

SOLICITUD DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL

Se debe contestar todas las preguntas con letra legible:

1. DATOS DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO TITULAR:

NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO DE DOCUMENTO		N.º DOCUMENTO	
		DNI ☐ CE ☐ RUC ☐ Pasaporte ☐			
OCUPACIÓN	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	ESTADO CIVIL	
			F ☐ M ☐	S ☐ C ☐ D ☐ Conviviente ☐	
DIRECCIÓN		DISTRITO / PROVINCIA		DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONOS		
Indique su peso actual en kg		Indique su talla en cm		Indique su presión arterial	

2. DATOS DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL:

CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA SA		
RAZÓN SOCIAL		
20100209641	54380670	
RUC	TELÉFONO	
Calle La Merced No. 106	Arequipa – Arequipa	Arequipa
DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.)	DISTRITO – PROVINCIA	DEPARTAMENTO

1/8

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PRÉSTAMO:

Producto	Moneda	Plazo	Monto del Préstamo
Tipo de crédito:			
Individual - Asegurado			

4. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE / CONTRATANTE / ASEGURADO:

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera y exacta; y que cualquier omisión o falsedad anula el contrato de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8º de La Ley del Contrato de Seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad.

Declaro que he tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales de la Póliza, a cuyas

estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.lapositiva.com.pe

Autorizo expresamente a La Positiva Vida, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por la póliza requerida, a acceder a mi historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

5. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en el numeral inicial del presente documento (la presente

política únicamente será firmada por el contratante cuando este sea una persona natural distinta al asegurado. En caso, el contratante sea una persona

jurídica, el asegurado es responsable del llenado y firma de la política), en forma libre y voluntaria declara y acepta lo siguiente:

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA VIDA S.A. SEGUROS Y REASEGUROS** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro**, Provincia y Departamento de Lima, en adelante, **LA ASEGURADORA**.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **4267**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

FINALIDADES SECUNDARIAS

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

Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.

Si acepto () / No acepto ()

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

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

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias,

como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link: https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=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#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el

procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

Marcar con un aspa: **Sí acepto** ☐ / **No acepto** ☐

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

3/8

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

Fecha de Suscripción: ____/____/____

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

Por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa a mis afiliaciones a la EPS y/o pólizas de seguro, así como sus endosos y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan.

De producirse algún cambio en los medios electrónicos indicados, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

La Aseguradora informará al Contratante a los 15 días de presentada la solicitud si ésta ha sido rechazada, salvo que se haya requerido información adicional en el referido plazo.

____/____/____
Fecha de Declaración

Firma del Solicitante / Contratante / Asegurado

Código SBS: VI2077400144

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20454073143 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

SOLES

Póliza N°: 235901 (Créditos a 30 días)
Póliza N°: 252892 (Créditos a más 30 días)
Póliza N°: 77015128 (Créditos a 30 días)
Póliza N°: 77015631 (Créditos a más de 30 días)

DÓLARES

Póliza N° 235899 (Créditos a 30 días)
Póliza N° 252920 (Créditos a más 30 días)
Póliza N°: 77015188 (Créditos a 30 días)
Póliza N°: 77015632 (Créditos a más de 30 días)

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO:

NOMBRES Y APELLIDOS			
DNI ☐ CE ☐ RUC ☐			
TIPO DE DOCUMENTO		N.º DOCUMENTO	
DIRECCIÓN	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONOS	

4/8

2. EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA DE INGRESO:

Desde los 18 años hasta los 79 años, 11 meses y 29 días.

3. EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:

Hasta los 81 años, 11 meses y 29 días.

4. DATOS DEL CONTRATANTE:

CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CREDITO DE AREQUIPA S.A.		20100209641
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL		RUC
Calle La Merced N° 106	Arequipa	Arequipa
DOMICILIO	DISTRITO	PROVINCIA
Arequipa		(054) 380670
DEPARTAMENTO		TELÉFONO

5. SUMA ASEGURADA:

La Suma Asegurada es el Saldo Insoluto de la deuda cuyos límites máximos son:

US\$ 500,000 o su equivalente en moneda nacional al momento del siniestro. Si un Asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza La Positiva Vida en caso de siniestro sólo indemnizarán hasta US\$ 500,000 por todas las líneas de crédito.

A partir de los 71 años y hasta los 81 años, 11 meses

y 29 días: US\$ 80,000 o su equivalente en moneda nacional al momento del siniestro. Si un asegurado tiene dos o más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, La Positiva Vida en caso de siniestro sólo indemnizará hasta US\$ 80,000 por todas las líneas de crédito.

Todo crédito que exceda la suma de US\$ 500,000.00 o US\$ 80,000.00, según edad del cliente, será tramitado en forma individual, de igual manera cualquier cliente

que desee ingresar a la póliza y este exceda el límite permitido por esta, ambos casos tendrán cobertura en cuanto la aseguradora realice la evaluación médica

respectiva y otorgue la conformidad no pudiendo exceder el tiempo para este análisis de 72 horas adicionales.

6. VIGENCIA:

Desde el momento del desembolso del crédito adquirido por el beneficiario hasta la vigencia de la última cuota del crédito, la cancelación del mismo o hasta que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, fallezca o quede inválido total y permanente.

7. COBERTURAS:

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

8. PRIMA COMERCIAL TOTAL:

El monto de la prima comercial se determina aplicando las siguientes tasas, sobre el saldo del crédito, según el plan.

Tipo de Crédito	Tasa Titular
Menor o igual a S/. 20,000 ó US\$ 7,000 a	1.70‰
Mayor a S/. 20,001 a S/. 50,000 ó US\$ 7,001 a US\$ 17,500	1.30‰
Mayor a S/. 50,001 a S/. 100,000 ó US\$ 17,501 a US\$ 35,000	1.00‰
Mayor a S/.100,001 ó US\$ 35,001	0.75‰
Créditos Convenio	0.75‰

9. FORMA DE PAGO:

5/8

La prima estará a cargo del Asegurado y será recaudada por el Contratante. El monto de prima será cancelado vía depósito en cuenta.¹

La prima comercial incluye los siguientes conceptos:

Cargo por la intermediación del Corredor de Seguros

Nombre: Consejeros y Corredores de Seguros S.A **Registro SBS:** J0414 **Monto:**

Tipo de Crédito	Cargo Titular
Menor o igual a S/. 20,000 ó US\$ 7,000 a	2.04%
Mayor a S/. 20,001 a S/. 50,000 ó US\$ 7,001 a US\$ 17,500	2.67%
Mayor a S/. 50,001 a S/. 100,000 ó US\$ 17,501 a US\$ 35,000	2.91%
Mayor a S/.100,001 ó US\$ 35,001	3.88%
Créditos Convenio	3.88%

Cargo por la comercialización a través de Comercializador

Nombre: Caja Municipal de ahorro y crédito de Arequipa S.A. **Monto:**

Tipo de Crédito	Cargo Titular
Menor o igual a S/. 20,000 ó US\$ 7,000 a	77.29%
Mayor a S/. 20,001 a S/. 50,000 ó US\$ 7,001 a US\$ 17,500	70.31%
Mayor a S/. 50,001 a S/. 100,000 ó US\$ 17,501 a US\$ 35,000	67.70%
Mayor a S/.100,001 ó US\$ 35,001	56.93%
Créditos Convenio	56.93%

1. El monto de la prima variará de forma mensual ya que la misma es calculada sobre el saldo deudor o insoluto el mismo que disminuye de forma mensual.

10. CONDICIONES ESPECIALES:

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

1. Los pagos efectuados por los tomadores de seguro a Caja Arequipa se considerarán abonados a la compañía de seguros, por ello la compañía de seguros no podrá desconocer algún siniestro por no falta de pago y/o declaración.
2. El presente seguro dará amparo a las operaciones que, por un error u omisión operativa, no fueran incluidos en los reportes mensuales y no les fuera debitado el seguro en el cronograma. Dejando claramente establecido que este amparo se limita a las condiciones y límites establecidos y no libera a Caja Arequipa de la obligación de transferir las primas no declaradas por este concepto. Del mismo modo en caso exista una declaración de saldos insuficientes a los realmente adeudado a la fecha de un siniestro, la compañía cancelará el total reclamado por la Caja siempre que se regularice la diferencia de prima dejada de pagar por el siniestro.
3. No se considera como preexistencias los casos de diabetes e hipertensión.
4. Para los créditos o cúmulos cuyos montos sean iguales o menores a S/ 25,000.00 o su equivalente en dólares, no se aplicará ninguna exclusión citada en la póliza, del mismo modo la documentación a presentar para la atención de estos en caso de muerte natural y/o accidental será únicamente el certificado médico de defunción o la partida de defunción.
5. Para el caso de reprogramaciones crediticias, no será necesaria una nueva evaluación médica, es decir no aplicaran las condiciones de asegurabilidad siempre que para el crédito original se haya cumplido con estas evaluaciones exigidas.

11. SUSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA:

La Declaración Personal de Salud (DPS) que no tenga ninguna observación en el peso e índice de masa corporal (no exceder de 32 IMC y no ser inferior o igual 18 IMC) del solicitante, que no contenga ninguna respuesta afirmativa relacionada a una patología, que no tenga ningún requerimiento adicional del solicitante de un nuevo préstamo o modificación de su préstamo por monto y plazo (se considerará cúmulos por préstamos anteriores), será aceptada

automáticamente para la contratación del seguro. Las solicitudes que no cumplan con esta condición deben ser enviados a La Positiva para su evaluación. * La fórmula del IMC es la siguiente: $IMC = peso\ (kg) / estatura\ (m)^2$ La Positiva Vida podrá solicitar exámenes médicos adicionales de considerarlo conveniente y se aplicará recargo en caso corresponda de acuerdo a la evaluación.

6/8

12. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Toda solicitud de crédito o cúmulo igual o superior a US\$ 80,000 o su equivalente en moneda nacional obliga al prestatario a llenar una declaración de salud y someterse a examen médico, según cuadro de asegurabilidad:

EDADES	MONTOS	EXÁMENES
Hasta 41 años	De US\$ 80,001a US\$ 100,000	A
	De US\$ 100,001a US\$ 120,000	A + B
	De US \$ 120,001a más	A+B+C
Desde 42 años a 51 años	De US\$ 80,001a US\$ 110,000	A + B
	De US\$ 110,001 a más	A + B + C
Desde 52 años	De US\$ 80,001a US\$ 90,000	A + B
	De US\$ 90,001 a más	A + B + C

Definiciones:

- Examen A:** Cuestionario Médico simplificado (Declaración personal de salud)
- Examen B:** Cuestionario Médico específico (Examen Simple por Médico Compañía), presión arterial, talla, peso, constitución, auscultación torácica, evaluación gastroenterológica, examen osto-muscular.
- Examen C:** Examen Médico con: análisis de orina completo, electrocardiograma y test de esfuerzo, radiografía de tórax y análisis de sangre completo con test HIV.

13. EXCLUSIONES:

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

- a) Esta póliza no cubre los siniestros del Asegurado 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 del Beneficiario o de cualquier reingreso por el mismo término.
- b) Esta póliza no cubre los siniestros del Asegurado a consecuencia de una acción de guerra civil o internacional, en el Perú o fuera de él, declarada o no, 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.
- c) Esta póliza no cubre los siniestros del Asegurado a consecuencia de la intervención directa o indirecta del asegurado en actos delictuosos, subversivos y terroristas.
- d) Esta póliza no cubre los siniestros del Asegurado a consecuencia de enfermedades, lesiones o defectos que se consideren preexistentes al inicio del seguro y que los mismos hayan sido de conocimiento del asegurado; 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, sí 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.
- e) 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).
- f) 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.

7/8

14. FECHA DE EMISIÓN: ____/____/____

15. MONEDA: Soles o dólares.

16. ZONA DE COBERTURA: Anivelnacionaleinternacional.

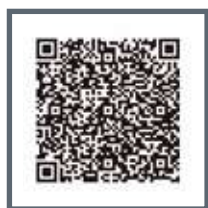
17. DEDUCIBLES, COPAGOS O FRANQUICIAS: No aplica

18. CANAL DE COMUNICACIÓN PACTADO:

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción en el domicilio o correo electrónico señalado en la póliza, o alternativamente por otro medio de comunicación que ambas partes acuerden.

19. INFORMACIÓN GENERAL DEL PRODUCTO:

Escanea el siguiente QR:



Declaro conocer y aceptar las condiciones del seguro, las mismas que me han sido explicadas en detalle, así como declaro haber tenido acceso, leído y comprendido la información contenida en el QR anterior, en el cual se encuentra el Condicionado General y el Resumen.

Código SBS: VI2077400144

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20454073143 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

En virtud de lo establecido en la Resolución SBS N°4706-2017, el solicitante autoriza a que esta póliza sea coasegurada entre La Positiva Vida y Rímac Seguros y Reaseguros, con los siguientes porcentajes de participación 63% y 37% respectivamente

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