

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES - PROTECCIÓN ORO 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 establecidos en el Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros, aprobado por Res. SBS N° 2996-2010, 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:** Persona(s) natural(es) con interés asegurable en la vida del asegurado, a quien(es) el Contratante reconoce el derecho proporcional a percibir la indemnización derivada de esta póliza. A falta de la indicación proporcional se presume la repartición en partes iguales. En caso no se designen beneficiarios, se considerará el orden de precedencia establecido en las condiciones particulares. El contratante tiene la potestad de modificar a los Beneficiarios, siendo suficiente con cursar una comunicación por escrito a **La Aseguradora** en tal sentido.

e) **Comercializador:** Es la persona natural o jurídica que en virtud de la suscripción de un contrato de comercialización, adquiere la condición de representante de **La Aseguradora** para la comercialización y/o contratación de seguros.

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

g) **Edades:**

Edad de Ingreso: Mayores de 18 años, hasta 60 años de edad (59 años, 11 meses y 29 días)

Edad de Permanencia: Hasta los 70 años (69 años, 11 meses y 29 días)

h) **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.

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

j) **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.

k) **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.

l) **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.

m) **Periodo de Carencia:** Corresponde al período durante el cual el Asegurado no cuenta con la cobertura contratada. El beneficio de gasto de sepelio sólo podrá ser utilizado luego de transcurridos noventa (90) días calendario desde el inicio de vigencia del seguro. En el caso de muerte accidental, la atención es desde el inicio de vigencia del seguro.

n) **Período de Convalecencia:** Es el período de recuperación gradual de la salud después de sufrir una enfermedad, un accidente o una intervención quirúrgica.

o) **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.

p) **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.

q) **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.

r) **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. Los beneficios son los siguientes:

a) **Hospitalización por accidente:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares por cada día, que exceda las primeras veinticuatro (24) horas de internamiento en un establecimiento de salud, si como consecuencia de un accidente haya sido necesaria su hospitalización debidamente certificada por un médico. Esta cobertura se pagará por un máximo de 365 días durante la vigencia de la póliza y **no cubrirá el internamiento en etapa de convalecencia.**

b) **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza y se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años siguientes contados desde la fecha del accidente, de acuerdo a lo indicado a continuación:

b.1) Por la pérdida total de:

- la visión de ambos ojos, o
- ambos brazos o ambas manos, o
- ambas piernas o ambos pies, o
- una mano y un pie.

b.2) En aquellos casos de invalidez no contemplados precedentemente y que produzcan al Asegurado una pérdida total o el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, que configuren un menoscabo irreversible de al menos 66.6% o las dos terceras partes de su capacidad de trabajo.

Asimismo, se entenderá por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por muerte o invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez total y permanente por accidente, La Aseguradora no pagará el beneficio de muerte.

c) **Fallecimiento por Accidente de Circulación:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente en transporte público o particular mientras se encuentre circulando como conductor o pasajero. Para tal efecto se define como accidente de circulación todo evento súbito, imprevisto y violento (incluyendo incendio y acto terrorista) en el que participa un vehículo automotor, estando en marcha o en reposo. No se considerarán vehículos automotores, a efectos de esta cláusula, los vehículos menores de tres ruedas o menos.

d) **Gastos de sepelio:** Ante el fallecimiento natural o accidental del Asegurado, La Aseguradora garantiza el reembolso en efectivo del importe del gasto de sepelio al Beneficiario que demuestre haber realizado dicho gasto, sin exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares de la póliza para este concepto. **Esta cobertura tiene un período de carencia de 90 días naturales.**

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 directa o indirecta 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.**
- b) **Diabetes mellitus, tuberculosis, cáncer y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los siniestros ocurridos por estas enfermedades estarán excluidos durante el primer año de vigencia y siempre que no sean pre-existentes a la contratación del seguro.**
- c) **Suicidio consciente o inconsciente, estando o no el Asegurado en su sano juicio, dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.**
- 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) **Eventos catastróficos de la naturaleza; terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.**
- f) **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.**
- g) **Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.**
- h) **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.**
- i) **Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.**
- j) **Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.**
- k) **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”.**
- l) **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/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico. En caso que el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público, esta exclusión será aplicable si consumió alcohol, independientemente de la cantidad de alcohol que haya consumido.**

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.

El plazo máximo de contratación de la presente póliza es de 10 años consecutivos.

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.

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

7.1 El contrato de seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

- a) Cuando la Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada, para el riesgo de fallecimiento por accidente de circulación.
- 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 el Contratante y/o Asegurado cumple 10 años dentro de la presente póliza de seguros.

7.2 El contrato de seguro se extingue por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral.

7.3 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita 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.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo éste comunicarlo a la Aseguradora con una antelación no menor a treinta (30) días, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos o medios utilizados al momento de la contratación de la póliza.
- c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días 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 el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante y/o Asegurado en el plazo de

treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente.

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. Asimismo, La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante 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. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. En la oportunidad que la Aseguradora comunique al Contratante sobre su decisión de resolver el contrato, precisará cómo le será devuelta la prima por el período no devengado.

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 incurrir 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 7.3, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no se estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.4 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

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

- b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.
- d) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas 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.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará al Contratante y/o Asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro), 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 el contrato de seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver el contrato de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante 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 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 señala en literal g) del numeral 1 precedente. La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el **Asegurado** podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial.

Sin perjuicio de la nulidad indicada en literal d) del numeral 7.4 anterior, 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 que la declarada, se rectificarán 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 una certificación de reproducción notarial de los documentos (antes copia legalizada):

10.1 Hospitalización por accidente: Para recibir esta cobertura, el Asegurado deberá presentar la papeleta de alta otorgada por un establecimiento de salud debidamente acreditado, donde se compruebe la fecha y hora de inicio (posterior al inicio de vigencia del seguro) y salida de hospitalización

10.2 Para la cobertura de Sepelio:

- a) Certificado de nacimiento o el documento de identidad del Asegurado fallecido (certificación de reproducción notarial del documento (antes copia legalizada)), a fin de acreditar su fecha de nacimiento.
- b) Certificado Médico de Defunción original, completo y debidamente llenado.
- c) Acta o Partida de Defunción
- d) Documento de identidad de el (los) beneficiario(s).

10.3 Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente: Para percibir la cobertura de invalidez total y permanente por accidente, se deberá presentar a La Aseguradora, evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio realizadas por, un médico debidamente autorizado para el ejercicio de su profesión, según la especialidad que corresponda. La presente documentación deber ser validada por el médico o auditor designado por La Aseguradora, de acuerdo con la definición del accidente.

10.4 Para la cobertura de Fallecimiento por Accidente de Circulación: Además de los documentos establecidos en el numeral 10.2 se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Denuncia Policial
- b) Protocolo de Necropsia, cuando corresponda
- c) Dosaje Etílico y/o Examen Toxicológico

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 la cobertura de invalidez total y permanente por accidente, el plazo de aviso del siniestro y la solicitud de cobertura abarca el período de 2 (dos) años establecido en el artículo 132° de la Ley del Contrato de Seguro, para la manifestación de la invalidez derivada del accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y una vez ocurrida esta manifestación se debe dar aviso inmediato a la Aseguradora.

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 211-0-222, en la ciudad de Lima y 74-9000, en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositivavida.com.pe

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en un plazo de diez (10) años contados desde la fecha de ocurrencia del siniestro, conforme a lo establecido en el artículo 78 de la Ley del Contrato de Seguro.

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 Contratante y/o Asegurado para realizar

nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante y/o Asegurado 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.

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 FRAUDULENTE:

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 de éstos.

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. 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.

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 entre La Aseguradora y el 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.

Lo señalado en el presente artículo, no implica la pérdida del derecho del contratante y/o asegurado de presentar reclamos ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI quien atiende reclamos y denuncias o la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS, quien solo atiende las denuncias de los asegurados, y a través de cualquier otro mecanismo de defensa que se cree en el futuro.

18. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización por dicho canal, el Contratante/Asegurado podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

Para tal efecto, el Contratante/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.

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 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.lapositivavida.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, Banca Seguros y Comercialización a Distancia, 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.