

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:

- 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).**
- 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,**

canotaje, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), carreras de caballos, paracaidismo, 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.**
- 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 Etilico.
- 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 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 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 omite 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 o desde provincias llamando al 74-9000, (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.

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