

DÓLARES	
Cód. de Registro SBS N° VI2077400144	
Póliza N°: 235899 (Créditos a 30 días)	N° 16376
Póliza N°: 252920 (Créditos a más de 30 días)	

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL CONDICIONES PARTICULARES

1. Datos del Contratante / Asegurado (*)		
Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	N° Documento
	DNI_ CE _ RUC _	
Dirección	Distrito / Provincia	Departamento

(*) Persona Natural o Representante Legal de empresas E.I.R.L.

2. Edad Mínima y Máxima de Ingresos	Desde los 18 años hasta los 75 años, 11 meses y 29 días.
3. Edad Máxima de Permanencia	75 años, 11 meses y 29 días.

4. Datos del Beneficiario			
Denominación o Razón Social		RUC	
CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A.		20100209641	
Teléfono	Dirección del Contratante	Distrito - Provincia	Departamento
(54) 380670	Calle La Merced No.106	Arequipa - Arequipa	Arequipa

5. Suma Asegurada
Saldo del Capital del Crédito
Se entiende como Saldo de Capital del Crédito al saldo del crédito que el contratante adeuda a la Entidad Financiera hasta el límite máximo indemnizable sin considerar intereses, mora, ni ningún otro cargo adicional al momento del fallecimiento o invalidez. Los límites de suma asegurada son:
Hasta los 70 años 11 meses y 29 días: US\$ 500,000 o su equivalente en moneda nacional al momento del siniestro. Si un Asegurado tiene dos ó más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza La Positiva Vida en caso de siniestro sólo indemnizará hasta US\$ 500,000 por todas las líneas de crédito.
A partir de los 71 años, hasta los 75 años, 11 meses y 29 días: US\$ 25,000 o su equivalente en moneda nacional al momento del siniestro. Si un asegurado tiene dos ó más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, La Positiva Vida en caso de siniestro sólo indemnizará hasta US\$ 25,000 por todas las líneas de crédito.

6. Vigencia
El presente seguro tiene vigencia mensual con renovación automática hasta la fecha de la cancelación total del crédito o hasta el mes en que cualquiera de los Asegurados cumpla la edad máxima de permanencia o uno de ellos fallezca o quede inválido.

7. Coberturas	
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte Natural / Muerte Accidental. • Invalidez Total y Permanente por Enfermedad. • Invalidez Total y Permanente por Accidente. 	Cobertura Adicional <ul style="list-style-type: none"> • Desamparo Súbito Familiar por US\$ 10,000

8. Prima y Forma de Pago															
El monto de la prima comercial se determina aplicando las siguientes tasas sobre el Saldo del Capital del Crédito.															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de crédito</th> <th>Suma Asegurada</th> <th>Tasa Titular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pyme</td> <td>Menor o igual a S/ 20,000 ó US\$ 7,000</td> <td>1.00‰ (por mil)</td> </tr> <tr> <td>Pyme</td> <td>Mayor a S/ 20,000 ó US\$ 7,000</td> <td>0.50‰ (por mil)</td> </tr> <tr> <td>Hipotecario</td> <td>Hasta la Suma asegurada máxima</td> <td>0.50‰ (por mil)</td> </tr> <tr> <td>Consumo</td> <td>Hasta la Suma asegurada máxima</td> <td>1.00‰ (por mil)</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de crédito	Suma Asegurada	Tasa Titular	Pyme	Menor o igual a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	1.00‰ (por mil)	Pyme	Mayor a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	0.50‰ (por mil)	Hipotecario	Hasta la Suma asegurada máxima	0.50‰ (por mil)	Consumo	Hasta la Suma asegurada máxima	1.00‰ (por mil)
Tipo de crédito	Suma Asegurada	Tasa Titular													
Pyme	Menor o igual a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	1.00‰ (por mil)													
Pyme	Mayor a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	0.50‰ (por mil)													
Hipotecario	Hasta la Suma asegurada máxima	0.50‰ (por mil)													
Consumo	Hasta la Suma asegurada máxima	1.00‰ (por mil)													

Condiciones:
 La prima será cancelada conforme al cronograma de pagos del crédito otorgado.
 La prima Mínima a considerarse es: S/ 1.00 Sol
 La prima comercial incluye los siguientes conceptos:

CARGOS DE AGENCIAMIENTO POR INTERMEDIACION DE CORREDOR DE SEGUROS Y NUMERO DE REGISTRO: J0414

El cargo de agenciamiento aplicado a la prima comercial es:		
Tipo de crédito	Suma Asegurada	Cargos Titular
Pyme	Menor o igual a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	2.84%
Pyme	Mayor a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	5.69%
Hipotecario	Hasta la Suma asegurada máxima	5.69%
Consumo	Hasta la Suma asegurada máxima	2.84%

CARGOS POR LA CONTRATACION DE COMERCIALIZADORES

Los cargos por la contratación de comercializadores que se aplican a la prima comercial son:		
Tipo de crédito	Suma Asegurada	Cargos Titular
Pyme	Menor o igual a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	73.39%
Pyme	Mayor a S/ 20,000 ó US\$ 7,000	49.69%
Hipotecario	Hasta la Suma asegurada máxima	49.69%
Consumo	Hasta la Suma asegurada máxima	73.39%

Código SBS VI2077400144 – Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias

Cod. 102992 - V. 07/2018

9. Condiciones Especiales

Las siguientes condiciones especiales aplican a la presente póliza de seguro:

- Beneficiario:** Para el caso de las Coberturas Principales, el beneficiario será CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A. quien otorga el crédito al Asegurado y quien en su calidad de comercializador de la Aseguradora ofrece la presente póliza.
- Asegurados:** Para la presente póliza se aceptan como asegurados tanto Persona Natural o Representante Legal de empresas E.I.R.L.
- Desamparo Súbito:** La Positiva Vida pagará la suma asegurada de US\$ 10,000 dólares 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 de ocurrido el mismo. Esta cobertura es adicional a la establecida en las condiciones particulares para el caso de muerte accidental, natural o por enfermedad.
Se considera a 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.
Para la presente cobertura se deberá presentar cuando corresponda la siguiente documentación:
 - Certificado Médico de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o Concubino
 - Partida o Acta de Defunción del Asegurado y su Cónyuge o Concubino
 - 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.
 - DNI de los Beneficiarios
 - El Atestado o Informe Policial Completo.
 - Protocolo de Necropsia del Asegurado y su Cónyuge, o Concubino; en caso corresponda.
 - Dosaje Etílico del Asegurado y su Cónyuge, o Concubino; en caso corresponda.
 - 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.
- Para los créditos o cúmulos cuyos montos sean iguales o menores a \$5,000.00 no se aplicará ninguna exclusión citada en la póliza. Del mismo modo, la documentación a presentar para la atención de los mismos en caso de muerte natural y/o accidental serán únicamente la solicitud de cobertura de seguro y el acta de defunción.

10. Exclusiones:

Las siguientes exclusiones reemplazan a las indicadas en el Artículo 4 de las Condiciones Generales:

- Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario que sean imputables a suicidio consciente o inconsciente, estando o no el asegurado en sano juicio, ocurrido durante el primer año de ingreso del prestatario como cliente de la Caja Arequipa o de cualquier reingreso por el mismo término.
- Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario a consecuencia de una acción de guerra (civil o internacional), en el Perú o fuera de él, declarada o no, de actos violentos motivados por la aplicación de la Ley Marcial, así como la intervención directa o indirecta en algún tipo de servicio militar, paramilitar, policial o parapolicial.
- Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario a consecuencia de la intervención directa o indirecta del asegurado en actos delictuosos, subversivos y terroristas.
- Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario a consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren pre existentes al inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado, con excepción de los casos de diabetes e hipertensión; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de la Compañía de Seguros la comprobación de lo contrario.
Al respecto, queda sin efecto la exclusión antes señalada, si al momento del fallecimiento o invalidez del cliente, la relación crediticia con Caja Arequipa es mayor a 12 meses continuos e ininterrumpidos, ya sea que en este periodo crediticio haya habido créditos ya cancelados o nuevos créditos otorgados. Se considerará la continuidad del tiempo adicional que demande el otorgamiento de un nuevo crédito, el mismo que no será mayor a 60 días desde la fecha de cancelación del último crédito. Asimismo, se tendrá en cuenta la continuidad o herencia de las condiciones pre existentes al inicio del crédito del prestatario, así sea que el mismo se haya dado con otra compañía de seguros.
- Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario, si el asegurado no cumple con lo señalado por la Cláusula de Garantía del Seguro (Declaración Personal de Salud)
- Esta póliza no cubre los siniestros del prestatario cuando el fallecimiento sea a consecuencia de SIDA, sólo para saldos mayores a S/. 20,000.
Para saldos hasta S/. 20,000. inclusive, no se aplicará la exclusión y se indemnizarán los siniestros denunciados.

11. Derecho de Arrepentimiento

El Contratante tendrá un plazo de quince (15) días calendarios contados desde que recibe la póliza para ejercer su derecho de arrepentimiento para resolver el contrato de seguro sin expresión de causa ni penalidad alguna. 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.

Este derecho podrá ser ejercido siempre y cuando el contratante no haya utilizado ninguna de las coberturas del seguro, debiendo la compañía proceder a devolver el monto de la prima cobrada dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

12. Fecha de Emisión:

___/___/___

En virtud de lo establecido en la Resolución SBS N°2982-2010, el solicitante autoriza a que esta póliza sea coasegurada entre La Positiva Vida y Rimac Seguros y Reaseguros.

El Contratante/Asegurado declara haber tomado conocimiento de las condiciones generales, condiciones particulares y cláusulas adicionales aplicables a esta póliza.

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

El Contratante

Código SBS VI2077400144 – Póliza adecuada a la Ley N.° 29946 y sus normas reglamentarias

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Av. Javier Prado Este y Fco. Masias N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC.: 20454073143 Telf.: (511) 513-0000 www.lapositiva.com.pe

RESUMEN INFORMATIVO SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.º 370 – San Isidro – Lima
Telf.: 211-0-212
www.lapositiva.com.pe

1. RIESGOS CUBIERTOS: De acuerdo con el numeral 3 de las condiciones generales de la póliza.
Muerte Natural / Muerte Accidental.
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.
Invalidez Total y Permanente por Accidente.

2. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada corresponde al saldo deudor o saldo insoluto del crédito según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, o monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por La Aseguradora al Beneficiario y/o Beneficiario Adicional -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.

3. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los siniestros ocurridos como consecuencia directa de:

- a) Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firma dicho documento.
- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- 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) 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.
- e) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- f) 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.
- g) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- h) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- i) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, canotaje, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), carreras de caballos, paracaidismo,

práctica de “surf” y puenting.

- j) Cuando el siniestro del Asegurado se produzca a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje étílico, y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.
- k) Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.

4. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA, RESOLUCIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
Son las indicadas en el numeral 6 de las condiciones generales.

5. 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 Fallecimiento:

- Certificado Médico de Defunción.
- Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- DNI del Asegurado.
- DNI del Beneficiario Adicional, de haberlo.
- Historia clínica completa, foliada y fedateada.

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

- Atestado o Informe Policial Completo.
- Protocolo de Necropsia.
- Dosaje Étílico.
- Resultado del examen toxicológico.

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

Para la cobertura de invalidez total y permanente:

- DNI del Asegurado.
- Historia Clínica del Asegurado.
- Certificado de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (Minsa, EsSalud, COMAFP, INR de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo
- En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente, deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo y dosaje étílico.

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

El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo de rechazo del siniestro, no obstante ello, en el supuesto que la presente póliza tenga contratada coberturas adicionales y las mismas incluyan el derecho de reducción a favor de la

Aseguradora conforme a lo señalado en el artículo 70° de la Ley del Contrato de Seguro, la indemnización podrá ser reducida hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, en caso que el Contratante, **Asegurado** o Beneficiario omita realizar el aviso del siniestro por culpa leve y se produzca con ello un perjuicio a La Aseguradora.

Del mismo modo, perderá el derecho a ser indemnizado si es que la omisión se produjo de manera dolosa o con culpa inexcusable, dentro de los términos señalados en el artículo 72° de la mencionada Ley.

No obstante ello, 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, la misma que puede darse, en caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada.

La solicitud de prórroga de la Aseguradora deberá realizarse dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

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

6. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES

Conforme a lo señalado en el numeral 17 de las condiciones generales.

7. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo litigio, controversia, desavenencia, reclamación o denuncia resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la (i) vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes, (ii) la vía administrativa, a través de instancias tales como el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, quien atiende reclamos y denuncias o la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS, quien solo atiende las denuncias de los asegurados y (iii) a través de cualquier otro mecanismo de defensa que se cree en el futuro.

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

8. RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN 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.

9. 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.

10. ÁREAS 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 ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en www.lapositiva.com.pe, y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

11. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la "Defensoría del Asegurado" - Lima, llamando al 4210614 o en www.defaseg.com.pe

12. DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS O CARENCIAS

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

IMPORTANTE:

- Durante la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. El presente seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El Asegurado tendrá derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.
- El monto de la prima será cancelado de forma mensual en las oficinas del Comercializador o en los lugares que este autorice y a través del cargo en el estado de cuenta mensual del Asegurado.

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL 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.º 29355.

La Aseguradora emite la presente póliza para asegurar la vida del Asegurado. Los términos condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro son las siguientes:

1. DEFINICIONES

- a) **Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- b) **Asegurado:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las condiciones particulares.
- c) **Suma Asegurada:** Saldo deudor o saldo insoluto del crédito según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, o monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por La Aseguradora al Contratante, o al Beneficiario Adicional -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.
- d) **Beneficiario/Comercializador:** Es la Entidad Financiera o persona jurídica que otorga el crédito al Asegurado y que se encuentra indicado en las condiciones particulares y quien en su calidad de comercializador de la Aseguradora ofrece la presente póliza.
- e) **Beneficiario adicional:** Es la persona natural designada por el Asegurado en la solicitud de seguro, a quien se le reconoce el derecho a recibir una indemnización adicional a la del Beneficiario o Contratante, en el supuesto que dicho beneficio adicional sea otorgado de acuerdo con lo establecido en las condiciones particulares.
- f) **Contratante:** es el Asegurado, quien asume las obligaciones de pago de la prima derivadas de la póliza.
- g) **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en la presente póliza.
- h) **Enfermedad preexistente:** Se entiende por enfermedad o dolencias preexistentes, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.
- i) **Interés Asegurable:** Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o-Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos coberturados bajo la presente póliza.
- j) **Invalidez Total y Permanente:** Se entiende por invalidez total y permanente, la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que produzca menoscabo igual o superior a 2/3 de la capacidad de trabajo debido a accidentes ocurridos o enfermedades configuradas durante la vigencia del seguro, analizado de acuerdo con el Manual de Evaluación y Calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones.
- La Invalidez por Accidente es aquella que se manifieste a más tardar dentro de los seis (6) meses de producido un accidente amparado por la póliza.
- Se considera Invalidez Total y Permanente por Enfermedad al hecho que el asegurado después de haber transcurrido por lo menos seis (6) meses desde el inicio de la vigencia de esta cobertura, sufra un menoscabo igual o superior a los dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo y siempre que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis (6) meses.
- k) **La Aseguradora:** Es la empresa autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.
- l) **Póliza:** Es el documento emitido por La Aseguradora que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Aseguradora y el Contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada, esto es, cláusulas adicionales, solicitud de seguro, cuestionario o declaración personal de salud y exámenes médicos, cuando corresponda; y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato, esto es los endosos respectivos.
- Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.
- m) **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.
- n) **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

2. OBJETO DEL SEGURO

El presente contrato tiene como objeto otorgar las coberturas y sumas aseguradas establecidas en las presentes condiciones generales, en las condiciones particulares, cláusulas adicionales y especiales a favor del Beneficiario. El Contratante y/o Asegurado se obligan al pago de la prima convenida. Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las condiciones particulares que forman parte integrante de la presente póliza.

3. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente por accidente o por enfermedad del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario y/o Beneficiario Adicional, las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que se cumpla con lo siguiente: (i) que la póliza se encuentre vigente; (ii) que el Contratante hubiera venido efectuando el pago de la prima a la Aseguradora, calculada sobre el saldo deudor o importe del préstamo según corresponda, (iii) que la causa del fallecimiento o invalidez según corresponda, no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de póliza.

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

4. EXCLUSIONES

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

- Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firma dicho documento.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- Suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.
- 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.
- Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- 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.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), práctica de "surf" y puenting.

- Cuando el siniestro del Asegurado se produzca a consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

5. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO

El presente contrato de seguro 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, excepcionalmente La Aseguradora deberá cubrir el pago de dicho siniestro, oportunidad en la cual se devengará el total de la prima acordada, la cual será descontada de la indemnización correspondiente.

6. CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

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

- Cuando el Asegurado cancele en su totalidad el crédito otorgado por el Beneficiario, siempre que la fecha de cancelación del crédito coincida con la fecha de fin de vigencia del seguro.
- Cuando La Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.
- Por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.
- A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones de la póliza.

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

- Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.
- Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, pudiendo para tal efecto, emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que utilizo para contratar el seguro.
- Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se

produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Contratante y/o Asegurado, la Aseguradora podrá resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante y/o Asegurado en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días mencionados precedentemente.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto. Asimismo, La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución

d) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante y/o Asegurado conforme a lo señalado en el numeral 15 siguiente, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo transcurrido.

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 6.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En ambos casos el reembolso de la prima que corresponda, deberá ser gestionado en la fecha en que se efectúe la resolución contractual.

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

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- (i) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- (ii) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- (iii) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.
- (iv) Por declaración inexacta de la edad del asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, excepto cuando el Asegurado realice una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

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:

- a) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- b) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.
- c) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en la Declaración Personal de Salud (de haberla), y el asegurador igualmente celebró el contrato.
- d) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

7. PRIMA

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las condiciones particulares.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro de los treinta (30) días siguientes

al vencimiento del plazo indicado en las condiciones particulares vía correo electrónico declarado en la solicitud de seguro o por escrito al domicilio consignado en las condiciones particulares, conforme a lo establecido en el numeral 15 del presente contrato de seguro, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima, plazo que no podrá ser menor a los 30 días antes mencionados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver el contrato de seguro. Para tal efecto, comunicará al Asegurado con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver el contrato de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago.

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

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicada o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, la prima adeudada por el Contratante y/o Asegurado será deducida del beneficio correspondiente.

8. EDAD

Podrá ingresar como asegurado bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como asegurado sólo hasta la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el Asegurado podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial.

Sin perjuicio de la nulidad indicada en literal (iii) de la Cláusula 6.3, si se comprueba inexactitud en la edad del Asegurado, se aplicarán las siguientes normas:

- Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por La Aseguradora.
- Si es menor, se rectifican las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

9. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

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

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

- Certificado Médico de Defunción.
- Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- DNI del Asegurado.
- DNI del Beneficiario Adicional, de haberlo.
- Historia clínica completa, foliada y fedateada.

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

- Atestado o Informe Policial Completo.
- Protocolo de Necropsia.
- Dosaje Etílico.
- Resultado del examen toxicológico.

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

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

- DNI del Asegurado
- Historia Clínica del Asegurado
- Certificado de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSAL, EsSalud, AFP, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo. En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo y el dosaje etílico.

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

El incumplimiento del plazo antes señalado no será motivo de rechazo del siniestro, no obstante ello, en el supuesto que la presente póliza tenga contratada coberturas adicionales y las mismas incluyan el derecho de reducción a favor de la Aseguradora conforme a lo señalado en el artículo 70° de la Ley del Contrato de Seguro, la indemnización podrá ser reducida hasta la concurrencia del perjuicio sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, en caso que el Contratante, Asegurado o Beneficiario omita realizar el aviso del siniestro por culpa leve y se produzca con ello un perjuicio a La Aseguradora. Del mismo modo, perderá el derecho a ser indemnizado si es que la omisión se produjo de manera dolosa o con culpa inexcusable, dentro de los términos señalados en el artículo 72° de la mencionada Ley.

No obstante ello, 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, la misma que puede darse, en caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada.

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

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

10. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

11. 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.

12. QUEJAS Y RECLAMOS

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

13. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El Asegurado y el Beneficiario Adicional, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N.° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Aseguradora sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la Aseguradora.

14. INDISPUTABILIDAD

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

15. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

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

16. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo litigio, controversia, desavenencia, reclamación o denuncia resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la (i) vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes, (ii) la vía administrativa, a través de instancias tales como el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI quien atiende reclamos y denuncias o la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS, quien solo atiende las denuncias de los asegurados y (iii) a través de cualquier otro mecanismo de defensa que se cree en el futuro.

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

17. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES

17.1 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.

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.

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.

17.2 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.

18. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el Contratante/Asegurado queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Aseguradora, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Aseguradora utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante/Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El Contratante reconoce y acepta que la Aseguradora podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el Contratante/Asegurado son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Contratante decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la Aseguradora.

Conforme a ley, el Contratante/Asegurado está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

19. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

La Aseguradora es responsable frente al Contratante/Asegurado por la cobertura contratada. Asimismo es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante/Asegurado o sus beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza de seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido dirigidos a la Aseguradora. Así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a la Aseguradora.