

Seguro de Vida - Cobertura Feliz

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 presente póliza podrá ser comercializada a través del canal Fuerza de Ventas establecido en el Reglamento de Comercialización de Productos de Seguros, aprobado por Res. SBS N° 1121-2017, sus modificatorias o norma que la sustituya en tanto el marco regulatorio lo permita.

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. **Accidente Cerebro vascular (ACV):** Entiéndase como tal la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, ocasionando secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y/o son de naturaleza permanente. Esto incluye al infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-creaneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral, un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.
- c. **Asegurado Titular:** 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.
- d. **Asegurados Adicionales:** Son el cónyuge o concubino o hijos mayores de 18 años.

La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Contratante no corresponda a los permitidos en esta póliza.

- e. **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.

- f. **Beneficiario:** Es la persona natural designada por el **Contratante** 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
- g. **Cáncer:** Definido como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraídos y comenzado luego de la fecha de vigencia de la presente póliza. Se incluye dentro de esta cobertura la leucemia, enfermedad Hodgkin y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros. **Se excluye de esta cobertura los carcinomas no-invasivos en situ, tumores no-invasivos que sólo exhiben cambios malignos recientes, tumores por la presencia del virus de auto-inmunodeficiencia humano (SIDA); Sarcoma de Kaposi y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de piel que no fuera melanoma maligno.**
- h. **Contratante:** Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas, para lo cual autoriza a su empleador descontar de su remuneración el pago de la prima del seguro. Puede contratar el seguro a favor de él mismo, o a favor de su cónyuge o concubino o de sus hijos mayores de 18 años.
- i. **Concubino:** El o la persona con quien el asegurado mantiene una unión de hecho durante dos años continuos y cuyo vínculo se encuentra reconocido judicial o notarialmente.
- j. **Cónyuge:** El o la persona con quien el asegurado mantiene un vínculo matrimonial.
- k. **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.
- l. **Enfermedad o Accidente preexistente:** Se entiende por enfermedad o accidente 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.
- m. **Empleador:** Persona natural o jurídica, empresa unipersonal, sociedad irregular o de hecho cooperativa de trabajadores entidad de sector público o cualquier otro ente colectivo que provee un puesto de trabajo a una persona física para que preste un servicio personal bajo su dependencia, a cambio del pago de una remuneración o salario. Para efectos de la presente póliza el empleador, previa autorización del Contratante, descontará de la remuneración de éste la prima del seguro, la cual deberá ser transferida e informada a la Aseguradora.
- n. **Infarto al Miorcardio:** Es la muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:
 - Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.

- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
- Estudio radio Istópico del músculo cardíaco.

o. Insuficiencia Renal: Es la disminución anormal y permanente de la función de filtrado renal con retención de productos nitrogenados de desecho y alteración de las funciones metabólicas y endocrinas de ambos riñones, ya sea en forma aguda o crónica y que al no responder al tratamiento médico ordinario y regular, se hace indispensable realizar una diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal. El diagnóstico radica en una urografía excretoria, ecografía renal, dosaje de úrea, creatinina, hemograma y de ser necesario un examen de resonancia magnética.

p. 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.

q. 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.

r. 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 del 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 éstas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

s. Planes: Programas o alternativas ofrecidas por La Aseguradora que incluyen diferentes sumas aseguradas y primas. El Plan se determina al momento de contratar el seguro y puede ser modificado previa solicitud por escrito de El Contratante, originando el endoso correspondiente y el pago de la prima.

t. 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.

- u. **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.

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 y/o asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, en el plazo pactado con el Contratante salvo la parte correspondiente al periodo en que la póliza estuvo vigente.

La devolución se realizará en el plazo pactado con el Contratante, el mismo que no será mayor a sesenta (60) días contabilizados desde la solicitud.

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:** En caso de fallecimiento por causas que no correspondan a un accidente, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza.
- **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 90 (noventa) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.
- **Renta Mensual por Muerte Natural:** En caso de fallecimiento por causas que no correspondan a un accidente, la Aseguradora pagará a los

Beneficiarios, una renta mensual durante doce (12) meses conforme a lo señalado en las Condiciones Particulares.

- **Renta Mensual por Muerte Accidental:** La Aseguradora pagará una renta mensual durante doce (12) meses 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 90 (noventa) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.
- **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares en caso de invalidez total y permanente por accidente del Asegurado:

Se entenderá que se ha producido una invalidez total y permanente, en aquellos casos que se produzca la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que genere un menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad para el trabajo del Asegurado debido a accidentes ocurridos durante la vigencia del seguro.

La invalidez total y permanente por accidente es aquella que se manifieste a más tardar dentro de los veinticuatro (24) meses de producido el accidente producido durante la vigencia de la póliza.

Una vez recibida esta indemnización, el Asegurado inválido será retirado de la póliza en forma automática, liberándose la Aseguradora de toda obligación y responsabilidad para dicho asegurado, a excepción de la cobertura de Desempleo por Invalidez.

- **Desamparo Súbito Familiar:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, cuando el fallecimiento del Asegurado y su cónyuge o concubino ocurran como consecuencia de un mismo accidente y a más tardar dentro de los siguientes 30 días calendario de ocurrido el mismo.
- **Enfermedades Graves al diagnóstico:** La Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, en caso al Asegurado se le diagnostique clínicamente alguna de las siguientes enfermedades: Infarto al miocardio, Accidente cerebro vascular, cáncer e Insuficiencia Renal.

Es requisito para otorgar esta cobertura que la enfermedad se diagnostique durante la vigencia de la póliza y luego de terminado el período de carencia. El período de carencia para esta cobertura es de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro.

Esta cobertura se pagará una sola vez por Asegurado ante el diagnóstico de alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas. Por lo tanto, luego de pagada la indemnización, esta cobertura será automáticamente excluida para dicho Asegurado.

- **Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente o por Enfermedad Grave al diagnóstico:** La Aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares para la presente cobertura, en caso de cese del empleo del Asegurado a consecuencia de una Invalidez Total y Permanente por Accidente o por alguna de las enfermedades indicadas en la cobertura de enfermedades graves al diagnóstico. El pago de esta cobertura se realizará cuando finalice el vínculo laboral con el empleador.
- **Deuda con el Empleador:** En caso que el Asegurado tenga un préstamo con su empleador y al momento de su fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por Accidente, la deuda se mantuviera, La Aseguradora pagará al empleador el importe correspondiente al saldo de la deuda a la fecha de fallecimiento o al diagnóstico de la Invalidez Total y Permanente por Accidente, considerando como límite máximo la Suma Asegurada establecida en las condiciones particulares de la presente póliza.

Esta cobertura surtirá efecto siempre y cuando la deuda se hubiere contratado con anterioridad al diagnóstico de la enfermedad y/o Invalidez Total y Permanente por Accidente y el empleador cumpla con presentar copia legalizada del contrato de préstamo correspondiente. Si el saldo de la deuda fuese menor a la Suma Asegurada indicada en las condiciones particulares, la Aseguradora solo pagará el monto correspondiente al saldo de la deuda.

La Aseguradora 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.**
- b. Suicidio consciente o inconsciente, 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.

5. CELEBRACIÓN, 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. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares y siempre que el **Contratante** y/o **Asegurado** cumpla con pagar la prima correspondiente.

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

1. 7.1. El contrato de seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna, en cualquiera de los siguientes supuestos:

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.

c. 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.

d. Cuando se resuelva el vínculo contractual entre el Asegurado y El Empleador. No obstante ello el Asegurado podrá continuar con el contrato de seguro, debiendo para tal efecto acercarse a las oficinas de la Aseguradora en un plazo de quince (15) días calendarios previos el cese laboral, a fin de suscribir o afiliarse a una nueva forma de pago de la prima correspondiente.

7.2 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 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 escrita 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 comunicarlo a la Aseguradora. La resolución surtirá efectos de forma inmediata, presentando la siguiente documentación:

- Carta dirigida a la Compañía 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 Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. En caso de que la comunicación no sea presencial, deberá presentar copia del documento nacional de identidad y no el original. Si el Contratante tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia de DNI y vigencia de poder del apoderado.

La devolución de la prima no devengada procederá sin requerimiento previo del Contratante y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de realizada solicitud de resolución del contrato de seguro.

- c. 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, que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Contratante facultará a la Aseguradora a 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. 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.

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.

- d. Por reclamación fraudulenta de cobertura. En este caso, la Aseguradora comunicará al Contratante y/o beneficiario, según corresponda, el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la 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 y se realizará en la forma que se acuerde con el Contratante en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario contados desde la fecha de resolución antes indicada.

- e. **Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 16 del presente condicionado general 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 la póliza tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La resolución surtirá efectos desde la notificación de resolución.**

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación, tiene derecho a resolver el seguro y a percibir la prima por el periodo de seguro 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 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

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por La Aseguradora y el contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución del contrato de seguro, ello no resulta de aplicación en los casos donde se ha señalado otro plazo. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar

7.3 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:

- a. Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.**
- b. Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.**
- c. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la 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. A tal efecto, el pronunciamiento de la Aseguradora debe ser notificado por medio fehaciente.**
- d. Por declaración inexacta de la edad del asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.**

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, 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, 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.

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.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

- i. Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.**
- ii. 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.**
- iii. 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.

- iv. Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. 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.

El pago de la prima se realizará a través del descuento en la remuneración del Contratante, realizado por el empleador correspondiente según lo indicado en las Condiciones particulares. Dicho empleador deberá enviar mensualmente a la Aseguradora, la relación de Asegurados por quienes se ha realizado el descuento en su planilla, fin de realizar el pago correspondiente de la prima del Seguro. Será responsabilidad del contratante, el verificar que los pagos de primas se realicen satisfactoriamente. La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca atraso en el pago de primas.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora - vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro) - 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, 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 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.

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 d) del numeral 7.3, si se comprueba inexactitud en la edad 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 proporción a la prima percibida por La Aseguradora.
- b. 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:

Para atender la solicitud de cobertura por fallecimiento se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada (certificación de reproducción notarial):

10.1. Para la cobertura de Muerte Natural y Renta Mensual por Muerte Natural:

- a. **Certificado Médico de Defunción**, 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. **DNI del Asegurado** en caso de contar con él.

- d. **DNI del Beneficiario, de haberlo.**
- e. **Historia clínica completa, foliada y fedateada, emitida por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.**

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

- a. **Atestado o Informe Policial Completo, ordenado por la Policia Nacional del Perú.**
- b. **Protocolo de Necropsia, ordenado por el Ministerio Publico.**
- c. **Dosaje Etílico, ordenado por la Policia Nacional del Perú.**
- d. **Resultado del examen toxicológico, ordenado por el Ministerio Publico.**

10.2. En caso Invalidez Total y Permanente por Accidente:

- a. **DNI del Asegurado.**
- b. **Historia Clínica del Asegurado, emitida por el hospital o clínica en donde se atendió el asegurado.**
- c. **Certificado de Invalidez Total y Permanente por Accidente, expedido por cualquiera de las siguientes autoridades competentes: MINSA, EsSalud, COMAFP, INR, COMEC, cualesquiera de ellas, en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.**
- d. **El Atestado o Informe policial completo ordenado por la Policia Nacional del Perú.**
- e. **Dosaje etílico, ordenado por la Policia Nacional del Perú.**
- f. **Resultado del examen toxicológico ordenado por el Ministerio Publico.**

10.3. Para la cobertura de Deuda con el Empleador:

- a. **Los documentos señalados en el numeral 10.1 o 10.2, 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.**

10.4. 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 cardiacas**
- 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):

- a. **Evolución de Neurología**

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

- a. **Los documentos señalados en los numerales 10.2 ó 10.4 según corresponda.**
- b. **Adicionalmente, el Asegurado deberá presentar Copia legalizada de la constancia emitida por el empleador y su Liquidación de Beneficios Sociales. En casos de despido intempestivo o cuando el empleador no provea de los documentos mencionados previamente, se solicita la constancia policial o un acta inspectiva del Ministerio de Trabajo.**

10.6 Para la cobertura de Desamparo Súbito Familiar:

- a. **Certificado Médico de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o concubino 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 y su Cónyuge o concubino, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad o RENIEC.**
- 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 en caso de contar con él.**
- e. **DNI de los Beneficiarios.**
- f. **El Atestado o Informe Policial Completo, ordenado por la Policía Nacional del Perú.**
- g. **Protocolo de Necropsia del Asegurado y su cónyuge o concubino, ordenado por el Ministerio Público.**
- h. **Dosaje Etílico del Asegurado o su cónyuge o concubino, ordenado por la Policía Nacional del Perú.**

10.7 Para la cobertura de Cancer

- a. **Resultado de Examen Anatómico Patológico**

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.

Los teléfonos de la Aseguradora son 211-0-211, en la ciudad de Lima y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositivavida.com.pe

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente, que es de 10 años contados desde que ocurrió el siniestro. En los seguros que cubran 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 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 Aseguradora, 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.

11. 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 de éstos.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática 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 10 de las presentes condiciones.

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. REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS:

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

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El **Asegurado** y el **Beneficiario**, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, distrito de San Isidro, 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 celebración del contrato, excepto en los casos que medie actuación dolosa del **Contratante y/o Asegurado**.

16. 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.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, 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 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.

18. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de sistemas a distancia y/o comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que no sean condición para contratar operaciones crediticias, el Contratante podrá resolver la póliza 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 nota de cobertura provisional debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

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 ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

19. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

19.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación de La Aseguradora por medio de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente debiendo detallar las modificaciones en caracteres destacados.

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 en caracteres destacados las modificaciones.

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.

19.2 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. POLÍTICA 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 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&CA_CHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8 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#politica tratamiento-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.