

# RESUMEN INFORMATIVO SEGURO DE DESGRAVAMEN

**RIESGOS CUBIERTOS.** De acuerdo con lo señalado en el numeral 3 de las Condiciones Generales

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

**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 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.

**EXCLUSIONES.** La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a 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.  
No se considerara preexistente, aquella enfermedad declarada por el asegurado en la solicitud de seguro y aceptada por la Aseguradora como parte del riesgo.
- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- c) Suicidio, salvo que el certificado haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años.
- d) 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.
- e) Participación activa del **Asegurado** en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera

del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.

- f) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- g) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- h) Participación del **Asegurado** como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas incluyendo carreras de entrenamiento.
- i) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un **Beneficiario** o quien pudiere reclamar la indemnización.
- j) Participación del **Asegurado** en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, canotaje, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), carreras de caballos, paracaidismo, práctica de "surf" o 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/lt de alcohol en la sangre, y si dicho estado guarda relación con el siniestro.

**CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD CONTRACTUAL.** Son las indicadas en el numeral 7 de las condiciones generales.

**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 en 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 Beneficiario Adicional, de haberlo.

- d) Historia clínica completa, foliada y fedateada.
- e) Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

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

- a) Atestado o Informe Policial Completo.
- b) Protocolo de Necropsia.
- c) Dosaje Etílico, en caso de accidentes de tránsito; o,
- d) Resultado del examen toxicológico (con resultado de toxinas y alcoholemia), en aquellos casos que no se trate de accidentes de tránsito.

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 copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada o Declaratoria de Herederos.

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

- a) DNI del Asegurado
- b) Historia Clínica del Asegurado completa, foliada y fedateada.
- c) Certificado o Dictamen de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, expedido por la autoridad competente (Minsa, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.
- d) En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, adicionalmente deberá presentarse cuando corresponda el Atestado o Informe policial completo y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas del Comercializador o de la Aseguradora cuya dirección se encuentra en las condiciones particulares, en un plazo no mayor a 360 días posteriores contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

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.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

Elteléfonos de la Aseguradora es 211-0-212, y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de diez (10) años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde conocido el beneficio, para el caso de las coberturas de fallecimiento.

La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Contratante o Beneficiario Adicional para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante o Beneficiario Adicional no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro

de los primeros veinte (20) días calendario de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

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

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares y/o Asegurado, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro.

### **CLÁUSULAS ADICIONALES**

Las cláusulas adicionales que pueden ser incorporadas a la póliza de acuerdo a la decisión del Asegurado, se regirán por los términos y condiciones expuestos en las condiciones particulares y en el texto de la respectiva cláusula.

**MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES.** Conforme a lo indicado en la cláusula 18 de las Condiciones Generales.

### **MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS :**

Todo litigio o controversia, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante, Asegurado y/o beneficiario adicional 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.

### **RESOLUCION SIN EXPRESION DE CAUSA**

El Contratante o Asegurado tienen derecho a resolver el contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, de forma unilateral y sin expresión de causa, debiendo comunicarlo previamente a la **Aseguradora** con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios.

En este supuesto es aplicable lo señalado en el literal b) del numeral 7.2 de las Condiciones Generales.

### **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 edades máximas de ingreso y permanencia se encuentran detalladas en las condiciones particulares.

### **AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.**

La **Positiva Vida** atenderá los reclamos a través del “Área de Servicio al Cliente”.

El Contratante, Asegurado y/o los Beneficiarios Adicionales, según corresponda, pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 74-9000, (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe), y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

### **DEFENSORÍA DEL ASEGURADO.**

El Contratante, Asegurado y/o el Beneficiario Adicional, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614, y página web [www.defaseg.com.pe](http://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.

**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(s) Beneficiario(s).

**IMPORTANTE.**

- El **Asegurado** tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro a **La Positiva Vida**, debiendo entregar la misma dentro del plazo señalado en las normas respectivas.
- Las comunicaciones cursadas por el Contratante, **Asegurado** o el Beneficiario Adicional al Comercializador (también se incluye como canal de comercialización del presente producto, el correspondiente a Banca Seguros), por asuntos relacionados con la póliza de seguros, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a **La Positiva Vida**. Asimismo, los pagos efectuados por el **Asegurado** y/o **Contratante** y/o terceros encargados del pago al Comercializador, se consideran abonados a **La Positiva Vida**.
- **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 Contratante y/o Asegurado podrán presentar sus reclamos de forma directa en la Compañía, conforme se señala en el apartado “AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS” o recurrir a la Defensoría del Asegurado o al INDECOPI. Asimismo sus denuncias podrán ser canalizadas a través de la SBS o el INDECOPI.
- **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 Contratante 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 (i) de forma directa en las oficinas de la Aseguradora, (ii) cargo en tarjeta de crédito, (iii) depósito en cuenta o (iv) vía descuento por planilla cuando se haya pactado el pago de la prima de forma mensual.