



POLIZA DE SEGURO DE VIDA “COBERTURA MULTIPLE” CONDICIONES GENERALES

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

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

1. **DEFINICIONES:**

- a) **Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del **Asegurado**. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- b) **Asegurado Titular:** 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) **Asegurado Adicional:** Son los dependientes del Asegurado Titular: Cónyuge, Hijos, Padres y/o Hermanos que correspondan a las especificaciones en el Condicionado Particular de la Póliza. **La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Asegurado Titular no corresponda a los permitidos en esta póliza.**
- d) **Beneficiario:** Es la persona natural designada por el Contratante 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) **Contratante:** Es la persona natural que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar al **Asegurado y Beneficiarios**.
- f) **Empleador:** Persona natural o jurídica, empresa unipersonal, sociedad irregular o de hecho, cooperativa de trabajadores, entidad de sector público o cualquier otro ente colectivo que provee un puesto de trabajo a una persona física para que preste un servicio personal bajo su dependencia, a cambio del pago de una remuneración o salario. Para efectos de la presente póliza **El Empleador**, previa autorización del **Contratante**, descontará de la remuneración de éste la prima del seguro, la cual deberá ser transferida e informada a **La Aseguradora**.
- g) **Enfermedad preexistente:** Se entiende por enfermedad preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el asegurado titular o asegurados adicionales y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.
- h) **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.
- i) **Interés Asegurable:** Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.

- j) **La Aseguradora:** La Positiva Vida Seguros y Reaseguros.
- k) **Póliza:** Es el documento emitido por **La Aseguradora** que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre **La Aseguradora** y el **Contratante**. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada, esto es, cláusulas adicionales, solicitud de seguro, cuestionario o declaración personal de salud y exámenes médicos, cuando corresponda; y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato, esto es los endosos respectivos.
Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.
- l) **Prima:** Es el valor determinado por **La Aseguradora** como contraprestación o precio por las coberturas de seguro contratadas, que debe ser pagada con la periodicidad establecida en el condicionado particular, a efectos de mantener la cobertura vigente.
- m) **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.
- n) **Suma Asegurada:** Monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por **La Aseguradora** al **Beneficiario** según se indique en las Condiciones Particulares, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.

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** designado; y el **Contratante** se obliga al pago de la prima convenida.

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

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:

a) Fallecimiento del Asegurado.

En caso de fallecimiento del **Asegurado**, **La Aseguradora** pagará al **Beneficiario**, las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza. Esta cobertura se otorgará a todos los asegurados de la presente póliza.

b) Muerte Accidental del Asegurado Titular:

La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, cuando ocurra el fallecimiento del **Asegurado Titular** a consecuencia de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de **La Aseguradora** que la muerte sea consecuencia de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como Muerte Accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente. La presente cobertura se brindará de manera adicional a la descrita en literal precedente por la muerte accidental del asegurado titular.

c) Muerte Accidental del Cónyuge del Asegurado Titular:

La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, cuando ocurra el fallecimiento del Cónyuge del **Asegurado Titular** a consecuencia de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de **La Aseguradora** que la muerte sea consecuencia de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente. La presente cobertura se brindará de manera adicional a la descrita en literal a) por la muerte accidental del cónyuge del asegurado titular.

d) Desamparo Súbito Familiar:

La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, cuando el fallecimiento del **Asegurado Titular** y su Cónyuge ocurran como consecuencia de un mismo accidente y a más tardar dentro de los siguientes 30 días de ocurrido el mismo. Esta cobertura es adicional a la de muerte accidental o natural.

e) Pago único por útiles Escolares, por muerte del Asegurado Titular para hijos en edad escolar:

Al fallecimiento del **Asegurado Titular**, **La Aseguradora** entregará al cónyuge o al tutor o curador responsable respectivamente, el beneficio establecido según el Plan contratado por única vez siempre que exista al menos un hijo en edad entre los 6 y 18 años de edad incluido en la póliza, que esté cursando estudios primarios o secundarios en una entidad reconocida por el Ministerio de Educación. Este beneficio corresponde a dichos hijos en partes iguales.

f) Repatriación de restos en el extranjero del Asegurado Titular y/o Cónyuge:

En caso de fallecimiento del **Asegurado Titular** y/o Cónyuge en el extranjero, **La Aseguradora** reembolsará el monto de los gastos incurridos para trasladar los restos del asegurado al Perú a quién acredite haberlos realizado, hasta el importe indicado en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura. Esta cobertura no es aplicable para los demás asegurados.

g) Traslado de restos a la ciudad de origen del Asegurado Titular y/o Cónyuge:

En caso de fallecimiento del **Asegurado Titular** y/o Cónyuge, **La Aseguradora** reembolsará el monto de los gastos incurridos para trasladar los restos del **Asegurado Titular y/o Cónyuge** a su lugar de origen a quién acredite haberlos realizado, hasta el importe indicado en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura. La presente cobertura aplica cuando el traslado se realiza entre departamentos del Perú. Esta cobertura no es aplicable para los demás asegurados.

h) Saldo de Deuda del Asegurado Titular con el Empleador:

En el caso que el **Asegurado Titular** tenga un préstamo con su **Empleador** y al momento de su fallecimiento la deuda originada se mantuviera, **La Aseguradora** indemnizará al **Empleador** con el monto correspondiente al saldo de la deuda a la fecha del siniestro, considerando como límite máximo la Suma Asegurada para esta cobertura. La presente cobertura surtirá efecto, siempre y cuando el **Empleador** cumpla con presentar copia legalizada del contrato de préstamo correspondiente. Si el saldo de la deuda fuese menor a la Suma Asegurada, **La Aseguradora** sólo pagará el monto correspondiente al saldo de la deuda.

i) Cáncer:

La Aseguradora indemnizará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que el **Asegurado Titular y Adicionales** se encontraran con vida hasta 30 días después de la fecha del diagnóstico.

Procede cuando dicha enfermedad es certificada medicamente, entendiéndose por ello el diagnóstico al **Asegurado Titular y Adicionales** de la póliza, efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en la especialidad oncológica. A estos efectos, el diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un informe de diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso. Entiéndase por informe histopatológico los documentos de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.

j) Accidente Cerebro Vascular (ACV):

La Aseguradora indemnizará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que el **Asegurado Titular y Adicionales** se encontraran con vida hasta 30 días después de la fecha del diagnóstico. Se define como Accidente Cerebro Vascular a cualquier incidente o accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con duración de por lo menos 24 horas y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral

- Hemorragia de un vaso intracraneano, o
- Embolización de fuente extracraneal
- Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

k) Insuficiencia Renal Crónica:

La Aseguradora indemnizará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que el **Asegurado Titular y Adicionales** se encontraran con vida hasta 30 días después de la fecha del diagnóstico. Se define como Insuficiencia Renal Crónica al estado de fallo renal terminal debido a la disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal. **Para efectos de la cobertura, queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis y de que sólo un riñón sea extraído.**

l) Esclerosis Múltiple:

La Aseguradora indemnizará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza después de transcurridos, siempre que el **Asegurado Titular y Adicionales** se encontraran con vida hasta 30 días después de la fecha del diagnóstico. La presente cobertura procede a la confirmación por un neurólogo de un diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple, que produce al menos anomalías neurológicas moderadas las cuales persisten durante un período consecutivo de seis meses inmediatamente anterior a la notificación del siniestro.

m) Coma:

La Aseguradora indemnizará la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que el **Asegurado Titular y Adicionales** se encontraran con vida hasta 30 días después de la fecha del diagnóstico.. Se define como estado de Coma a la pérdida Irreversible, resultante por cualquier causa, de la función cerebral superior tal como conciencia, percepción y reacción. **Queda expresamente excluido el Coma resultante del abuso de alcohol o drogas.**

4. EXCLUSIONES:

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

- a) Enfermedad preexistente, No se considerara preexistente aquella enfermedad declarada por el asegurado en la solicitud de seguro y aceptada por la Aseguradora como parte del riesgo.**
- b) Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA).**
- c) Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.**
- d) Guerra civil o internacional, declarada o no invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.**
- e) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.**
- f) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.**

- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- h) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- i) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- j) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), práctica de “surf” y puenting.
- k) Cuando el siniestro del Asegurado se produzca a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

5. INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la prima dentro del plazo estipulado, según corresponda.

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

6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares, siempre que el Contratante 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, en cualquiera de los siguientes supuestos:
- 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) La cobertura del 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. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.
 - d) Cuando se resuelva el vínculo contractual entre el Asegurado y El Empleador. No obstante ello el Asegurado podrá continuar con el contrato de seguro, debiendo para tal efecto acercarse a las oficinas de la Aseguradora en un plazo de quince (15) días

calendarios previos el cese laboral, a fin de suscribir o afiliarse a una nueva forma de pago de la prima correspondiente.

7.2 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 al Contratante 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 comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que utilizó para contratar el seguro. A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, el Contratante podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima en caso corresponda, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las Oficinas de la Aseguradora luego de quince (15) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.**
- 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, que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendarios por El Contratante, facultará a la Aseguradora a resolver el contrato 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.
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.**
- d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 16 del presente condicionado general en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver la póliza tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.**

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo 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 incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- iv) La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, La Aseguradora tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por la Aseguradora y el contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de la resolución del contrato de seguro. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 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 calendario 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 pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante 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:

- Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- 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.
- Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en la Declaración Personal de Salud (de haberla), y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. PRIMA:

Las primas, cuyo monto se señala en las condiciones particulares, 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 será responsable de verificar que los pagos se realicen satisfactoriamente. La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca el atraso en el pago de las primas, salvo lo previsto en el numeral 21 del presente condicionado general.

A falta de pago de las primas, la Aseguradora –vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro)- comunicará al Contratante y al Asegurado, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares, 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. El mencionado plazo no podrá ser menor a los treinta (30) días antes indicados. 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 de

forma escrita 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 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, sin que se haya suspendido la cobertura, la prima adeudada por el Contratante será deducida del beneficio correspondiente.

9. EDAD:

Podrá ingresar como **Asegurado Titular** bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer sólo hasta el mes en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

Podrán ingresar como **Asegurados Adicionales** las personas cuyo parentesco con el **Asegurado Titular** se encuentren establecidos en el Condicionado Particular y que no superen la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer sólo hasta el mes en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

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 7.3, si se comprueba inexactitud en la edad del **Asegurado**, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **La Aseguradora**.
- b) Si es menor, 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 certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

a) Fallecimiento:

Para Muerte Natural:

- **Certificado de Defunción**
- **Acta o Partida de defunción**
- **Historia clínica foliada y fedateada**

Para Muerte Accidental: En caso corresponda, adicionalmente se deberá presentar:

- **Atestado policial**
- **Certificado y protocolo de Necropsia de Ley**
- **Resultado del examen de dosaje etílico y toxicológico, o exámenes correspondientes.**

b) Muerte Accidental del Cónyuge del Asegurado Titular: En adición a los documentos requeridos para Muerte Accidental, deberá presentar:

- **Partida de matrimonio actualizada, con una antigüedad no mayor a tres (3) meses, o en caso de convivencia, la Resolución definitiva de Unión de Hecho.**

c) Desamparo Súbito Familiar:

- **Deberá presentar para el titular y el cónyuge, los documentos requeridos para muerte accidental.**

d) Pago único por útiles Escolares, por muerte del Asegurado Titular para hijos en edad escolar: En adición a los documentos requeridos para Fallecimiento:

- **Partida de Nacimiento de los hijos en edad escolar.**
- **Constancia de Estudios Escolares actualizado.**

e) Repatriación de restos en el extranjero del Asegurado Titular y/o Cónyuge: En adición a los documentos requeridos para Fallecimiento deberá presentar:

- **Factura o boleta de venta que sustente los gastos efectuados.**

f) Traslado de restos a la ciudad de origen del Asegurado Titular y/o Cónyuge: En adición a los documentos requeridos para Fallecimiento deberá presentar:

- **Factura o boleta de venta que sustente los gastos efectuados**

g) Saldo de Deuda con el Empleador (Sólo para el Asegurado Titular): En adición a los documentos requeridos para Fallecimiento del Asegurado Titular, deberá presentar:

- **Estado de cuenta en el que indique el saldo insoluto de la deuda con el Empleador**

- **Copia del contrato que acredite el préstamo entre el Empleador y el Asegurado Titular.**

h) Para el caso de las coberturas:

- 1. Cáncer**
- 2. Accidente Cerebro Vascular (ACV)**
- 3. Insuficiencia Renal Crónica**
- 4. Esclerosis Múltiple**
- 5. Coma**

La documentación necesaria a presentar es la siguiente:

- **DNI del Asegurado**
- **Certificado de diagnóstico clínico efectuado por un médico autorizado legalmente en su especialidad**
- **Historia clínica fedateada, completa y detallada**
- **Informe de diagnóstico o diagnóstico histopatológico, según corresponda**

En aquellos casos en que no exista designación de Beneficiario, se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de la Aseguradora, en un plazo no mayor a 360 días posteriores contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

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

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

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 apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que La Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días calendarios 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 calendarios con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, la Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

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

13. QUEJAS Y RECLAMOS:

El **Contratante**, **Asegurados** y los **Beneficiarios** podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El **Contratante**, **Asegurados** y los **Beneficiarios**, según corresponda pueden (i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El **Asegurado** y el **Beneficiario**, 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.defaseq.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 su perfección, excepto en los casos que medie actuación dolosa del **Contratante y/o Asegurado**.

16. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones dirigidas por **Aseguradora** al **Contratante y/o Asegurado** deberán realizarse por escrito o de manera virtual al correo electrónico del Contratante y/o Asegurado, en caso corresponda.

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

18. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza de seguro sea comercializada a través de Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de esta póliza por dicho canal de comercialización, el Contratante podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción 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 podrá hacer valer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y 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 escrita de La Aseguradora y detallándose las modificaciones que se realicen en caracteres destacados, la misma que deberá ser remitida 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.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

21. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores, BancaSeguros y Comercialización a Distancia y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, la Aseguradora es

responsable frente al Contratante/ Asegurado por la cobertura contratada. Asimismo es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante/Asegurado o sus beneficiarios al Comercializador de la presente póliza, sobre aspectos relacionados con la presente póliza de seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido dirigidos a la Aseguradora. Así como los pagos efectuados por el Contratante, Asegurado o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a La Aseguradora.