

Seguro de Accidentes Personales 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 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 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.
- 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:** 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 a quien le corresponde el pago de las primas, salvo que se indique lo contrario en las condiciones particulares. Tiene la atribución de designar al Asegurado.
- g. **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.
- h. **Enfermedad o Accidente preexistente:** Se entiende por enfermedad 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 presentación de la declaración jurada de salud.
- i. **Establecimiento de salud:** Es el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice herramientas de laboratorio, unidades de cuidados intensivos para los pacientes, quirófano y equipo de rayos X, que proporciona servicios de enfermería a tiempo completo y son atendidos por personal profesional especializado. **No se consideran establecimientos de salud las instituciones mentales o aquellas utilizadas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas así como los institutos o sanatorios en los cuales se presta**

- servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**
- j. **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, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio
 - k. **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.
 - l. **Periodo de Carencia:** **Corresponde al periodo durante el cual el Asegurado no cuenta con la cobertura contratada. La cobertura solo podrá ser reclamada cuarenta y ocho (48) horas después del inicio de la vigencia del seguro.**
 - m. **Planes:** Programas o alternativas ofrecidas por La Aseguradora que incluyen diferentes sumas aseguradas y primas. El Plan lo determina el Contratante al momento de contratar el seguro y puede ser modificado por él previa solicitud por escrito a La Aseguradora, originando el endoso correspondiente y el pago de la nueva prima, de ser el caso.
 - n. **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.

- o. **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.
- p. **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; y el Contratante y/o Asegurado se obligan 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:

Los beneficios y sumas aseguradas de esta póliza serán otorgados según el plan contratado. El Beneficio es el siguiente:

Muerte 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 directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Aseguradora que la muerte sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.

La compañía podrá otorgar coberturas adicionales de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

4. EXCLUSIONES:

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

- a. **Enfermedad o accidente pre-existente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero. 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. **Suicidio dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.**
- c. **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.**
- d. **Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaco y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.**
- 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.**
- a. **Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiese 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 en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lt de alcohol en la**

sangre, según dosaje etílico, o cuando el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público.

5. 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, 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.

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 y 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:

- 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) Cuando la presente póliza de seguro no se renueve.**

7.2 La Póliza o el certificado de seguro, según corresponda se extinguen transcurrido el plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago de la prima establecida, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral.

7.3 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 el certificado de seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita conforme a lo establecido en el**

numeral 16, 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 deberá ser dirigida al Contratante y/o al Asegurado.

- b. Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante o Asegurado, debiendo éste comunicarlo a la Aseguradora pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos o medios utilizados al momento de la contratación del seguro. El Contrato quedará resuelto de manera inmediata.

En caso corresponda, la Aseguradora deberá realizar el reembolso de la prima por el periodo no devengado, el mismo que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las Oficinas de la Aseguradora luego de treinta (30) días calendarios desde la solicitud de resolución.

- 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 en lo concerniente a la prima pactada, 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 Contratante y/o Asegurado, la Aseguradora podrá resolver la cobertura del certificado de seguro correspondiente al Asegurado que ha incurrido en la precitada causal, 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. El Certificado quedará resuelto en la fecha en que el Contratante y/o Asegurado reciba dicha comunicación.

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 Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 16

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. La resolución surtirá efectos al día siguiente de la notificación de resolución. Cuando la Aseguradora opte por resolver la póliza o el certificado de seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo 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 incurra 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 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 Asegurado, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado

e. La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución del contrato de seguro. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones.

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.3, 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.

7.4 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro o del certificado de seguro, según corresponda, desde el momento que el Contratante celebra dicho contrato o desde que el Asegurado toma el seguro, respectivamente.

El contrato de seguro 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, dentro de los 30 días hábiles siguiente de la fecha de declaración de la nulidad del contrato, es decir, la fecha de comunicación de la nulidad al Contratante, 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, no obstante, se procederá a devolver, en caso exista, el importe que exceda la prima del primer año dentro del plazo de 30 días hábiles antes mencionado.

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.

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/o 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 con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza o el certificado de seguro por falta de pago de prima.

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, 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 hasta la edad máxima que se indique en las condiciones particulares de la presente póliza.

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 (c) del numeral 7.4 anterior, si se comprueba inexactitud en la declaración de la edad del **Asegurado**, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la prestación de la Aseguradora se reducirá en la proporción a la prima 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.

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

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Muerte Accidental: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- a. **Certificado Médico de Defunción**, emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cual fue la causa del fallecimiento.
- b. **Partida o Acta de Defunción del Asegurado**, documento donde consta la inscripción del fallecimiento en la Municipalidad o RENIEC.
- c. **DNI del Asegurado**, de haberlo.
- d. **DNI del Beneficiario**, de haberlo.
- e. **Atestado o Informe Policial Completo** ordenado por la Policía Nacional del Perú.
- f. **Protocolo de Necropsia**, ordenado por el Ministerio Publico.
- g. **Dosaje Etílico** ordenado por la Policía Nacional del Perú.
- h. **Resultado del examen toxicológico** ordenado por el Ministerio Publico.

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 teléfono de la Aseguradora son 211-0211, y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso La Aseguradora sufra un perjuicio debido a que el Asegurado incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a La Aseguradora dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días 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 acepte 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 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 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 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 casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el Asegurado, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

El Contratante y/o Asegurado, o sus 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 del resto.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones.

12. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El Contratante y el Asegurado autorizan 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. RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS:

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus reclamos y requerimientos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Asegurado y los Beneficiarios tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Aseguradora sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la Aseguradora.

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 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.- CONSENTIMIENTO PREVIO:

Se deja expresa constancia que el Contratante y/o el Asegurado han otorgado su consentimiento expreso para que su silencio sea asumido como una aceptación a los cambios en las condiciones y términos de la póliza comunicados por La Aseguradora de manera previa a la renovación del seguro, siempre y cuando La Aseguradora cumpla con comunicar tales modificaciones dentro de los cuarenta y cinco (45) días previos a la entrada en vigencia de las mismas, de conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes.

19. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Si el seguro es ofrecido a través de comercializadores, incluyendo bancaseguros, el Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento, esto es, podrá resolver sin expresión de causa el Certificado de Seguro dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de Certificado o de la nota de Cobertura Provisional, siempre que éste no sea condición para la contratación de una operación crediticia, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la solicitud del derecho de arrepentimiento. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro. Para tal efecto, el Asegurado podrán hacer valer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

20. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

20.1 En caso aplique renovación automática, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación por escrito de La Aseguradora por medio de los mecanismos de comunicación pactados, señalando las modificaciones en caracteres destacados 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, debiendo la Aseguradora remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

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.

20.2 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.

21.- POLITICA DE PRIVACIDAD – TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA VIDA S.A SEGUROS Y REASEGUROS** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima**, en adelante, **LA ASEGURADORA**.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **4267**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados

a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la [página web](https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros)

<https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link:

https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8

para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad

Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llonca N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

22. 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.