

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		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI CE RUC	M F	S C D	CONVIVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN	DISTRITO	PROVINCIA / DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO		
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL	

2. ASEGURADO ADICIONAL (en caso corresponda)

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI CE RUC	M F	S C D	CONVIVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN	DISTRITO	PROVINCIA / DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO		
INDIQUE SU PESO ACTUAL EN KG	INDIQUE SU TALLA EN CM	INDIQUE SU PRESIÓN ARTERIAL	

1/16

3. DATOS DEL BENEFICIARIO

CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE TACNA S.A.	20130098488
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	RUC
CALLE FRANCISCO LAZO N°297 (CERCADO)	TACNA
DIRECCIÓN	DISTRITO
TACNA - TACNA	(052) 583-636
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	TELÉFONO

4. INFORMACIÓN SOBRE EL PRÉSTAMO

PRODUCTO	MONEDA	PLAZO	MONTO DEL PRÉSTAMO
Marcar con un aspa(x) el tipo de crédito:			
Individual - Asegurado titular			
Mancomunado – Asegurado adicional			

5. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL ASEGURADO

	TITULAR		ADICIONAL	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad que le haya exigido tratamiento y/o exámenes médicos y/o internamientos?				
2. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad cardíaca o hipertensión arterial?				
3. ¿Padece o ha padecido de diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre)?				

Cód. 104650 - V. 09/2021

4. ¿Tiene alguna malformación física o congénita que le impida o dificulte desarrollarse con normalidad?				
5. ¿Le han detectado algún tumor o se sometió a alguna prueba para descartar Cáncer?				
6. ¿Ha aumentado o disminuido, a partir de 7 kilos, de peso en los últimos 2 años?				
7. ¿Se encuentra usted, actualmente con algún síntoma de enfermedad o en tratamiento?				
8. ¿Toma usted, en la actualidad, algún medicamento?				
9. ¿Participa usted en carreras automovilísticas, de motocicleta o practica algún deporte o hobby que ponga en riesgo su integridad física y/o requiera de implementos de protección para su ejercicio? (por ejemplo, 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", etc)				
10. ¿Viaja Ud. en helicóptero, aviones militares, de instrucción, aviones o avionetas particulares no comerciales?				

AMPLIAR RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN EL SIGUIENTE RECUADRO

RESPUESTA N°	DETALLE AMPLIATORIO

6. 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 8° 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.

Asimismo, 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.

2/16

7. 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 será firmada por el contratante y por el asegurado cuando el primero 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.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A. y a La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud 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.

Contratante/ Asegurado: Si acepto / No acepto

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona a LA ASEGURADORA 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.

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.

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

3/16

Contratante/ Asegurado: Si acepto / No acepto

Firma del contratante/ Asegurado que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de las personas que otorga el consentimiento para finalidades secundarias (contratante y asegurado), se encuentran 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.

Fecha de Declaración

Firma del Solicitante / Contratante / Asegurado

Asegurado Adicional

PÓLIZA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL CONDICIONES PARTICULARES

1. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI CE RUC	M F	S C D	CONVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN		DISTRITO	
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	

2. DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (Solo en caso de créditos mancomunados)

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI CE RUC	M F	S C D	CONVIENTE
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN		DISTRITO	
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	

3. EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Hasta los 75 años 11 meses y 29 días.

4. EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Hasta los 80 años 11 meses y 29 días.

4/16

5. DATOS DEL BENEFICIARIO

CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE TACNA S.A.	20130098488
DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	RUC
CALLE FRANCISCO LAZO N°297 (CERCADO)	TACNA
DIRECCIÓN	DISTRITO
TACNA - TACNA	(052) 583-636
PROVINCIA / DEPARTAMENTO	TELÉFONO

6. SUMA ASEGURADA

Saldo insoluto de la deuda de uno o más créditos al momento del fallecimiento o Invalidez Total y Permanente por enfermedad o accidente del prestatario (excluyendo intereses).

Suma Asegurada Máxima

- Hasta los 75 años cumplidos: S/ 945,000.00 soles al momento del siniestro. Si un Asegurado tiene dos ó más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, la Cía. de Seguros en caso de siniestro sólo indemnizará hasta S/ 945,000.00 Soles por todas las líneas de crédito.

- Entre los 75 años y 80 años cumplidos: S/ 75,000.00 soles al momento del siniestro. Si un asegurado tiene dos ó más líneas de crédito aseguradas bajo la presente póliza, la Cía. de Seguros en caso de siniestro sólo indemnizará hasta S/ 75,000.00 Soles por todas las líneas de crédito.

Todo crédito que exceda la suma de S/ 945,000.00 soles deberá ser tramitado en forma individual y tendrá cobertura en cuanto la aseguradora realice la evaluación médica respectiva y otorgue la conformidad.

7. VIGENCIA

El presente seguro tiene vigencia mensual con renovación automática desde el momento del desembolso del crédito 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.

8. COBERTURAS

- Muerte natural / Muerte accidental.
- Invalidez total y permanente por enfermedad.
- Invalidez total y permanente por accidente

9. PRIMA COMERCIAL

El monto de la prima comercial se determina aplicando sobre la suma asegurada las siguientes tasas:

Tasa titular sólo y/o mancomunado sociedad conyugal: 0.90‰ (por mil)

Tasa sociedad conyugal (titular y cónyuge al 100%): 1.30‰ (por mil)

La prima comercial incluye los siguientes conceptos:

CARGOS POR INTERMEDIACIÓN DE CORREDOR DE SEGUROS Y NÚMERO DE REGISTRO: CONSEJEROS Y CORREDORES DE SEGUROS S.A.- J0414

Los cargos son aplicados sobre la prima comercial:

Titular sólo y/o mancomunado sociedad conyugal:

6.93%

Sociedad conyugal (titular y cónyuge al 100%) : 9.60%

CARGOS POR LA CONTRATACIÓN DE COMERCIALIZADORES: CAJA MUNICIPAL DE AHORRO Y CRÉDITO DE TACNA S.A.

Los siguientes cargos son aplicados sobre la prima comercial:

Titular sólo y/o mancomunado sociedad conyugal: 45.55%

Sociedad conyugal (titular y cónyuge al 100%): 31.42%

10. PERIODICIDAD DE PAGO: Mensual

11. FORMA DE PAGO

El Asegurado es el responsable del pago de la prima. La prima será cargada en el estado de cuenta del Asegurado.

12. CONDICIONES ESPECIALES

12.1 EXCLUSIONES:

Las siguientes exclusiones reemplazan a las exclusiones que figuran en el Condicionado General.

1. 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 de la CMAC TACNA o de cualquier reingreso por el mismo término.
2. 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, 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.
3. Esta póliza no cubre los siniestros del Asegurado a consecuencia de la intervención directa del asegurado en actos delictuosos, subversivos y terroristas.
4. 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; en caso contrario el siniestro se encontrará cubierto y será de responsabilidad de la Compañía de Seguros la comprobación de lo contrario.

Igualmente queda sin efecto la exclusión por estos conceptos, si al momento del fallecimiento o invalidez del cliente la relación crediticia de la CMAC TACNA con este prestatario es mayor a 12 meses continuos e ininterrumpidos.

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 aseguradora. No se considerará como una enfermedad preexistente la hipertensión y diabetes.

5. Esta póliza no cubre los siniestros del Asegurado cuando el fallecimiento sea a consecuencia de SIDA.
6. Que el Asegurado se encuentre 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/lit de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

5/16

13. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS:

En reemplazo a lo señalado en las Condiciones Generales de la Póliza, se solicitará lo siguiente:

Para la cobertura de Muerte Natural, se deberá presentar la siguiente documentación

Para créditos que en su totalidad sean menores o iguales a S/ 10,000 soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Copia simple del DNI del asegurado.
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada.
- Acta ó Partida de Defunción, en original o copia certificada.

Para créditos que en su totalidad sean mayores a S/ 10,000 Soles o su equivalente en moneda extranjera, requerirá adicionalmente:

- Historia clínica completa, foliada y fedateada.
- Informes médicos adicionales y/o ampliatorios en caso de ser requeridos por la aseguradora.

Para la cobertura de Muerte Accidental, se deberá presentar la siguiente documentación

Para créditos que en su totalidad sean menores o iguales a S/ 10,000 Soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Copia simple del DNI del asegurado.
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada.
- Acta ó Partida de Defunción, en original o copia certificada.

Para créditos que en su totalidad sean mayores a S/ 10,000 Soles o su equivalente en moneda extranjera, requerirá adicionalmente:

- Copia simple del parte y atestado policial.
- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado.
- Resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

Para créditos que en su totalidad sean menores o iguales a S/ 10,000 Soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Copia simple del DNI del asegurado.
- Certificado de Invalidez Total y Permanente a causa de accidente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación) en donde conste el grado de menoscabo y la fecha de configuración.

Para créditos que en su totalidad sean mayores a S/ 10,000 Soles o su equivalente en moneda extranjera, requerirá adicionalmente:

- Resultado de examen toxicológico, de haberse realizado.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

Para créditos que en su totalidad sean menores o iguales a S/ 10,000 Soles o su equivalente en moneda extranjera:

- Copia simple del DNI del asegurado.
- Certificado de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (ESSALUD, AFP, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Rehabilitación), en donde conste el grado de menoscabo y la fecha de configuración.

Para créditos que en su totalidad sean mayores a S/ 10,000 Soles o su equivalente en moneda extranjera, requerirá adicionalmente:

- Historia clínica completa, foliada y fedateada.
- Informes médicos adicionales y/o ampliatorios en caso

de ser requeridos por la aseguradora.

Modo de Indemnización en caso de siniestros:

Personas Naturales:

- Cuando se trate de un solo prestatario, se indemnizará el 100% de la deuda al fallecimiento o invalidez total y permanente por enfermedad o accidente.
- En caso de que el crédito sea mancomunado (dos o más personas) se deberá especificar claramente en la Solicitud de Crédito, que el crédito es mancomunado, la cual debe ser firmada por los prestatarios. En este caso se indemnizará en proporción al número de titulares de la línea de crédito.
- En caso de que el crédito sea mancomunado (sociedad conyugal) se deberá especificar claramente en la Solicitud de Crédito, que el crédito es mancomunado, la cual debe ser firmada por los prestatarios. En este caso se indemnizará el 50% en caso de siniestro de cualquiera de los cónyuges.
- En caso de que el crédito sea mancomunado (sociedad conyugal) se deberá especificar claramente en la Solicitud de Crédito, que el crédito es mancomunado, la cual debe ser firmada por los prestatarios. En caso se cubra a ambos prestatarios al 100% pagando la tasa respectiva, se indemnizará el 100% en caso de siniestro de cualquiera de los cónyuges.

Personas Jurídicas (E.I.R.L.):

- Se indemnizará en caso de siniestro del titular de la empresa que ha recibido un préstamo, registrado en la CMAC Tacna como tal y declarado expresamente a la Cía. de Seguros.
- Se entiende por Titular de una E.I.R.L a la persona que obre inscrita como tal en el Registro de Personas Jurídicas, correspondiente.
- Se deberá tener en cuenta que los documentos que determinan la titularidad del crédito, son el formulario de solicitud de crédito, o el pagaré, o la boleta de desembolso, o el contrato de crédito. Asimismo, se deja constancia que la CMAC Tacna utiliza diversos formatos que tienen la misma finalidad y se constituyen en una Solicitud de Crédito.

6/16

Todo lo no previsto en el presente Condicionado Particular se rige por lo señalado en las cláusulas de las Condiciones Generales de la póliza principal.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos del presente condicionado particular, rige lo determinado en este último.

14. FECHA DE EMISIÓN: / /

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



El Contratante

La Positiva Vida Seguros
y Reaseguros

Asegurado Adicional

RESUMEN INFORMATIVO SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL-PRIMA MENSUAL

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 de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- 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 firmado 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 delictivos, 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 delictivo 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/litro 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.

7/16

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

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

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

- a) Certificado Médico de Defunción.

b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.

c) DNI del Asegurado en caso corresponda.

d) DNI del Beneficiario Adicional, de haberlo.

e) 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:

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

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:

- a) DNI del Asegurado
- b) Historia Clínica del Asegurado foliada y fedateada.
- c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR cualesquiera de ellas), en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo y el dosaje etílico en caso corresponda.

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.

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario conoce de la existencia del beneficio para la cobertura de fallecimiento.

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.

8/16

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 – 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 (01) 211-0211, (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 (01) 421-0614 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.

13. 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.

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° 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 cubiertos 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 dos (2) años 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 como definitiva mediante Certificado o Dictamen de Invalidez, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, cualquiera de ellos) 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.

10/16

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, de acuerdo al artículo 7 de las condiciones generales de la presente póliza (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 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 firmado 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 delictivos, 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.

h) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.

i) Acto delictivo 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 (montañas o artificiales), práctica de "surf" y puenting.

k) 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/litro de alcohol en la sangre, según dosaje etílico y si dicho estado guarda relación directa con el siniestro.

11/16

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. 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 siempre que el Contratante cumpla con pagar la prima correspondiente.

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

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

a) 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

b) Cuando La Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.

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) A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones de la póliza. La devolución de la prima se dará sin que medie solicitud de los contratantes, asegurados y/o beneficiarios.

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 23° de la Ley del Contrato de Seguro.

b) 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, 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

La solicitud de resolución del Contrato y la devolución de prima correspondiente, se podrá requerir conjuntamente, 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. 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.

El reembolso se podrá hacer efectivo en las Oficinas de La Aseguradora luego de haberse producido la resolución del contrato de seguro o luego de quince (15) días calendarios de haber sido presentada la solicitud de devolución de primas, según corresponda, en tanto el contrato se encuentre resuelto.

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, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días por El Contratante, la Aseguradora podrá 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 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 decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 16 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. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, y de producirse alguno de los casos descritos en los literales c) o d), el Contratante o el Asegurado, según corresponda, tienen el derecho a la devolución de las primas pagadas.

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, b, c) y d) 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 hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendario de la resolución del contrato de seguro. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidad 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:

- (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

12/16

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 realicen 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.

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

A falta de pago de las primas, La Aseguradora comunicará al Contratante y/o Asegurado 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 16 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 contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

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.

10. 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 certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

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

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.

Sin perjuicio de la nulidad indicada en literal (iii) de la Cláusula 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 suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima mensual percibida por La Aseguradora.
- b) Si es menor, se rectificaran las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

- a) Certificado Médico de Defunción.
- b) Partida o Acta de Defunción del Asegurado.
- c) DNI del Asegurado en caso corresponda.
- d) DNI del Beneficiario Adicional, de haberlo.
- e) 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:

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

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:

- a) DNI del Asegurado
- b) Historia Clínica del Asegurado foliada y fedateada.
- c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP, COMEC, INR cualesquiera de ellas), en donde se señale el grado de menoscabo y la fecha de ocurrencia.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo y el dosaje etílico en caso corresponda.

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.

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario conoce de la existencia del beneficio para la cobertura de fallecimiento.

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.

14/16

11. 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

12. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA

El Asegurado autoriza 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, conforme al consentimiento otorgado en la Solicitud de Seguro.

13. 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.

14. 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)421-0614, 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 su perfección, excepto en los casos que medie actuación dolosa del Contratante y/o Asegurado.

16. 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.

17. 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 – 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 y/o Beneficiario 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 fuese igual o superior a 20 UIT.

18. MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES

18.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación escrita y detallando las modificaciones en caracteres destacados, la misma que deberá ser remitida por la Aseguradora a través 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.

18.2 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.

15/16

19. 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 le 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.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.

16/16

20. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

La Aseguradora es responsable frente al Contratante/ Asegurado y/o beneficiario 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. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

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.