

POLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CON DEVOLUCIÓN 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 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:** 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:** Saldo deudor o saldo insoluto del crédito según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, que será pagado por La Aseguradora al Beneficiario, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.
- d. **Beneficiario/Comercializador:** Es la Entidad Financiera o persona jurídica que otorga el crédito al Asegurado y que se encuentra indicado en las condiciones particulares y quien en su calidad de comercializador de la Aseguradora ofrece la presente póliza.
- e. **Contratante:** Es la persona natural o jurídica que suscribe la póliza con la Aseguradora y que asume las obligaciones de pago de la prima derivadas de la póliza.
- f. **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en la presente póliza.
- g. **Enfermedad preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencias preexistentes, 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 personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.
- h. **Interés Asegurable:** Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cobaturados bajo la presente póliza.
- i. **Invalidez Total y Permanente:** 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 debido a accidentes ocurridos o enfermedades configuradas durante la vigencia del seguro, analizado de acuerdo con el Manual de Evaluación y Calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones.
La Invalidez por Accidente es aquella que se manifieste a más tardar dentro de los dos (2) años de producido un accidente amparado por la póliza. Se considera Invalidez Total y Permanente por Enfermedad al hecho que el asegurado después de haber transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la vigencia de esta cobertura, sufra un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses.
- j. **La Aseguradora:** Es la empresa autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.
- 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.

- I. 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.

- m. 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. 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:

- Muerte Natural / Muerte Accidental del Asegurado.
- Invalidez Total y Permanente por Accidente.
- Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.
- Sobrevivencia.

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o por enfermedad del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario y/o Beneficiario Adicional, las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que se cumpla con lo siguiente: (i) que la póliza se encuentre vigente; (ii) que el Contratante hubiera venido efectuando el pago de la prima a la Aseguradora, calculada sobre el saldo

deudor o importe del préstamo según corresponda, (iii) que la causa del fallecimiento o invalidez según corresponda, no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de póliza.

Si el Asegurado sobrevive a la vigencia pactada, la Aseguradora le otorgará el porcentaje de devolución de las primas pagadas establecidas en el condicionado particular por las coberturas de Muerte Natural y Accidental, Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad y Sobrevivencia, durante la vigencia del seguro.

Previo consentimiento del Asegurado, la compañía podrá otorgar coberturas adicionales de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

2/9

4. EXCLUSIONES:

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

- a. Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firmado dicho documento.
- b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- c. 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.

Código SBS: VI2077400171 Póliza adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20454073143 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

- 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/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

5. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO:

El presente contrato de seguro tendrá la vigencia establecida en las condiciones particulares de la póliza.

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 primera cuota fraccionada o de la cuota anual 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 primera cuota o de la cuota anual 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. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

6.1 El contrato de seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna, en cualquiera de los siguientes supuestos:

- Cuando el Asegurado cancele en su totalidad el crédito otorgado por el Beneficiario.
- Cuando La Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.
- 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 periodo efectivamente cubierto.
- A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

La devolución de la prima no devengada y/o en caso el Contratante o Asegurado hubiera pagado una prima en exceso del periodo efectivamente cubierto, será devuelto con la presentación de una solicitud, la forma en la que se reintegrara el dinero será acordado con el Contratante, la misma que podrá ser a través de cheque, pago en ventanilla bancaria o transferencia siendo efectivo en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario contados desde la fecha de solicitud de devolución.

6.2 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:

- 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 con treinta (30)

días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro. Dicha comunicación será dirigida al Contratante, conforme a lo señalado en el numeral 7 del presente condicionado general.

- Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo a la Aseguradora, pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que utilizó para contratar el seguro. La resolución surte efectos de forma inmediata.
- Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante 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, la Aseguradora podrá 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. El Contrato se entiende como resuelto a partir de la comunicación efectuada.

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. La devolución

3/9

de la prima no devengada se realizará en la forma (vía transferencia bancaria o con la emisión de un cheque en la oficina más cercana a su domicilio) que se acuerde con Contratante y en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario contados desde la fecha de realizada la resolución del contrato. Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante y/o Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 15 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.

d. Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante y/o Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 16, 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. La resolución será efectiva con ocasión de la fecha de recepción de la comunicación. La resolución por agravación del riesgo no puede producirse como consecuencia del cambio de actividad del asegurado que este no conociera al momento de la celebración del contrato, conforme al artículo 124 de la Ley de 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 transcurrido. La devolución de la prima no devengada se realizará en la forma que se acuerde con Contratante y en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de realizada la resolución del contrato. La devolución se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante, la misma que podrá ser a través de cheque, pago en ventanilla bancaria o transferencia. 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 incurran 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.

- e. Por reclamación fraudulenta de cobertura. La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En este caso, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones. La resolución surtirá efectos desde su notificación. La Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, en un plazo de sesenta (60) días contados desde la recepción de la comunicación.

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 6.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En el supuesto del literal b), La Aseguradora debe proceder con el reembolso de la prima en función al plazo no transcurrido, en la forma y plazo pactado con el Contratante, el mismo que no será mayor a 60 días, el cual se computará desde la solicitud de resolución del contrato comunicada por el Contratante.

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

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- i. **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.**
- ii. **Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.**
- iii. **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.**
- iv. **Por declaración inexacta de la edad del asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.**

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a

devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato, excepto cuando el 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 y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

La devolución de la prima se realizará en la forma (vía transferencia bancaria o con la emisión de un cheque en la oficina más cercana a su domicilio) que se acuerde con Contratante.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

7. 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 al vencimiento del plazo indicado en las condiciones particulares vía correo electrónico declarado en la solicitud de seguro o por escrito al domicilio consignado en las condiciones particulares, conforme a lo establecido en el numeral 15 del presente contrato 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 al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de

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 el asegurador igualmente celebró el contrato.
- Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo

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

Asimismo, si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo- se entiende que el contrato queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante y/o Asegurado del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, y/o se indica 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.

8. DERECHO DE RESCATE:

El derecho de rescate procede con el pago de las dos primeras anualidades de la prima. Se podrá obtener el monto indicado en la “Tabla de Derecho de Rescate” establecido en las condiciones particulares, y que forman parte de la presente póliza.

Para el ejercicio del derecho de rescate, el Contratante

deberá realizar presencialmente su solicitud en las oficinas de la Aseguradora, debiendo para ello, presentar copia simple de su documento de identidad. La Aseguradora dará respuesta al Contratante en un plazo máximo de 30 días calendarios de recibida la solicitud

9. EDAD:

Podrá ingresar como asegurado 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 como asegurado sólo hasta 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 (iii) de la Cláusula 6.3, si se comprueba inexactitud en la edad del **Asegurado**, se aplicarán las siguientes normas:

- 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**.
- 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:

Informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro de un plazo de siete (7) días calendario, desde el momento en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, llamando al teléfono 211-0- 211 o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional. Si el Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a La Positiva, esta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. El Beneficiario no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Beneficiario, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Beneficiario, pierde el derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o en aquellos casos que La Positiva haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

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

- Certificado Médico de Defunción del Asegurado documento que lo emite el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cuál fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que causaron el fallecimiento del Asegurado.
- Partida o Acta de Defunción del Asegurado documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad y RENIEC.
- Documento de identidad del Asegurado, de contar con el.

d. Documento de identidad del Beneficiario Adicional, de haberlo.

e. Historia clínica completa, foliada y fedateada del Asegurado, documento emitido por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.

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

- Atestado o Informe Policial Completo, documento emitido por la policía cuando el asegurado ha fallecido en un accidente.
- Protocolo de Necropsia ordenado por el Ministerio Público, según corresponda.
- Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú, en caso de accidentes de tránsito.
- Resultado del examen toxicológico del Asegurado (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito, ordenado por el Ministerio Público.

En aquellos casos en que, conforme a las condiciones particulares se otorgue el Beneficio Adicional, y sin embargo no exista designación de Beneficiario Adicional, se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

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

- Documento de identidad del Asegurado
- Historia Clínica del Asegurado, foliada y fedateada del Asegurado, documento emitido por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.
- Certificado de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.
- Estado de cuenta emitido por el Beneficiario donde conste el saldo deudor

6/9

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

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

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

Las acciones fundadas en el contrato de seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Beneficiario para realizar nuevas

investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Beneficiario no 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.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

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

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

El Contratante y/o Asegurado, o sus beneficiarios adicionales, 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; ello sin perjuicio de que la Aseguradora deberá brindar respuesta a la solicitud de cobertura en el plazo establecido.

7/9

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 15 días contados desde la fecha de su recepción.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Asegurado y el Beneficiario Adicional, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Aseguradora

sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la Aseguradora.

15. INDISPUTABILIDAD:

Esta póliza será indisputable, es decir, La Aseguradora no podrá invocar reticencia o falsa declaración, una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contados a partir de la fecha de su perfección, excepto en los casos que medie actuación dolosa del Contratante y/o Asegurado.

Código SBS: VI2077400171 Póliza adecuada a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20454073143 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

16. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones de La Aseguradora al Contratante y/o Asegurado deberán realizarse por escrito o a través del correo electrónico que se señala en la solicitud de seguro.

Para los efectos del presente contrato La Aseguradora, el Contratante y/o Asegurado señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran

válidamente los avisos y comunicaciones físicas en general.

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a La Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio, controversia, desavenencia, reclamación o denuncia 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 (i) vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes, (ii) la vía administrativa, a través de instancias tales como 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 – SBS, quien solo atiende las denuncias de los asegurados y (iii) a través de cualquier otro mecanismo de defensa que se cree en el futuro.

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

18. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

18.1 En caso de renovación automática, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación por escrito de La Aseguradora y detallándose las modificaciones que se realicen en caracteres destacados, la misma que deberá ser remitida al Contratante, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia de la póliza correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas, debiendo la Aseguradora remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia

correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

18.2 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, no procediendo la renovación automática de la Póliza, en caso corresponda.

La Positiva deberá proporcionar la información y documentación suficiente al Contratante, indicando expresamente las modificaciones al contrato, para que éste las ponga en conocimiento del Asegurado. El Contratante tiene la responsabilidad de informar al Asegurado las modificaciones propuestas.

8/9

19. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Titular del banco de datos: La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A., con RUC N° 20454073143 (en adelante "**LA ASEGURADORA**"), con domicilio en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro - Lima.

Seguridad: **LA ASEGURADORA**, conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, adopta medidas legales,

organizativas y técnicas para garantizar la seguridad de los datos de los usuarios, aplicando altos estándares de seguridad y evitando así su alteración, pérdida, tratamiento indebido o acceso no autorizado.

Alcance: Esta Política se aplica a todos los datos personales recopilados a través de los servicios de aseguramiento de **LA ASEGURADORA**, ya sea

en atención presencial, medios digitales (sitio web, aplicaciones móviles), servicios telefónicos, telemedicina u otros canales de atención.

Finalidades: LA ASEGURADORA tratará los datos personales que los usuarios proporcionen a efectos de preparar y/o ejecutar las relaciones contractuales que estos mantengan con ella y/o que pudieran tener en el futuro, considerando las finalidades adicionales que hubieran autorizado, de ser el caso. A tal efecto, se podrán realizar análisis estadísticos y/o analíticos y/o de comportamiento del cliente, lo cual puede incluir, la elaboración de perfiles y la gestión de decisiones automatizadas, así como para que se evalúe la calidad y satisfacción con el producto o servicio brindado.

Los datos personales que podrán ser materia de tratamiento incluyen, además de la información que los usuarios proporcionen, aquellos datos a los que **LA ASEGURADORA** tenga acceso de manera legítima y/o en el marco de la prestación de sus servicios.

Se podrán tratar y compartir los datos personales de los usuarios con autoridades y terceros autorizados por ley, con la finalidad de cumplir con las obligaciones señaladas en normas aplicables a **LA ASEGURADORA**. En caso los usuarios no proporcionen los datos personales necesarios u obligatorios para contratar alguno de los productos y/o servicios ofrecidos por **LA ASEGURADORA**, no será posible brindárselos.

Conservación y almacenamiento: Los datos de los usuarios serán tratados y conservados mientras estos mantengan una relación contractual con **LA ASEGURADORA** y hasta por 10 años siguientes de culminada la misma. La información será almacenada en el banco de datos de "Clientes" registrado con código RNPDP-PJP N° 4267 en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales.

Destinatarios, transferencia nacional e internacional de datos: Exclusivamente para las finalidades antes descritas se tratarán los datos personales de los usuarios a través de encargados de tratamiento a nivel nacional y/o internacional (flujo transfronterizo), lo cual incluye a las subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o empresas miembro del grupo económico

al que pertenece **LA ASEGURADORA**, conforme al listado que se encuentra en el siguiente enlace: www.lapositiva.com.pe/destinatarios

A los encargados de tratamiento les son de aplicación las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a **LA ASEGURADORA**.

Seguridad de los datos: Se ha adoptado lo siguiente: (i) implementación de medidas de seguridad físicas, técnicas y organizativas para proteger los datos de accesos no autorizados, pérdida o alteración, (ii) restricción del acceso a la información sólo al personal autorizado, y (iii) protocolos para el manejo de incidentes de seguridad de la información.

Videovigilancia: Para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal, **LA ASEGURADORA** cuenta con sistemas de videovigilancia en sus instalaciones. Las imágenes se almacenan con acceso restringido.

Datos personales de menores de edad: En el caso de menores de 18 años, se requiere el consentimiento de los padres o tutores para el tratamiento de sus datos personales. Se exceptúan los casos en que sea necesario para la atención médica urgente del menor.

Ejercicio de derechos ARCO: Los usuarios pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición e información comunicándose a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en cualquiera de las oficinas de **LA ASEGURADORA**, debiendo completar la "Solicitud de Ejercicio de Derecho ARCO" que se encuentra en el siguiente enlace: www.lapositiva.com.pe/solicitudesarco

Los usuarios pueden revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos en cualquier momento mediante dicho procedimiento. Asimismo, si consideran que sus derechos no han sido atendidos pueden acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de actualizar esta Política de Privacidad cuando sea necesario. Cualquier cambio será informado a través de los canales oficiales.

20. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:

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,

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 o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a la Aseguradora.