Asegurado Titular</b>	<b>Asegurados Adicionales</b>
a) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que requiera tratamiento, observación médica u hospitalización?	S ___ N ___	S ___ N ___
b) ¿Le han detectado algún tumor o Cáncer?	S ___ N ___	S ___ N ___
c) ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal?	S ___ N ___	S ___ N ___
En caso de respuesta afirmativa, sírvase brindar detalle:		
<b>Asegurado Titular:</b>		
<b>Asegurados Adicionales:</b>		

El cuestionario de salud contenido en la presente póliza simplificada 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 designación, la indemnización será pagada en el siguiente orden de precedencia:

- El cónyuge sobreviviente.
  - 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.
  - Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
  - Los padres.
  - 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
Fallecimiento	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 cancelado de forma Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual

La prima convenida será pagada mensualmente (i) de forma directa en las oficinas de la aseguradora o comercializador, (ii) a través de cargo en cuenta del contratante, (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 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

**Fallecimiento:** Por Fallecimiento se considera:

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

**Fallecimiento Accidental:** La Aseguradora 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 Positiva Vida 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.

**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 cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimiento o sonambulismo que sufra el asegurado.**

**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. Se considerará como tal al Asegurado Titular como para el cónyuge o conviviente (concubino), cuando corresponda.

**Asegurados Adicionales:** Son los familiares directos del Asegurado Titular, entendiéndose como tales al padre, madre, cónyuge o conviviente (concubino) sobreviviente e hijos.

La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Contratante no corresponde a los permitidos en esta póliza.

El Asegurado Adicional, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autoriza de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato. En dicho supuesto, el Asegurado Adicional podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado Adicional, la Aseguradora cesa la cobertura y el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

## 8. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

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

Edad máximo 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:

- **Enfermedades pre-existentes, entendiéndose como la enfermedad, lesión o condición que haya sido diagnosticada o reciba tratamiento médico, con anterioridad a la contratación del seguro.**
- **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.**
- **Homicidio causado por los beneficiarios de la presente póliza.**
- **Que el Asegurado se encuentre 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, 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 acompañado por la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Fallecimiento: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- 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.

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 Completo.
- c) Dosaje Etílico, en caso de accidentes de tránsito.
- d) Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

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 prueban 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 (01)211-0-212, en la ciudad de Lima y/o 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 calendario de recibida toda la documentación sustentatoria referida en la presente cláusula.

## 12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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".

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios pueden presentar sus reclamos, quejas y/o consultas (i) llamando al teléfono 211-0-211 desde Lima y/o provincia, (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. En dicho supuesto la Positiva Vida

proporcionará al Contratante la información o documentación necesaria para que 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 del contrato 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, El Asegurado autoriza a La Positiva Vida para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones de la póliza sean remitidas al domicilio físico o alternativamente a su correo electrónico consignado precedentemente.

El Asegurado declara haber otorgado su consentimiento para tener la cobertura del presente microseguro, no obstante ello, podrá revocar dicho consentimiento, en cualquier momento debiendo comunicarlo previamente a la Positiva Vida con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios.

Asimismo, por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa a mis afiliaciones a la EPS y/o pólizas de seguro, así como sus endosos y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan.

De producirse algún cambio en los medios electrónicos indicados, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

#### **17. POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

En atención a la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales -, su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, el Asegurado queda informado que los datos que ha proporcionado serán tratados por la Aseguradora, cuyo domicilio se encuentra indicado en el presente documento, para la preparación, celebración y la ejecución de la presente relación contractual. Dichos datos serán incorporados a los bancos de datos de La Aseguradora, los cuales cuentan con estrictas medidas de seguridad.

De igual manera, La Positiva Vida utiliza 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.

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

El Asegurado otorga su consentimiento libre, previo, expreso, informado e inequívoco para tratar sus datos personales con fines comerciales y/o publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que considere de interés y/o incluso a transferirlos a las empresas que conforman parte del mismo grupo con los mismos fines.

Los datos proporcionados serán transferidos a nivel nacional e internacional siendo almacenado en el banco de datos denominado Clientes con código de inscripción RNPDP-PJPN° 4267 de titularidad de la Aseguradora y 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.

Marcar con una "x": Autorizo  No autorizo

Finalmente, le informamos que Usted está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y/o oposición frente al tratamiento de sus Datos Personales, a través de lo indicado en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

Declaro que he tomado conocimiento directo de las Condiciones Generales y cláusulas adicionales de la póliza, 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**