

Seguro de Accidentes Personales 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.
- b. **Asegurado:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las condiciones particulares.
- c. **Suma Asegurada:** Es el monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por La Aseguradora al Beneficiario -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.
- d. **Beneficiario:** Es el Asegurado y/o la persona natural designada por el Asegurado 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 o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar al Asegurado.
- f. **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.
- g. **Enfermedad o Accidente preexistente:** Se entiende por enfermedad preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.
- h. **Establecimiento de salud:** Es el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice herramientas de laboratorio, unidades de cuidados intensivos para los pacientes, quirófano y equipo de rayos X, que proporciona servicios de enfermería a tiempo completo y son atendidos por personal profesional especializado. No se consideran establecimientos de salud las instituciones mentales o aquellas utilizadas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas así como los institutos o sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.
- i. **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:** Es La Positiva Vida Seguros y Reaseguros que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.
- k. **Periodo de Carencia:** La cobertura solo podrá ser reclamada cuarenta y ocho (48) horas después del inicio de la vigencia del seguro.

- l. **Planes:** Programas o alternativas ofrecidas por La Aseguradora que incluyen diferentes sumas aseguradas y primas. El Plan lo determina el Contratante al momento de contratar el seguro y puede ser modificado por él previa solicitud por escrito a La Aseguradora, originando el endoso correspondiente y el pago de la nueva prima, de ser el caso.
- m. **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.

- n. **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.
- o. **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

2. OBJETO DEL SEGURO:

El presente contrato tiene como objeto otorgar las coberturas y sumas aseguradas establecidas en las presentes condiciones generales, en las condiciones particulares, cláusulas adicionales y especiales a favor del Beneficiario; y el Contratante y/o Asegurado se obligan al pago de la prima convenida.

Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las condiciones particulares que forman parte integrante de la presente póliza.

3. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA:

Los beneficios y sumas aseguradas de esta póliza serán otorgados según el plan contratado. El Beneficio es el siguiente:

Muerte accidental: La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según el Plan contratado, cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Aseguradora que la muerte sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. **Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.**

La compañía podrá otorgar coberturas adicionales de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

4. EXCLUSIONES:

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

- a. **Enfermedad o accidente pre-existente a la contratación del seguro, según la definición del numeral primero. 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. Suicidio consciente y voluntario, estando o no el Asegurado en su sano juicio, dentro de los 02 (dos) primeros años de vigencia del seguro.
- c. Guerra Civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- d. Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- 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, incluyendo 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 montañosas o artificiales, práctica de “surf” y “puenting”.
- k. Que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos y siempre que guarde relación causal con el accidente. A estos efectos, se considerará que el asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.50 gr/lit de alcohol en la sangre, según dosaje étílico, o cuando el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público.

5. INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El presente contrato de seguro queda celebrado por el solo acuerdo entre el Contratante y La Aseguradora, no obstante ello, el inicio de las coberturas contratadas estará condicionado al pago de la prima convenida.

En la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la prima, La Aseguradora cubrirá el pago de dicho siniestro, oportunidad en la cual se devengará el total de la prima acordada, la cual será descontada de la indemnización correspondiente.

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

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

- a) Cuando la Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.
- b) A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones particulares de la póliza

La devolución de la prima no devengada procederá previo requerimiento del Contratante en las Oficinas de la Aseguradora y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario.

6.2 El contrato de seguro se extingue por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

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

a) Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación conforme a lo establecido en el numeral 15, con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 21° de la Ley del Contrato de seguro.

b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo éste comunicarlo a la Aseguradora, la resolución surtirá efecto de forma inmediata pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza.

La Positiva devolverá la prima no devengada en el plazo pactado con el Contratante o Asegurado, el mismo que no será mayor a 60 días, plazo que se computa desde la solicitud de resolución.

c) Por reclamación fraudulenta de cobertura. En este caso, la Aseguradora comunicará al Contratante, Beneficiario y/o Asegurado, según corresponda, el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza dentro de los 30 días de recibida la documentación completa, señalada en el numeral 9 de la presente Póliza. La resolución surtirá efectos desde su notificación. La Aseguradora devolverá la prima por el periodo no cubierto, cuando corresponda. La devolución de la prima por el periodo no cubierto procederá sin requerimiento previo del Contratante o Asegurado, en caso corresponda, y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante o Asegurado, en caso corresponda, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de resolución antes indicada.

d) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Contratante y/o Asegurado, la Aseguradora podrá resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante y/o Asegurado en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente. La póliza quedará resuelta en la fecha en que el Contratante y/o Asegurado reciba dicha comunicación.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución y deberá devolver la prima no devengada, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se comunica la decisión de resolver el contrato. 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.

e) 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 y deberá devolver la prima no devengada, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se comunica la decisión de resolver el contrato. La resolución surtirá efectos al día siguiente de la notificación de resolución.

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 el supuesto de resolución señalado en literal a) del numeral 6.3., se precisa que no necesariamente habría prima por devolver, debido a que la resolución es por falta de pago.

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 6.3, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En ambos casos el reembolso de la prima que corresponda, deberá ser gestionado en la fecha en que se efectúe la resolución contractual.

6.4 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 30 días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato, es decir, la fecha de comunicación de la nulidad al Contratante, excepto cuando el

Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año de duración del seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto. No obstante, la Aseguradora procederá con la devolución correspondiente al exceso de las primas acordadas para el primer año de vigencia del seguro, dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que se comunique la nulidad del contrato.

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:

- a) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- b) 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.
- c) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- d) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

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 a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro), que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima. 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 y/o Asegurado 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 la alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante 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. EDAD:

Podrá ingresar como asegurado bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y hasta la edad máxima que se indique en las condiciones particulares de la presente póliza.

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

- a. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la prestación de la Aseguradora se reducirá en la proporción a la prima anual percibida por **La Aseguradora**.
- b. Si es menor, se rectificaran las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

9. 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 en copia de certificación notarial (antes copia legalizada):

Para la cobertura de Muerte Accidental: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- a. Certificado Médico de Defunción, documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cual fue la causa del fallecimiento.
- b. Partida o Acta de Defunción del Asegurado, documento donde consta la inscripción del fallecido en la Municipalidad o RENIEC.
- c. Documento de Identidad del Asegurado, de haberlo.
- d. Documento de Identidad del Beneficiario, de haberlo.
- e. Atestado o Informe Policial Completo, ordenado por la Policía Nacional del Perú.
- f. Protocolo de Necropsia, ordenado por el Ministerio Público.
- g. Dosaje Etílico, ordenado por la Policía Nacional del Perú.
- h. Resultado del examen toxicológico, ordenado por el Ministerio Público.

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. 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 Aseguradora, 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. 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 Aseguradora haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. El Beneficiario no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura

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

El teléfono de la Aseguradora es 211-0211 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 de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario conoce de la existencia del beneficio para las coberturas de fallecimiento. .

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Contratante y/o Asegurado para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante y/o Asegurado no apruebe la prórroga, la Aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta (30) días.

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

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

En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico, y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares o el Asegurado, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

10. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

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

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

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución del contrato de seguros. En dicho supuesto, 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 9 de las presentes condiciones

11. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El **Contratante** y/o 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.

12. RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS:

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus reclamos y requerimientos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 15 días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

13. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Asegurado y los Beneficiarios 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.

14. INDISPUTABILIDAD:

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

15. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones por **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.

16. 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's – 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.

17. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza de seguro sea comercializada a través de sistemas a distancia y/o comercializadores, incluyendo la bancaseguros 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.

En caso el contratante ejerza su derecho de arrepentimiento luego de haber pagado el total o parte de la prima, La Positiva devolverá la totalidad del monto de la prima pagada, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la solicitud del derecho de arrepentimiento. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro.

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.

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

18.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación por escrito 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, de aplicar la renovación automática de la póliza, 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.

20. POLITICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es LA POSITIVA VIDA S.A SEGUROS Y REASEGUROS con domicilio en Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, en adelante, LA ASEGURADORA.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP N° 4267.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de LA ASEGURADORA, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a LA ASEGURADORA, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las finalidades primarias:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, LA ASEGURADORA informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por LA ASEGURADORA para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por LA ASEGURADORA para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en LA ASEGURADORA. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de LA ASEGURADORA en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en LA ASEGURADORA, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., LA ASEGURADORA deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de LA ASEGURADORA, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link: https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8 para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que LA ASEGURADORA será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, LA ASEGURADORA ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

21. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

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