

**RESUMEN INFORMATIVO  
SEGURO DE VIDA – COBERTURA FELIZ**

**LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS**  
Calle Francisco Masías N° 370 – San Isidro – Lima  
Telf.: 01-211-0-212  
[www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

**RIESGOS CUBIERTOS.**

**Muerte Natural / Muerte Accidental. Renta Mensual por Muerte Natural Renta Mensual por Muerte Accidental Invalidez Total y Permanente por Accidente. Desamparo Súbito Familiar Enfermedades Graves al diagnóstico Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad Grave al diagnóstico Deuda con el Empleador**

**SUMA ASEGURADA.** La suma asegurada corresponde al monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.

**EXCLUSIONES.** La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia directa o indirecta 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.
- b) Suicidio consciente o inconsciente, 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 etílico, o cuando el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público.
- l) El ejercicio de las funciones o actividades de personas que son miembros de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo General de Bomberos y Equipos de Rescate, así como las funciones o actividades relacionadas con servicios de seguridad y vigilancia que requieran portar armas.

**CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.** Son las indicadas en el numeral 7 de las condiciones generales.

**PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS.** Ante la ocurrencia de un siniestro, se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

**Para la cobertura de Muerte Natural y Renta Mensual por Muerte Natural:**

- a) Certificado Médico de Defunción.

- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- c) DNI del Asegurado.
- d) DNI del Beneficiario, de haberlo.
- e) Historia clínica completa, foliada y fedateada.

En caso de **Muerte Accidental y Renta Mensual por Muerte Accidental**, se deberán presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- a) Atestado o Informe Policial Completo.
- b) Protocolo de Necropsia.
- c) Dosaje Etílico.
- d) Resultado del examen toxicológico.

**En caso Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

- a) DNI del Asegurado.
- b) Historia Clínica del Asegurado.
- c) Certificado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, expedido por cualquiera de las siguientes autoridades competentes: MINSA, EsSalud, COMAFP, INR, COMEPS, cualesquiera de ellas, en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.
- d) El Atestado o Informe policial completo.
- e) Dosaje etílico.
- f) Resultado del examen toxicológico.

**Para la cobertura de Deuda con el Empleador:**

- a) Los documentos requeridos para las coberturas de Muerte Natural y/o Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidentes, según corresponda.
- b) Adicionalmente deberá presentar copia legalizada del contrato suscrito por el Empleador y el Asegurado que sustente el préstamo, así como copias legalizadas de las boletas o planillas de pago que demuestren el saldo de la deuda a la fecha del siniestro.

**Para la cobertura de Enfermedades Graves al diagnóstico:**

El DNI del Asegurado y la Historia Clínica. Además, se deberá presentar los siguientes documentos, según el tipo de enfermedad:

**Infarto al Miocardio:**

- a) Electrocardiograma
- b) Enzimas cardíacas
- c) Estudio Radio Isotópico del musculo cardiaco.

**Insuficiencia Renal:**

- a) Urografía Excretoria
- b) Ecografía Renal
- c) Dosaje de úrea
- d) Creatinina

- e) Hemograma
- f) Examen de Resonancia Magnética

**Accidente Cerebro Vascular (ACV):**

Evolución de Neurología

**Cáncer**

- a) Resultado de Examen Anatómico Patológico

**Para la cobertura de Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad Grave al diagnóstico:**

- a) Los documentos requeridos para las coberturas de Invalidez Total y Permanente por Accidentes y por Enfermedades Graves al diagnóstico, según corresponda.
- b) Adicionalmente, el Asegurado deberá presentar Copia legalizada de la constancia emitida por el empleador y su Liquidación de Beneficios Sociales.

**Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar:**

- a) Certificado Médico de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o concubino.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o concubino.
- c) Copia de la Partida de Matrimonio donde se evidencie el matrimonio del Asegurado con el cónyuge también fallecido o la sentencia judicial consentida y ejecutoriada o testimonio de la declaración de unión de hecho en caso de tratarse del concubino.
- d) DNI del Asegurado y Cónyuge o concubino.
- e) DNI de los Beneficiarios.
- f) El Atestado o Informe Policial Completo.
- g) Protocolo de Necropsia del Asegurado y su cónyuge.
- h) Dosaje Etílico del Asegurado o su cónyuge o concubino.

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

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

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

El teléfono de la Aseguradora es 01-211-0-222, en la ciudad de Lima y en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora 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.

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

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, 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 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 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.

**CONSENTIMIENTO PREVIO.** Se deja expresa constancia que el Contratante y/o el Asegurado han

otorgado su consentimiento expreso para que su silencio sea asumido como una aceptación a los cambios en las condiciones y términos de la póliza comunicados por La Aseguradora de manera previa a la renovación del seguro, siempre y cuando La Aseguradora cumpla con comunicar tales modificaciones dentro de los cuarenta y cinco (45) días previos a la entrada en vigencia de las mismas, de conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes.

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:**

Conforme a lo indicado en el numeral 19 de las condiciones generales.

#### **MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:**

Conforme a lo señalado en el numeral 20 de las condiciones generales.

#### **MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Todo litigio o controversia, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante y/o Asegurado 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.

#### **RESOLUCION SIN EXPRESION DE CAUSA**

El Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro de forma unilateral y sin expresión de causa, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días.

#### **CONDICIONES DE ACCESO Y LÍMITES DE PERMANENCIA**

El Asegurado deberá suscribir una Solicitud de Seguro y una Declaración Personal de Salud –DPS en caso se requiera.

Podrá ingresar como asegurado cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad. Las edad máxima de ingreso y permanencia se encuentran detalladas en las condiciones particulares.

#### **CLÁUSULAS ADICIONALES**

Las cláusulas adicionales que pueden ser incorporadas a la póliza de acuerdo a la decisión del Asegurado, se registrarán por los términos y condiciones expuestos en las condiciones particulares y en el texto de la respectiva cláusula

- El monto de la prima será cancelado de forma mensual a través del descuento por planilla que el Asegurado autorice a su Empleador.

### **AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.**

**La Positiva Vida** atenderá los reclamos de los **Asegurados** a través del “Área de Servicio al Cliente”.

El Contratante, Asegurado y sus Beneficiarios pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono 211-0-211 , (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas 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.

### **DEFENSORÍA DEL ASEGURADO.**

El **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la “Defensoría del Asegurado” Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614 o en [www.defaseq.com.pe](http://www.defaseq.com.pe)

### **DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS o CARENCIAS.**

La presente póliza no se encuentra sujeta a ningún deducible, franquicia o copago que pueda representar una carga para el Asegurado o su Beneficiario.

La cobertura de enfermedades graves al diagnóstico tiene período de carencia de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro.

### **Importante:**

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del Asegurado cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Contratante y/o Asegurado podrán presentar sus reclamos de forma directa en la Compañía o recurrir a la Defensoría del Asegurado o al INDECOPI. Asimismo sus denuncias podrán ser canalizadas a través de la SBS o el INDECOPI.
- Durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado o Contratante se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El Asegurado tendrá derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.