

# MICROSEGURO MODULAR DE ACCIDENTES INDIVIDUAL

## Póliza Simplificada

<b>La Positiva Vida Seguros y Reaseguros</b>	<b>Póliza N°:</b>
Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N°370	<b>Código Registro SBS:</b> AE2076110164
San Isidro, Lima – Perú	
RUC.: 20454073143	
Telf.: (01) 211-0211	
lineapositiva@lapositiva.com.pe www.lapositiva.com.pe	

**1**

<b>1. CONTRATANTE.</b>	
Nombres / Razón o denominación social:	
Documento de identidad: DNI ___ CE ___ RUC ___ Otro ___	N°:
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:

**2**

<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: Género: F ___ M ___

**3**

<b>3. CUESTIONARIO DE SALUD (Cuando corresponda)</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__
---	------------

Si es afirmativa la respuesta por favor detallar las enfermedades padecidas:

b) ¿Le han detectado algún tumor o Cáncer?	S__ N__
--	---------

c) ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal?	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 podrá ser rechazada conforme a las condiciones del microseguro.**

**4**

**4. BENEFICIARIOS** En caso de Fallecimiento del **Asegurado**, los **Beneficiarios** serán los indicados a continuación:

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad (tipo/N°)	Parentesco	% de Participación

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:

- a) El cónyuge o conviviente (concubino) sobreviviente.
- 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.
- c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- d) Los padres.
- e) Los herederos legales del Asegurado, previa presentación de la copia literal de la inscripción en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos de la Sucesión Intestada o Testamento.

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.

**5**

**5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS :**

<b>Coberturas Principales</b>	<b>Suma Asegurada</b>
Muerte Accidental	X,XXX
<b>Coberturas Adicionales</b>	X,XXX
XXXXXXXXXX	X,XXX
XXXXXXXXXX	X,XXX
<b>PRIMA COMERCIAL TOTAL</b> (Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual)	X,XXX
<b>PRIMA COMERCIAL TOTAL</b> (Mensual/ Trimestral / Semestral / Anual) + <b>IGV</b> (cuando corresponda)	X,XXX

El monto de la prima comercial incluye la comisión del corredor de seguros y/o comercializador, según corresponda.

**6**

**6. PRIMA:** El monto de la prima será cancelado de forma Mensual/ Trimestral / Semestral/ Anual

La prima convenida será pagada mensualmente/ Trimestralmente / Semestralmente / Anualmente (i) de forma 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 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.

7

## 7. DEFINICIONES

**Asegurado:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza simplificada que cumple con los requisitos de edad establecidos en ella. El Asegurado, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autoriza de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato. En dicho supuesto, el Asegurado podrá revocar en cualquier momento su consentimiento a través de una comunicación escrita. Desde la fecha de recepción de la comunicación del Asegurado, la Aseguradora cesa la cobertura y el Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

Cuando se haga referencia a Asegurado, se deberá entender que se incluyen tanto al Asegurado Titular como al Asegurado Adicional.

**Asegurados Adicionales:** Son los familiares directos del Asegurado Titular.

La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Asegurado Titular no corresponde a los permitidos en esta póliza.

**Asegurado Titular:** Cabeza del grupo asegurado. Asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste.

**Conviviente:** Aquél que establece una unión de hecho, voluntariamente realizada y mantenida por un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, que procuran alcanzar las finalidades y deberes semejantes a los del matrimonio, según lo establecido en el artículo 326 del Código Civil.

**Familiar directo:** Son considerados familiares directos los padres, cónyuge o concubino e hijos del Asegurado Titular.

**Muerte Accidental:** La Positiva Vida pagará a los Beneficiarios, los importes señalados en la presente póliza simplificada cuando el asegurado fallezca en un accidente, entendido éste como un 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 cardiacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimiento o sonambulismo que sufra el asegurado.**

**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

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

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

Edad máxima de ingreso:

Edad máxima de permanencia:

9

**9. VIGENCIA:** mensual/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

#### **10. EXCLUSIONES**

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

- **Suicidio, durante los primeros dos (2) años de vigencia.**
- **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 • Homicidio causado por los beneficiarios de esta póliza.**
- **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”.**
- **Que el Asegurado se encuentre 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.**

11

#### **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 Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las presente 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, debiendocomunicarlo previamente a la Positiva Vida la resolución surtirá efectos de forma inmediata, 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.

c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo del siniestro, dentro del plazo señalado en la cláusula 12, informará la resolución del contrato de 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 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.

d) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

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 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

## **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):

a) Certificado Médico de Defunción documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cuál fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.

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, en caso se cuente con él.

d) Documento de identidad del Beneficiario.

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

f) Copia Certificada de la Denuncia Policial, en caso corresponda.

g) Protocolo de Necropsia Completo, en caso corresponda, ordenado por el Ministerio Público.

h) Dosaje Etílico, en caso el asegurado fuera quien manejaba en el accidente de tránsito ordenado por la Policía Nacional del Perú; o,

i) **Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito, ordenado por el Ministerio Público.**

**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.**

**El teléfono de la Positiva Vida es 211-0-211 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 de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente de diez (10) años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde conocido el beneficio, para el caso de las coberturas de fallecimiento.**

**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, según se indique al momento de solicitar la cobertura, en un plazo máximo de veinte (20) días calendarios de recibida toda la documentación sustentatoria referida en la presente cláusula.**

13

### **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.

**La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviara una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de veinte (20) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 12 de las presentes condiciones.**

14

### **14. AREAS 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 (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

#### **15. MODIFICACION 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

#### **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 y/o comercializadores, incluyendo la bancaseguros, 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 a la solicitud del derecho de arrepentimiento.. 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.**

El **Asegurado** tiene derecho a solicitar copia de la póliza del seguro de grupo o colectivo a la Positiva Vida o comercializador, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el asegurado

Asimismo, el Contratante y/o Asegurado autoriza el envío de la póliza, endosos, renovaciones, comprobantes de pago electrónicos y cualquier comunicación o documentación relacionada a las pólizas de seguro y/o planes de salud contratados, al domicilio, correo electrónico o teléfono (sms, whatsapp o llamada) consignado en el presente documento.

**17**

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

Nombres / Razón o denominación social:

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

Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

Comisión:

Código de Registro (cuando corresponda):

**18**

**18. DECLARACIONES DE LA POSITIVA VIDA**

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado y/o beneficiarios al Comercializador, por aspectos relacionados con el microseguro, 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

#### **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.

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. En caso de revocación del consentimiento, se devolverá la prima correspondiente al periodo no cubierto.

20

#### **20. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en la numeral inicial del presente documento (la presente política únicamente será firmada por el contratante cuando este sea una persona natural distinta al asegurado. En caso, el contratante sea una persona jurídica, el asegurado es responsable del llenado y firma de la política), en forma libre y voluntaria declara y acepta lo siguiente:

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.

#### **FINALIDADES SECUNDARIAS**

Asimismo Ud. autoriza y otorga a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A. y a La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que estas puedan dar tratamiento a sus datos personales con la finalidad secundaria que a continuación se menciona:

**Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico. Si acepto ( ) / No acepto ( )**

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona a **LA ASEGURADORA** los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.

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](mailto: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=ROOTWORLDSPACE.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORLDSPACE.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.

Marcar con un aspa: **Acepto ( ) / No acepto ( )**

Marcar con un aspa: **Acepto ( ) / No acepto ( )**

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias:

\_\_\_\_\_

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias, se encuentra acorde a los datos personales inicialmente brindado a través del presente documento, teniéndose en consideración las disposiciones iniciales de la presente política.

Fecha de Suscripción: \_\_\_\_\_

**Nota:** En caso de menores de edad y/o titulares de datos que no puedan firmar el texto de obtención de consentimiento la firma del presente documento será realizada por los padres, tutores o representantes legales quienes serán responsables de todos los actos realizados por los menores a su cargo o representados.

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de las personas que otorga el consentimiento para finalidades secundarias (contratante y asegurado), se encuentran acorde a los datos personales inicialmente brindado a través del presente documento, teniéndose en consideración las disposiciones iniciales de la presente política.

Fecha de Suscripción: \_\_\_\_\_

**Nota:** En caso de menores de edad y/o titulares de datos que no puedan firmar el texto de obtención de consentimiento la firma del presente documento será realizada por los padres, tutores o representantes legales quienes serán responsables de todos los actos realizados por los menores a su cargo o representados.

Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias o contrarias a las referidas normas, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización

Declaro que he tomado conocimiento de todas las condiciones y cláusulas adicionales 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