

**RESUMEN INFORMATIVO
SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN**

LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS

Calle Francisco Masías N° 370 – San Isidro – Lima

Telf.: 211-0-212

www.lapositiva.com.pe

MONTO DE LA PRIMA COMERCIAL: El monto de la prima comercial se determina aplicando una tasa de _____, sobre _____, la misma que será cancelada de forma mensual.

VIGENCIA DEL SEGURO: La vigencia del seguro inicia el **XX/XX/XX** (la fecha y hora del desembolso del préstamo asociado) y finaliza el **XX/XX/X** (al momento de la cancelación del crédito asociado, sin perjuicio de las causales de resolución previstas en el Condicionado General).

RIESGOS CUBIERTOS. De acuerdo con el numeral 3 de las condiciones generales de la póliza.

Muerte Natural / Muerte Accidental.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.

Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Sobrevivencia

SUMA ASEGURADA. Para las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente e Invalidez Total y Permanente por Enfermedad, la suma asegurada corresponde al saldo deudor o saldo insoluto del crédito según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, o monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por La Aseguradora al Beneficiario y/o Beneficiario Adicional -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza. Si el Asegurado sobrevive a la vigencia pactada en las condiciones particulares de la póliza, la suma asegurada será el porcentaje de devolución de las primas pagadas establecidas en el condicionado particular por las coberturas de Muerte Natural y Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad y Sobrevivencia, durante la vigencia del seguro

EXCLUSIONES. Este seguro no cubre los siniestros ocurridos como consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

a) Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias 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.

- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- 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) 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.
- e) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- f) 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.
- g) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- h) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- i) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, canotaje, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), carreras de caballos, paracaidismo, práctica de "surf" y puenting.
- j) 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/lit de alcohol en la sangre, según dosaje étílico. y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.
- k) Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.

PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS.

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

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

- a) Certificado Médico de Defunción del Asegurado documento que lo emite el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cuál fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que causaron el fallecimiento del Asegurado.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado Asegurado documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad y RENIEC.
- c) Documento de identidad del Asegurado en caso corresponda.
- d) Documento de identidad del Beneficiario Adicional, de haberlo.
- e) Historia clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, documento emitido por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, se deberán presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- a) Atestado o Informe Policial Completo, documento emitido por la policía cuando el asegurado ha fallecido en un accidente.
- b) Protocolo de Necropsia en caso corresponda ordenado por el Ministerio Público, según corresponda.
- c) Dosaje Etílico en caso corresponda ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito.
- d) Resultado del examen toxicológico del Asegurado (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito, ordenado por el Ministerio Público. En aquellos casos en que, conforme a las condiciones particulares se otorgue el Beneficio Adicional, y sin embargo no exista designación de Beneficiario Adicional, se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

Para la cobertura de invalidez total y permanente: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Documento de identidad del Asegurado
- b) Historia Clínica del Asegurado foliada y fedateada del Asegurado, documento emitido por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.
- c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR cualesquiera de ellas), en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo y el dosaje etílico en caso corresponda.

Para la cobertura de Sobrevivencia el Asegurado deberá presentar una solicitud simple, a la cual deberá adjuntar copia de la reproducción notarial de su documento de identidad.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas del Comercializador, cuyos datos se encuentran detallados en las condiciones particulares, en un plazo no mayor a 360 días posteriores a la fecha del conocimiento del siniestro o del beneficio del presente contrato de seguro.

El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo de rechazo del siniestro, no obstante ello, en el supuesto que la presente póliza tenga contratada coberturas adicionales y las mismas incluyan el derecho de reducción a favor de la Aseguradora conforme a lo señalado en el artículo 70° de la Ley del Contrato de Seguro, la indemnización podrá ser reducida hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, en caso que el Contratante, Asegurado o Beneficiario omita realizar el aviso del siniestro por culpa leve y se produzca con ello un perjuicio a La Aseguradora. Del mismo modo, perderá el derecho a ser indemnizado si es que la omisión se produjo de manera dolosa o con culpa inexcusable, dentro de los términos señalados en el artículo 72° de la mencionada Ley

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario conoce de la existencia del beneficio para la cobertura de fallecimiento.

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, la misma que puede darse, en caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada.

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 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 sin pronunciamiento de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.



* Cualquier duda con respecto al procedimiento de solicitud de las coberturas podrán realizarse por medio de los teléfonos de la Aseguradora.

CANALES DE ORIENTACIÓN EN CASO DE UN SINIESTRO:

Línea Positiva (01) 211-0211

Oficinas a Nivel Nacional, la cuales puedes ubicar en www.lapositiva.com.pe

MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

Conforme a lo señalado en el numeral 18 de las condiciones generales.

Importante:

- **Durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. El presente seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.**
- El Asegurado tendrá derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.
- El monto de la prima será cancelado de forma mensual en las oficinas del Comercializador o en los lugares que este autorice y a través del cargo en el estado de cuenta mensual del Asegurado.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho