

**RESUMEN INFORMATIVO
SEGURO DE DESGRAVAMEN INDIVIDUAL – PRIMA MENSUAL**

RIESGOS CUBIERTOS.

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 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.

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

- a) Enfermedad preexistente, entendiéndose como tal aquella enfermedad o dolencias preexistente, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro o a la presentación de la declaración personal de salud, en caso que se haya firma dicho documento.
- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- c) Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- d) Participación activa del **Asegurado** en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- e) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- f) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- g) Participación del **Asegurado** como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- h) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un **Beneficiario** o quien pudiere reclamar la indemnización.
- i) Participación del **Asegurado** en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo

profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, canotaje, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), carreras de caballos, paracaidismo, práctica de “surf” y puenting.

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

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

PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTROS. Ante la ocurrencia de un siniestro, se deberá entregar a La Aseguradora los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

Para la cobertura de Fallecimiento:

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

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

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

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

Para la cobertura de invalidez total y permanente:

- DNI del Asegurado
- Historia Clínica del Asegurado

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

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas del Comercializador, cuyos datos se encuentran detallados en las condiciones particulares, en un plazo no mayor a 360 días posteriores a la fecha de conocimiento del siniestro o del beneficio del presente contrato de seguro. Si el aviso del siniestro es presentado luego de los 360 días antes mencionados no se pierde el derecho a la indemnización de la póliza.

No obstante ello, las acciones derivadas de la presente póliza, prescriben en un plazo de diez (10) años contados desde la fecha de ocurrencia del siniestro, conforme a lo establecido en el artículo 78 de la Ley del Contrato de Seguro. La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados **desde la recepción completa de los documentos antes indicados**, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga, la misma que puede darse, en caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada.

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

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

CONSENTIMIENTO PREVIO. Se deja expresa constancia que el Contratante y/o el Asegurado han otorgado su consentimiento expreso para que su silencio sea asumido como una aceptación a los cambios en las condiciones y términos de la póliza comunicados por La Aseguradora de manera previa a la renovación del seguro, siempre y cuando La Aseguradora cumpla con comunicar tales modificaciones dentro de los cuarenta y cinco (45) días previos a la entrada en vigencia de las mismas, de

conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Conforme a lo indicado en el numeral 18 de las condiciones generales.

MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

Conforme a lo señalado en el numeral 19 de las condiciones generales.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

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

RESOLUCION SIN EXPRESION 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.

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.

AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.

La Positiva Vida recibirá los reclamos de los **Asegurados** en el “Área de Servicio al Cliente” llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 74-9000 o en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional.

También podrá ingresar a www.lapositivavida.com.pe para informarse de la ubicación de las oficinas que **La Positiva Vida** tiene a nivel nacional.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO. El **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la “Defensoría del Asegurado” - Lima, llamando al 446-9158 o en www.defaseg.com.pe

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

Importante:

- Durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El 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.