



**La Positiva Vida Seguros y Reaseguros**  
 Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N°370, Tercer Piso  
 San Isidro, Lima – Perú  
 RUC.: 20454073143  
 Telf. (511) 513-0000 / Fax: (511) 513-0515  
[www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

**Póliza N°:**  
**Código Registro SBS:** VI2078010148

**PÓLIZA SIMPLIFICADA  
 MICROSEGURO DE VIDA “TE CUIDA”**

|   |   |                      |                                       |
|---|---|----------------------|---------------------------------------|
| <b>1. CONTRATANTE</b>   |   |                      |                                       |
| Nombres / Razón o denominación social:  |   |                      |                                       |
| Documento de identidad: DNI ___ CE ___ RUC ___ Otro ___   |   |                      | N°:                                   |
| Dirección:  |   |                      |                                       |
| Teléfono:   |   | Correo electrónico:  |                                       |
| <b>2. ASEGURADO</b>   |   |                      |                                       |
| Nombres y Apellidos   |   |                      |                                       |
| Documento de identidad: DNI ___ CE ___  |   |                      | N°:                                   |
| Dirección:  |   |                      |                                       |
|   |   | Fecha de nacimiento: | Estado civil: S ___ C ___ V ___ D ___ |
| Teléfono:   |   | Correo electrónico:  |                                       |
| <b>3. CUESTIONARIO DE SALUD</b>   |   |                      |                                       |
| a) ¿Padece o ha padecido algún infarto cardíaco, derrame cerebral, insuficiencia renal crónica y cáncer u otra enfermedad relacionada a las antes indicadas que requiera tratamiento, observación médica u hospitalización?   |   |                      |                                       |
|   |   |                      | S ___ N ___                           |
| b) ¿Le han detectado algún tumor o Cáncer?  |   |                      |                                       |
|   |   |                      | S ___ N ___                           |
| c) ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?   |   |                      |                                       |
|   |   |                      | S ___ N ___                           |
| En caso de respuesta afirmativa, sírvase brindar detalle:   |   |                      |                                       |
|   |   |                      |                                       |
| El cuestionario de salud contenido en la presente póliza simplificada únicamente es utilizado por La Positiva Vida para conocer el estado del riesgo, en tal sentido, la declaración de alguna enfermedad en el cuestionario de salud no implica que La Positiva Vida, otorgará la cobertura en caso que el siniestro se produzca como consecuencia de dicha enfermedad si ésta resulta preexistente a la contratación de la póliza, por el contrario la misma que será rechazada conforme a las condiciones del microseguro. |   |                      |                                       |
| <b>4. BENEFICIARIOS</b> En caso de Fallecimiento del <b>Asegurado</b> , los <b>Beneficiarios</b> serán los indicados a continuación:  |   |                      |                                       |
| <b>Apellidos y Nombres</b>  | <b>Documento de Identidad (tipo/N°)</b> | <b>Parentesco</b>    | <b>% de Participación</b>             |
|   |   |                      |                                       |
|   |   |                      |                                       |
|   |   |                      |                                       |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
|   |  |                       |  |
| <p>Los Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Asegurado serán los designados en esta póliza. En caso que no se señalen porcentajes, se pagará en partes iguales y en caso el Contratante no realice la designación de beneficiarios, la indemnización será pagada en el siguiente orden de precedencia:</p> <p>a) El cónyuge o conviviente (concubino) sobreviviente.</p> <p>b) Los hijos menores de dieciocho (18) años y/o los mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo. En caso de concurrencia, percibirán la indemnización en partes iguales.</p> <p>c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años.</p> <p>d) Los padres.</p> <p>e) Los herederos legales del Asegurado, previa presentación de la Copia Literal de la inscripción definitiva del testamento o sucesión intestada expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.</p> <p>Si son dos o más los beneficiarios, el importe se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuera el vínculo de los beneficiarios con el Asegurado.</p>  |  |                       |  |
| <b>5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS</b>   |  |                       |  |
| <b>Coberturas</b>   |  | <b>Suma Asegurada</b> |  |
| Fallecimiento   |  | X,XXX                 |  |
| Muerte Accidental   |  | X,XXX                 |  |
| Invalidez Total y Permanente por Accidente  |  | Hasta X,XXX           |  |
| PRIMA COMERCIAL   |  | XXXXXX                |  |
| PRIMA COMERCIAL + IGV (cuando corresponda)  |  | XXXXXX                |  |
| El monto de la prima comercial incluye la comisión del corredor de seguros y/o comercializador, según corresponda.  |  |                       |  |
| <b>6. PRIMA:</b>  |  |                       |  |
| El monto de la prima será pagada con periodicidad Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual.  |  |                       |  |
| La prima convenida será pagada Mensualmente / Trimestralmente / Semestralmente / Anualmente de forma: (i) directa en las oficinas de la aseguradora o comercializador, (ii) a través de cargo en cuenta del contratante, (iii) descuento por planilla, dentro de los diez (10) días calendarios siguientes a la fecha de inicio de vigencia del seguro, y considerando esta fecha se deberá proceder de igual manera cada mes que corresponda para el pago de la prima. Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el Asegurado / Contratante (el que corresponda) tuvo para cancelar la prima, vencido el cual frente a su incumplimiento el contrato quedará resuelto de pleno derecho sin necesidad de comunicación escrita. Durante el período de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.   |  |                       |  |
| <b>7. DEFINICIONES</b>  |  |                       |  |
| <p><b>Accidente:</b> Toda lesión corporal producida por una acción imprevista, fortuita y externa que cause muerte al Asegurado y que pueda ser determinada por los médicos auditores de La Positiva Vida. <b>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></p> <p><b>Periodo de Carencia:</b> Tiempo comprendido entre la fecha de inicio de la póliza y el momento en que entran en vigor ciertas coberturas de la póliza. La presente póliza tiene un periodo de carencia de tres meses con excepción de las coberturas de muerte accidental e invalidez total y permanente por accidente.</p> <p><b>Invalidez Total y Permanente:</b> Se entiende por invalidez total y permanente, la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo, analizada y evaluada como definitiva de acuerdo con el Manual de Evaluación y Calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones.</p> |  |                       |  |

Médicos Auditores: Personas legalmente autorizadas para ejercer la medicina, designados por La Positiva Vida para la evaluación de los siniestros producidos por un accidente, y en caso de muerte natural.  
Observación médica: Es la revisión médica que de manera periódica un profesional autorizado para ejercer la medicina realiza sobre una persona para descartar algún tipo de enfermedad.

#### **8. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

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

Edad máximo de ingreso: XXXXX

Edad máxima de permanencia: XXXX

#### **9. VIGENCIA:** anual con renovación automática.

A partir de las 12:00 horas de la fecha de emisión de la presente póliza y luego que el **Asegurado** la hubiere firmado en señal de conformidad.

#### **10. EXCLUSIONES**

**El presente microseguro no otorga cobertura a siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:**

- **Enfermedad pre-existente, entendiéndose como la enfermedad, lesión, condición que haya sido diagnosticada o reciba tratamiento médico, con anterioridad a la contratación del seguro.**
- **Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.**
- **Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país, así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.**
- **Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos, siempre que sea éste quien fuese el conductor al momento del accidente. 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 etílico.**

#### **11. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:**

11.1 La cobertura del microseguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

- a) Cuando la Positiva Vida pague la totalidad de las coberturas contratadas.
- b) A partir del mes siguiente en que el Contratante y/o Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las presentes condiciones.

11.2 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 la falta de pago de la prima, después del transcurso del plazo de gracia de treinta (30) días calendario. En dicho supuesto, la Positiva Vida tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Positiva Vida con una anticipación no menor a treinta (30) días, presentando la siguiente documentación:
  - Carta dirigida a la Positiva Vida en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
  - Original y copia de documento nacional de identidad.

Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Positiva Vida, cuyas direcciones se encuentran en la web [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, El Contratante podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Positiva Vida, el reembolso de la prima que corresponda por el periodo no corrido, 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 Positiva Vida luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.

11.3 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 Positiva Vida hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Positiva Vida 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.

## **12. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro, se deberá presentar debidamente llenado el formulario de declaración de siniestro, el cual es otorgado por el comercializador y que debe ser acompañando por la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

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

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- c) Documentos de identidad de los Beneficiarios.
- d) Copia Literal de la inscripción definitiva del testamento o sucesión intestada expedida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos, en caso corresponda.
- e) Historia Clínica Foleada y Fedateada del Asegurado.

En caso de muerte accidental, se deberán presentar adicionalmente, según corresponda los siguientes documentos:

- a) Atestado o Informe Policial Completo.
- b) Protocolo de Necropsia.
- c) Dosaje Etílico, en caso de accidentes de tránsito; o,
- d) Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

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

documentación:

a) DNI del Asegurado.

b) Historia Clínica del Asegurado completa, foliada y fedateada.

c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (Minsa, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.

d) Atestado o Informe policial completo y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico.

El aviso de siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados en la oficinas de Comercializador o la Positiva Vida (según corresponda) en un plazo no mayor a ciento ochenta (180) días desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza. El incumplimiento del plazo antes indicado no será causal del rechazo del siniestro si el beneficiario prueba su falta de culpa o que en el incumplimiento medió caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho.

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

Los teléfonos de la Positiva Vida son 211-0-212, en la ciudad de Lima y 74-9001, en provincias y el detalle de las oficinas de la Positiva Vida a nivel nacional pueden encontrarse en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

Las acciones derivadas del presente seguro prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

La Positiva Vida pagará la suma asegurada en sus oficinas, directamente al (a los) Beneficiario(s) designados por el Asegurado o a través del comercializador, en un plazo máximo de veinte (20) días calendarios de recibida toda la documentación sustentatoria referida en la presente cláusula.

### **13. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA**

El Contratante, Asegurado, y/o el beneficiario perderán el derecho a ser indemnizados, quedando La Positiva Vida relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso que exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

### **14. ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS Y/O CONSULTAS**

La Positiva Vida atenderá los reclamos y/o consultas a través del "Área de Servicio al Cliente". Los reclamos serán atendidos en un plazo no mayor a 15 días calendarios desde la fecha de su presentación.

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios pueden presentar sus reclamos y/o consultas (i) llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 74-9000, (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

### **15. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES**

15.1 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 y detallando las modificaciones en caracteres destacados, remitida por la Positiva Vida a través 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 Positiva Vida; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Positiva Vida 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.

15.2 Durante la vigencia del contrato, la Positiva Vida 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 Positiva Vida 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.

#### **16. INFORMACION ADICIONAL**

El Contratante y/o Asegurado y/o beneficiarios tienen derecho a presentar sus reclamos a la Defensoría del Asegurado, denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y reclamos y denuncias ante el INDECOPI.

Si el microseguro es ofrecido a través de un comercializador a distancia, el Contratante podrá ejercer su derecho de arrepentimiento, esto es, podrá resolver sin expresión de causa el contrato de seguro, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza simplificada, siempre que éste no sea condición para la contratación de una operación crediticia, debiendo la Positiva Vida devolver el monto total de la prima recibida la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. 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.

#### **17. COMERCIALIZADOR /CORREDOR DE SEGUROS** (cuando corresponda)

Nombres / Razón o denominación social:

Documento de identidad: DNI \_\_\_ CE \_\_\_ RUC \_\_\_ Otro \_\_\_ N°:

Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

Comisión:

Código de Registro (cuando corresponda):

#### **18. DECLARACIONES DE LA POSITIVA VIDA**

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por aspectos relacionados con la póliza simplificada de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Positiva Vida. Asimismo, los pagos efectuados por el Contratante o el encargado de pago de la prima al Comercializador, se consideran abonados a la Positiva Vida.

La Positiva Vida es responsable frente al Asegurado y/o Contratante y/o beneficiarios por las coberturas contratadas. Asimismo la Positiva Vida es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a éste último. En caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Res. SBS N° 8181-2012 y normas modificatorias.

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

#### **19. DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO**

El Contratante y/o Asegurado reconoce que cualquier declaración inexacta o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del contrato de seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad.

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

Asimismo, el contratante y/o Asegurado autorizan a La Positiva Vida para que todas las comunicaciones relacionadas con la ejecución, prestaciones y cualquier modificación de las condiciones de la póliza sean remitidas a su domicilio físico o alternativamente a su correo electrónico consignados precedentemente.

En aquellos casos en que el Asegurado sea una persona diferente al Contratante, el Asegurado declara haber otorgado su consentimiento para tener la cobertura del presente microseguro, no obstante ello, podrá revocar dicho consentimiento, en cualquier momento debiendo comunicarlo previamente a la Positiva Vida con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios.

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, 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](http://www.lapositiva.com.pe), mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

Declaro que he tomado conocimiento de todas las condiciones aplicables a la presente póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

**Fecha de emisión:** XXXXX

---

**LA POSITIVA VIDA**

---

**CONTRATANTE**

---

**ASEGURADO**