

**La Positiva Vida Seguros y Reaseguros**  
Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N° 370, Tercer Piso  
San Isidro, Lima – Perú  
RUC. : 20454073143  
Telf.: (511) 513-0000 / Fax: (511) 513-0515

**Póliza N°:**  
**Código Registro SBS:**  
VI2078000125

**PÓLIZA DE SEGURO DE PROTECCIÓN INTEGRAL PLUS  
CONDICIONES PARTICULARES**

**1.- DATOS DEL CONTRATANTE:**

En caso de Persona Natural:

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> :    |                       |
| <b>Documento de Identidad</b> : |                       |
| <b>RUC</b> :                    |                       |
| <b>Sexo</b> :                   |                       |
| <b>Domicilio</b> :              | <b>F.Nacimiento</b> : |
| <b>Distrito</b> :               | <b>Provincia</b> :    |
| <b>Departamento</b> :           | <b>Teléfono</b> :     |

En caso de Persona Jurídica:

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| <b>Razón Social</b> : |                    |
| <b>RUC</b> :          |                    |
| <b>Domicilio</b> :    |                    |
| <b>Distrito</b> :     | <b>Provincia</b> : |
| <b>Departamento</b> : | <b>Teléfono</b> :  |

**2.- ASEGURADOS**

**TITULAR:**

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> :    |                       |
| <b>Documento de Identidad</b> : | <b>F.Nacimiento</b> : |
| <b>Vinculación</b> :            | <b>Edad</b> :         |

**CÓNYUGE O CONCUBINA(O):**

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> :    |                       |
| <b>Documento de Identidad</b> : | <b>F.Nacimiento</b> : |

**ASEGURADOS ADICIONALES - GASTOS DE SEPELIO:**

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> :    |                       |
| <b>Documento de Identidad</b> : | <b>F.Nacimiento</b> : |
| <b>Vinculación</b> :            | <b>Edad</b> :         |

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> :    |                       |
| <b>Documento de Identidad</b> : | <b>F.Nacimiento</b> : |
| <b>Vinculación</b> :            | <b>Edad</b> :         |

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> :    |                       |
| <b>Documento de Identidad</b> : | <b>F.Nacimiento</b> : |
| <b>Vinculación</b> :            | <b>Edad</b> :         |

|                                 |  |                       |  |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|
| <b>Nombres y Apellidos</b> :    |  | <b>F.Nacimiento</b> : |  |
| <b>Documento de Identidad</b> : |  | <b>Edad</b> :         |  |
| <b>Vinculación</b> :            |  |                       |  |

### 3.- **BENEFICIARIOS:**

En caso de fallecimiento del (de los) **Asegurado(s)**, los **Beneficiarios** serán los indicados a continuación:

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Parentesco | % Participación |
|------------------|------------------|---------|------------|-----------------|
|                  |                  |         |            |                 |
|                  |                  |         |            |                 |
|                  |                  |         |            |                 |
|                  |                  |         |            |                 |

Si fueren dos o más los **beneficiarios** designados, y no se consigna el porcentaje de participación, el importe se dividirá y abonará por partes iguales, sea cual fuera el vínculo de los **beneficiarios** con el (los) **Asegurado(s)**.

Ante la no designación de **beneficiarios**, las coberturas serán otorgadas en el siguiente orden de precedencia excluyente:

- El (La) cónyuge sobreviviente.
- Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo.
- Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- Los padres.
- Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo.
- Los herederos legales del **Asegurado**, previa presentación del testamento, de la Sucesión Intestada o de la Declaratoria de Herederos debidamente inscrita en Registros Públicos.

4.- **FECHA DE EMISIÓN:** / /

5.- **VIGENCIA:** Desde: las XX horas del / / Hasta: las XX horas del / /

### 6.- **COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS:**

| 6.1.- COBERTURAS PRINCIPALES               | Sumas Aseguradas (S/.)    |                           |                           |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|  | Plan A                    | Plan B                    | Plan C                    | Plan D                    | Plan E                    |
| Fallecimiento                              | 15,000.00                 | 25,000.00                 | 35,000.00                 | 45,000.00                 | 65,000.00                 |
| Muerte Accidental                          | 20,000.00                 | 35,000.00                 | 45,000.00                 | 55,000.00                 | 75,000.00                 |
| Desamparo Familiar Súbito                  | 25,000.00                 | 25,000.00                 | 25,000.00                 | 25,000.00                 | 25,000.00                 |
| Invalidez Total y Permanente por Accidente | 10,000.00                 | 20,000.00                 | 30,000.00                 | 40,000.00                 | 60,000.00                 |
| Renta Mensual por Fallecimiento            | 1,000.00<br>x<br>12 Meses | 1,000.00<br>x<br>12 Meses | 1,000.00<br>x<br>12 Meses | 1,000.00<br>x<br>12 Meses | 1,000.00<br>x<br>12 Meses |
| Renta Mensual por Muerte Accidental        | 2,000.00<br>x<br>12 Meses | 2,000.00<br>x<br>12 Meses | 2,000.00<br>x<br>12 Meses | 2,000.00<br>x<br>12 Meses | 2,000.00<br>x<br>12 Meses |

|   |           |           |           |            |            |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Adelanto de Indemnización del 50% por Enfermedades Terminales   | 7,500.00  | 12,500.00 | 17,500.00 | 22,500.00  | 32,500.00  |
| Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente  | 6,000.00  | 6,000.00  | 6,000.00  | 6,000.00   | 6,000.00   |
| PRIMA MENSUAL TITULAR (Sólo incluye Der. Emisión)   | S/. 25.00 | S/. 35.00 | S/. 50.00 | S/. 65.00  | S/. 85.00  |
| PRIMA MENSUAL TITULAR+CÓNYUGE (CONCUBINA(O) (Incluye Der. Emisión)  | S/. 45.00 | S/. 60.00 | S/. 80.00 | S/. 112.00 | S/. 150.00 |
| PRIMA MENSUAL TITULAR + CÓNYUGE (CONCUBINA(O) AL 70% (*) (Incluye Der. Emisión) (*) Las sumas aseguradas para el cónyuge (CONCUBINA(O) son el 70% (Setenta por ciento) del Titular. | S/.39.00  | S/.53.00  | S/.70.00  | S/.98.00   | S/.130.00  |

**A opción del Asegurado, se podrán contratar las siguientes COBERTURAS OPCIONALES.**

| 6.2.- COBERTURAS OPCIONALES  | Sumas Aseguradas (S/.)  |          |           |           |           |
|--|---|----------|-----------|-----------|-----------|
|  | Plan A  | Plan B   | Plan C    | Plan D    | Plan E    |
| Indemnización por Diagnóstico de Cáncer  | 5,000.00  | 7,500.00 | 10,000.00 | 12,500.00 | 15,000.00 |
| <b>RANGO DE EDADES</b>   | <b>Prima Mensual Titular o Cónyuge (Sólo Incluye Der.Emisión)</b> |          |           |           |           |
| Desde 18 a 34 años   | S/.2.00   | S/.3.00  | S/.4.00   | S/.5.50   | S/.6.40   |
| Desde 35 a 44 años   | S/.3.00   | S/.4.50  | S/.5.80   | S/.8.00   | S/.9.50   |
| Desde 45 a 59 años   | S/.4.80   | S/.7.00  | S/.9.30   | S/.12.90  | S/.15.40  |
| Desde 60 a 65 años   | S/.8.00   | S/.12.00 | S/.15.40  | S/.21.50  | S/.25.60  |
| Gastos de Sepelio (*)  | 3,000.00  |          |           |           |           |
| Prima Adicional – Gasto de Sepelio (*) Por cada integrante del Grupo Asegurado | S/.2.00   |          |           |           |           |
| Muerte Accidental en Transporte Público  | 25,000.00   |          |           |           |           |
| Prima Adicional – Muerte Accidental en Transporte Público                      | S/.2.70   |          |           |           |           |

En caso se opte por contratar alguna de las COBERTURAS OPCIONALES, se deberá pagar adicionalmente por cada asegurado, la prima mensual que corresponda según el plan contratado y el rango de edad correspondiente. En el caso de la Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer, el Plan que se elija deberá ser igual o menor al de la Cobertura Principal.

En el caso de la COBERTURA OPCIONAL de Gastos de Sepelio, el pago de la prima será por cada integrante del Grupo Asegurado, el cual estará conformado únicamente por el Asegurado Titular, la(el) Cónyuge o Concubina(o), ambos menores de 65 años (64 años, 11 meses y 29 días), y todos los hijos menores de 18 años (17 años, 11 meses y 29 días). Asimismo, se podrá tomar alguna de las coberturas opcionales para la (el) cónyuge o

Concubina(o) sólo si para ésta (e) se ha contratado también algún plan que incluya coberturas principales.

En las demás coberturas, incluyendo las Opcionales, el Asegurado Adicional necesariamente deberá ser la (el) cónyuge o concubina(o) del Asegurado Titular, debiendo pagarse la prima correspondiente por cada uno de ellos.

**7.- PLAN ELEGIDO:**

**COBERTURAS PRINCIPALES:**

PLAN

A.T.

A.T. + C

A.T. + C(70%)

**COBERTURAS OPCIONALES:**

Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Plan

A.T.

C.

Gastos de Sepelio

G.Aseg.

A.T.

C.

Muerte Accidental en transporte Público

A.T.

C.

**8.- PRIMAS:** El monto de las primas dependerá del grupo asegurado y del plan elegido, y el pago deberá realizarse con periodicidad mensual, mediante pago en efectivo en las oficinas de **LA POSITIVA VIDA** o mediante depósito en cuenta bancaria de esta última.

**TOTAL PRIMA A PAGAR: S/:**

\_\_\_\_\_  
La Positiva Vida Seguros y Reaseguros

\_\_\_\_\_  
Asegurado/Contratante

## POLIZA DE SEGURO DE PROTECCIÓN INTEGRAL PLUS CONDICIONES GENERALES

**CONSTE POR EL PRESENTE DOCUMENTO LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA DE SEGURO DE PROTECCIÓN INTEGRAL PLUS DE LA POSITIVA VIDA, LAS CUALES CONSTAN EN CARACTERES DESTACADOS DE CONFORMIDAD CON EL INCISO 3 DEL ARTÍCULO Nº 326 DE LA LEY 26702, PARA INFORMACION DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIOS, SEGÚN LOS TERMINOS Y CONDICIONES SIGUIENTES:**

### 1. DEFINICIONES:

- a) **Accidente:** Toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- b) **Asegurado Cubierto:** Aquél que no se encuentra en ninguna de las circunstancias denominadas exclusiones y cuya póliza se encuentra vigente de acuerdo a lo establecido en el presente condicionado o en las condiciones particulares de la presente póliza.
- c) **Asegurado Titular:** Cabeza del grupo asegurado, asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste.
- d) **Asegurados:** Personas que se encuentran bajo la cobertura de la presente póliza, sea en calidad de asegurado titular, asegurado adicional, o como miembro del grupo asegurado.
- e) **Beneficiarios:** Persona(s) natural(es) con interés asegurable en la vida del asegurado, a quien(es) el **Contratante** reconoce el derecho proporcional a percibir la indemnización derivada de esta póliza. A falta de la indicación proporcional se presume la repartición en partes iguales. En caso no se designen **beneficiarios**, se considerará el orden de precedencia excluyente establecido en las condiciones particulares. El **Contratante** tiene la potestad de modificar a los **Beneficiarios**, siendo suficiente con cursar una comunicación por escrito a **La Positiva Vida** en tal sentido.
- f) **Cáncer:** Enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraído y comenzado durante la vigencia de la presente póliza. Se entiende también como cáncer a efectos de la presente póliza, la leucemia, enfermedad Hodgkins y el melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros.
- g) **Contratante:** Persona Natural o Jurídica que suscribe este contrato con **La Positiva Vida** y a quien corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar a los **asegurados** y **beneficiarios** o delegarlo en el **asegurado titular** que determine. Puede ser a la vez el **asegurado titular**, el **asegurado adicional** o **beneficiario** del producto de la póliza. La condición de **contratante** puede ser trasladada a un tercero con interés asegurable o ejercerla cualquiera de los miembros.
- h) **Derrame Cerebral:** Definido como cualquier accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con una duración mayor a veinticuatro (24) horas, incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia proveniente de una fuente extracraneal. Deberá presentarse

evidencia de déficit neurológico permanente. A estos efectos, se precisa que los déficit neurológicos de carácter permanente se configuran después de ciento ochenta (180) días de producido el derrame cerebral.

- i) **Edades:**  
**Edad de Ingreso:** Hasta antes de los sesenta y cinco (65) años de edad (64 años, 11 meses y 29 días).  
**Edad de Permanencia:** Hasta antes de los setenta (70) años de edad (69 años, 11 meses y 29 días).
  - j) **Enfermedad o Accidente Pre – Existente:** Enfermedad o accidente, lesión, condición o síntoma, congénito o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro, de acuerdo a exámenes médicos realizados o diagnóstico médico.
  - k) **Enfermedad Terminal:** Para efectos de esta póliza son: Infarto cardíaco, derrame cerebral y cáncer. El médico auditor de La Positiva Vida deberá certificar que producto de dicha enfermedad el Asegurado tiene un período de vida no mayor a ciento veinte (120) días.
  - l) **Grupo Asegurado:** Conformado por el titular asegurado y demás integrantes asegurados. En el caso de la Cobertura Opcional de Gastos de Sepelio, se incluye a los hijos menores de 18 años (17 años, 11 meses y 29 días).
  - m) **Infarto Cardíaco:** Definido como la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de una llegada inadecuada de sangre al área relevante. El diagnóstico se basará en los siguientes criterios:
    - Historia de dolor torácico de presentación súbita y sugerente de infarto al miocardio.
    - Cambios recientes y confirmatorios en el electrocardiograma.
    - Elevación de enzimas cardíacas.
  - n) **La Positiva Vida:** 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.
  - o) **Muerte Accidental:** Aquella producida por la acción imprevista, ocasional y/o fortuita, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del asegurado, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
  - p) **Planes:** Programas o alternativas ofrecidas por La Positiva Vida, que incluyen diferentes coberturas, sumas aseguradas y primas. El Plan se determina al momento de contratar el seguro y puede ser modificado a solicitud escrita del **Contratante**, originando el endoso y la obligación respecto del pago de la prima correspondiente.
  - q) **Prima:** Precio o cuota del seguro que el **Contratante** debe pagar a La Positiva Vida, mensualmente a efectos de mantener vigente la presente póliza, según el Plan Contratado.
  - r) **Siniestro:** Suceso que origina el fallecimiento, la Invalidez o la configuración de enfermedad del **Asegurado**, previa validación del médico designado por La Positiva Vida, y que obliga al otorgamiento de la prestación que corresponda, según las condiciones pactadas en la presente póliza y el plan contratado.
2. **DEFINICIÓN DEL PLAN:** EI SEGURO DE PROTECCIÓN INTEGRAL PLUS de La Positiva Vida tiene como objeto otorgar las coberturas y las sumas aseguradas correspondientes al plan elegido, brindando además COBERTURAS OPCIONALES en las condiciones y términos pactados por las partes, previo pago de la primas correspondientes.
3. **BASES DEL CONTRATO:** La Positiva Vida suscribe la presente póliza bajo el entendido que los Asegurados gozan de buena salud al inicio del seguro.

Esta póliza será nula y los **Asegurados** carecerán de todo derecho a acceder a las coberturas de la Póliza si al momento del inicio del seguro alguno de los **Asegurados** hubiese excedido los límites de edad para su admisión o hubiesen realizado una declaración falsa, inexacta u omisión, aún cuando fueron hechas de buena fe.

Si el contenido de esta póliza difiere de la propuesta del seguro o de las cláusulas acordadas, el **Asegurado** puede reclamar a **La Positiva Vida** la corrección de la diferencia existente o solicitar la devolución de la prima inicial pagada. Dicho reclamo debe ser realizado en el plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados desde el inicio de vigencia de su póliza, luego de lo cual, se ajustará a lo dispuesto en la póliza y no procederá devolución alguna de las primas pagadas.

4. **COBERTURAS:** Los beneficios y sumas aseguradas de esta póliza serán otorgados según el Plan contratado. Los beneficios son los siguientes:
- a) **Fallecimiento:** La Positiva Vida pagará la suma asegurada según el Plan Contratado, al fallecimiento del Asegurado.
  - b) **Muerte Accidental:** La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según el Plan contratado, cuando ocurra el fallecimiento del asegurado a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Positiva Vida que la muerte sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.  
La presente cobertura será adicional a la que corresponda por Fallecimiento.
  - c) **Desamparo Familiar Súbito:** La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según el Plan contratado, cuando el fallecimiento del Asegurado y su cónyuge o concubina(o) ocurran como consecuencia de un mismo accidente y a más tardar dentro de los treinta (30) días posteriores a la ocurrencia del mismo. Esta cobertura es adicional a la establecida para el caso de fallecimiento o muerte accidental.
  - d) **Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura, según el Plan contratado, cuando ocurra una Invalidez Total y Permanente a consecuencia directa e inmediata de un accidente. Es condición esencial que la Invalidez Total y Permanente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por un accidente.
  - e) **Renta Mensual por Fallecimiento:** La Positiva Vida pagará una renta mensual durante un período de doce (12) meses, una vez ocurrido el fallecimiento del asegurado, según el plan contratado.
  - f) **Renta Mensual por Muerte Accidental:** La Positiva Vida pagará una renta mensual durante un período de doce (12) meses, una vez ocurrida la muerte accidental del asegurado, según el plan contratado.
  - g) **Adelanto de Indemnización del Cincuenta por Ciento (50%) por Enfermedades Terminales:** La suma indemnizada con cargo a la presente cobertura es otorgada a cuenta de la suma que corresponde por la Cobertura de Muerte Natural.
  - h) **Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente:** La Positiva Vida indemnizará las sumas Aseguradas, según el plan contratado, cuando el Asegurado acredite haber cesado o quedado desempleado como consecuencia de la Invalidez Total y Permanente por Accidente.

## **COBERTURAS OPCIONALES**

- i) **Indemnización por diagnóstico de Cáncer:** Procede cuando dicha enfermedad es certificada medicamente, entendiéndose por ello el diagnóstico efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en la especialidad oncológica.

A estos efectos, el diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un informe de diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso. Entiéndase por informe histopatológico los documentos de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.

- j) **Gastos de Sepelio:** Otorga la cobertura del total de los servicios funerarios, incluyendo; entre otros, las exequias, ataúd, capilla, nicho, etc., según el plan contratado y empleando cualquiera de las siguientes modalidades:

j.1.) **A través de la central de atención de servicios o funerarias afiliadas:** La cobertura de sepelio es otorgada directamente por La Positiva Vida o por funerarias afiliadas, hasta el monto establecido como suma asegurada.

j.2.) **Reembolso:** Procederá en los casos en los que el servicio se realice en funerarias no afiliadas. El reembolso se hará por los gastos incurridos de acuerdo con la Suma Asegurada, y será a favor de la persona que acredite haber realizado dicho gasto mediante presentación de factura o boleta de venta originales, sujeto a verificación, los cuales, en caso de ser falsificados o adulterados, liberarán a La Positiva Vida de toda responsabilidad de cobertura del siniestro.

- k) **Muerte Accidental en Transporte Público:** Se define como Accidente en Transporte Público a todo evento súbito, imprevisto y violento que ocurra a causa de un accidente en transporte público formal, donde el Asegurado se encuentre circulando como conductor, pasajero o peatón.

5. **EXCLUSIONES:** La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia directa o indirecta de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a) Enfermedad o Accidente pre-existentes a la contratación del seguro, según la definición del artículo primero.
- b) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- c) Suicidio consciente o inconsciente, estando o no el Asegurado en su sano juicio, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro o de cualquier rehabilitación.

- 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) Eventos catastróficos de la naturaleza, tales como terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- f) 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.
- g) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- h) 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.
- i) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas, incluyendo carreras de entrenamiento.
- j) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- k) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgos: 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”.
- l) 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 supere los 0.50 gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico, o cuando alcance o supere los 0.25 gr/lt de alcohol en la sangre, según dosaje etílico, cuando el Asegurado sea conductor de un vehículo de transporte público.

6. **INICIO, DURACION, RESOLUCION Y RESCISIÓN O NULIDAD DE LA POLIZA DE SEGURO:** El presente seguro se inicia en la fecha de pago de la prima, la que corresponderá al Plan Contratado. La póliza se contrata por el periodo de un (01) año, para luego ser renovado automáticamente por el mismo plazo y sucesivamente a su vencimiento, siempre que se cumpla con la cancelación de las primas mensuales respectivas.

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 decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del **Contratante**, sin más requisito que una comunicación por escrito. La resolución será automática y surtirá efecto después de transcurridos treinta (30) días desde la fecha en que **La Positiva Vida** reciba dicha comunicación.
- b) Automáticamente por falta de pago de las primas mensuales dentro del plazo de pago indicado en el recibo; o luego de vencido el plazo de gracia, no siendo necesario la emisión de un endoso que deje constancia de la resolución.

La Rescisión deja sin efecto el presente contrato por cualquier causal existente que lo invalide al momento de celebrarlo.

Es causal de rescisión o nulidad de la póliza, la omisión o inexacta declaración de hechos que hubieran podido influenciar en la celebración del presente contrato. En caso de nulidad se procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas a **La Positiva Vida**, excepto cuando el **Contratante** o el **Asegurado** realicen una declaración falsa u obren de mala fe, en cuyo caso se le penalizará con un monto equivalente a las primas pagadas por el **Asegurado**, perdiendo por tanto el derecho a recibir la devolución de las primas. En caso de omisión, **La Positiva Vida** procederá a devolver las primas pagadas sin que corresponda el pago de intereses sobre el monto devuelto.

7. **PERIODO DE CARENCIA:** Los beneficios de la presente póliza sólo podrán ser utilizados por los Asegurados, **luego de transcurridos noventa (90) días calendarios desde el inicio de vigencia del seguro. En el caso de muerte accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente, la atención es a partir del inicio de vigencia del seguro.** El período de carencia también rige para las modificaciones efectuadas posteriormente en la póliza, plazo que comenzará a contarse desde la aceptación de **La Positiva Vida**, de la modificación solicitada, considerando como tal la fecha de expedición del endoso correspondiente.
8. **PRIMA:** Las primas a cuyo pago queda obligado el **Contratante** son mensuales.

Al vencimiento del plazo de pago indicado en el recibo, **La Positiva Vida** otorgará un plazo de gracia de treinta (30) días calendario. Vencido el plazo de gracia, la Póliza quedará automáticamente resuelta, quedando **La Positiva Vida** liberada de cualquier responsabilidad.

9. **SOLICITUD DE COBERTURA:** Para atender las Solicitudes de Cobertura se deberá entregar a **La Positiva Vida** los siguientes documentos en original o en copia fotostática legalizada:
  - a) Certificado Médico de Defunción completo.
  - b) Acta o Partida de Defunción.
  - c) Documento de identidad del **Asegurado** Fallecido.
  - d) Documento(s) de identidad del (de los) **Beneficiario(s)**.
  - e) Testamento, Sucesión Intestada o Declaratoria de Herederos, según corresponda.

En caso de accidente, se deberá presentar la siguiente documentación adicional:

- a) Denuncia Policial.
- b) Protocolo de Necropsia, cuando corresponda.
- c) Dosaje Etílico y/o Examen Toxicológico.

El plazo para la entrega de los documentos no deberá exceder de ciento ochenta (180) días calendario posteriores al siniestro, sin perjuicio del derecho que puedan tener los **Beneficiarios** o Herederos según las normas del Código Civil.

Para percibir la Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se deberá presentar a **La Positiva Vida**, evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio realizadas por un médico debidamente autorizado para el ejercicio de su profesión, según la especialidad que corresponda. La presente documentación debe ser validada por el médico o auditor designado por **La Positiva Vida**, de acuerdo con la definición de Siniestro.

Para solicitar el Adelanto del Cincuenta por Ciento (50%) por enfermedades terminales, se debe presentar a **La Positiva Vida** evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio realizadas por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en

la especialidad que corresponda a dicho diagnóstico, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del diagnóstico, documentación que debe ser validada por el médico o auditor designado por **La Positiva Vida**, de acuerdo con la definición de Siniestro.

La cobertura de Desempleo por Invalidez Total y Permanente por Accidente se acredita con la documentación que acredite el cese del **Asegurado**.

Respecto de la Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer, se deben presentar evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio realizadas por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en la especialidad que corresponda a dicho diagnóstico, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del diagnóstico, documentación que debe ser validada por el médico o auditor designado por **La Positiva Vida**, de acuerdo con la definición de Siniestro.

Para solicitar la cobertura de Gastos de Sepelio, en caso no se utilizaron los servicios de **La Positiva Vida** o de las funerarias afiliadas, se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Facturas y/o comprobantes de pago originales o copias legalizadas de los gastos efectuados.
- b) Copia simple del documento de identidad de quien acredite haber realizado los gastos.

Respecto de la cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público, adicionalmente a los documentos requeridos para el caso de muerte accidental, se deberá presentar la documentación que acredite que el vehículo contaba con una habilitación para realizar transporte público por rutas autorizadas.

**La Positiva Vida** se reserva el derecho de solicitar informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos referidos a la comprobación del siniestro, siempre que sean necesarios para la evaluación de la cobertura del siniestro.

10. **RECLAMO FRAUDULENTO:** **La Positiva Vida** quedará relevada de toda responsabilidad y el **Beneficiario** perderá todo derecho a la indemnización bajo esta póliza, en los siguientes casos:
  - Si se presenta un reclamo fraudulento, se simulan circunstancias engañosas o se recurre a declaraciones falsas.
  - Si el **Beneficiario** o terceras personas que obran por cuenta de éste o con su conocimiento, emplean medios o documentos falsos, engañosos o dolosos para sustentar un reclamo o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.
11. **DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COASEGUROS Y/O SIMILARES:** No se aplican Deducibles, Franquicias, Coaseguros y/o similares a cargo del **Asegurado**.
12. **DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:** El **Asegurado** y los **Beneficiarios**, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono (01)446-9158, y página web [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), para resolver las controversias que surjan entre ellos y **La Positiva Vida**, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable por parte de **La Positiva Vida**.

13. **INDISPUTABILIDAD:** Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos (02) años contados a partir de la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa del **Contratante** y/o **Asegurado(s)**.
14. **COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:** Todas las comunicaciones entre **La Positiva Vida** y el **Contratante** deberán ser hechas por escrito. Las del **Contratante** deberán ser dirigidas al domicilio de **La Positiva Vida** y las de ésta serán válidas siempre que se dirijan al último domicilio señalado por el **Contratante**.

Para efectos del presente contrato, **La Positiva Vida** y el **Contratante** señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en la póliza, lugares donde se harán válidamente los avisos, notificaciones y comunicaciones en general. Si el **Contratante** cambia de domicilio deberá comunicar tal hecho a **La Positiva Vida** por escrito. Todo cambio de domicilio que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para este contrato de seguro.

15. **ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS:** **La Positiva Vida** recibirá las quejas y reclamos del **Contratante, Asegurados** y de los **Beneficiarios**, en el “Área de Servicio al Cliente”, llamando al teléfono (01)211-0-211 o desde provincias llamando al 0800-1-0800, o en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional.
16. **SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Las partes renuncian al fuero de sus domicilios y señalan la ciudad de Lima como lugar para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este contrato. Sin embargo, cuando resulte imposible para el **Contratante, el Asegurado** o el(los) **beneficiario(s)** recurrir a los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima, las partes se someterán a la Jurisdicción de la capital del Departamento o Región del lugar de residencia del **Contratante, Asegurado** o el(los) **beneficiario(s)**.
17. **CONSENTIMIENTO PREVIO:** El **Contratante** y el (los) **Asegurado(s)** otorgan su consentimiento expreso previo para que su silencio sea asumido como una aceptación a los cambios en las condiciones y términos de la póliza, siempre y cuando **La Positiva Vida** cumpla con comunicar tales modificaciones dentro de los treinta (30) días previos a la entrada en vigencia de las mismas, de conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes.

Adicionalmente, y siempre que la modificación obedezca a causas objetivas relacionadas con la siniestralidad de la póliza, el **Contratante** y el (los) **Asegurado(s)** autorizan a **La Positiva Vida** para que modifique unilateralmente los términos del presente contrato, sin que ello afecte el derecho de el **Contratante** a desvincularse del mismo sin que se le aplique ninguna penalidad.