

CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN EN GRUPO
N° _____ - PÓLIZA NO. 18000970

DATOS DEL CONTRATANTE Y BENEFICIARIO PRINCIPAL:

Razón y/o Denominación Social: **COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO TRABAJADORES ALICORP LTDA.**

RUC : 20109812553

Domicilio : AV. PERU Nro. 2636

Distrito : SAN MARTIN DE PORRES Provincia : LIMA

Departamento: LIMA Teléfono : 975455858

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombres y Apellidos:

Tipo de Documento: DNI_ CE _ RUC _

N° Documento:

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento: __/__/____

Género: F_ M_

Estado civil: S_ C_ D_ Conviviente _

Dirección:

Distrito:

Provincia

Departamento:

Correo Electrónico:

Teléfonos:

Profesión/ Ocupación

Relación con el Contratante:

INTERÉS ASEGURABLE: Es el interés de carácter económico que tiene el Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo el presente certificado, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS DE LA PÓLIZA:

COBERTURAS:

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

SUMA ASEGURADA:

La Suma Asegurada para las Coberturas Principales que contempla la Póliza será el Saldo insoluto del Crédito al momento del fallecimiento o invalidez. Las sumas máximas aseguradas son:

S/ 50,000.00 hasta los 65 años, 11 meses y 29 días

S/ 30,000.00 hasta los 70 años, 11 meses y 29 días

S/ 10,000.00 hasta los 75 años, 11 meses y 29 días

S/ 8,000.00 hasta los 80 años, 11 meses y 29 días

S/ 5,000.00 hasta los 84 años, 11 meses y 29 días

PRIMA COMERCIAL MENSUAL TOTAL: La prima comercial, se determina aplicando una tasa de 0.30‰ (por mil), por el saldo insoluto del préstamo.

PRIMA COMERCIAL MENSUAL TOTAL+ IGV: La prima comercial +IGV, se determina aplicando una tasa de 0.354‰ (por mil), por el saldo insoluto del préstamo.

La prima comercial incluye los siguientes conceptos:

CARGOS DE AGENCIAMIENTO POR INTERMEDIACION DE CORREDOR DE SEGUROS Y NÚMERO DE REGISTRO: No Aplica

LUGAR Y FORMA DE PAGO: La prima estará a cargo del Contratante. El monto de prima será cancelado vía depósito en cuenta.

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 el presente certificado. El Asegurado Titular, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autorizó de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidas en el presente contrato.
- c) **Beneficiario o Contratante:** Es el Beneficiario Principal del seguro ya que 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.
- d) **Edades:** Podrá ingresar como Asegurado cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad.

Edad máxima de ingreso: Hasta los 65 años, 11 meses y 29 días.

Edad máxima de permanencia: Hasta los 84 años, 11 meses y 29 días.

- e) **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, analizada y evaluada como definitiva de acuerdo con el Manual de Evaluación y Calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

VIGENCIA: Desde: las 12:00 horas del __/__/__. Hasta: las 12:00 horas del __/__/__.

El presente certificado tiene vigencia mensual con renovación automática y estará vigente desde la fecha de desembolso del crédito hasta la fecha de su cancelación total o hasta el mes en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, fallezca o quede inválido.

Los plazos estipulados en las condiciones generales de la póliza son de aplicación al presente certificado.

La vigencia del certificado se encuentra sujeta a que la Póliza esté vigente, no se haya suspendido la misma por falta de pago y que el Asegurado haya sido declarado por el Contratante. La falta de pago oportuno implica el fin de vigencia del certificado, quedando La Positiva Vida liberada de toda obligación de cobertura respecto del mismo.

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 dolencia 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 declaración personal de salud, en caso 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, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales montañosas o artificiales 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/lit de alcohol en la sangre y si dicho estado guarda relación con el siniestro.

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 en 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.

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, 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 cuando corresponda, deberá presentarse el Atestado o Informe policial completo y/o dosaje étílico 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 contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

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

El teléfono de la Aseguradora es 211-0-212, en la ciudad de Lima y, en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en 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 étílico 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.

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 pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono 211-0-211, (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.

IMPORTANTE:

La información contenida en el presente Certificado es parcial e informativa, debiendo complementarse la misma con las Condiciones Generales de la Póliza que obran en poder del **Contratante**. El **Asegurado** tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de grupo o colectivo a la Aseguradora, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud presentada por el asegurado.

El Asegurado tiene derecho a presentar sus reclamos a la Defensoría del Asegurado, denuncias ante la Superintendencia de Banca y Seguros y reclamos y denuncias ante el INDECOPÍ

Asimismo, durante la vigencia del presente certificado, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, debiendo de comunicarlo a la Aseguradora con una antelación no menor a 30 días, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza.

El Asegurado por su parte, tiene derecho a resolver el presente certificado de seguro sin expresión de causa, siguiendo el procedimiento establecido en el párrafo precedente.

En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

El Contratante tiene derecho de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por La Aseguradora, durante la vigencia del contrato de seguro. En dicho supuesto la Aseguradora proporcionará al Contratante la información o documentación necesaria para que éste ponga en conocimiento del Asegurado, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato de seguro.

Dentro de 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.

DECLARACIONES DE LA ASEGURADORA

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Comercializador, por aspectos relacionados con el certificado de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Aseguradora. Asimismo, los pagos efectuados por el Asegurado al Comercializador, se consideran abonados a la Aseguradora.

La Aseguradora es responsable frente al Asegurado y/o Contratante por las coberturas contratadas. Asimismo la Aseguradora es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a éste último. En caso de Bancaseguro se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por Res. SBS N° 3274-2017 y normas modificatorias.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El **Asegurado** reconoce que cualquier declaración donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del certificado de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando **La Aseguradora** liberada de cualquier responsabilidad.

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.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, La Aseguradora realizará el tratamiento de los datos personales del Asegurado a efectos de cumplir con las finalidades indicadas en la presente póliza. Dichos datos serán incorporados en el banco de datos denominado Clientes con código de inscripción RNPDP-PJPN° 4267 de titularidad de La Aseguradora, los cuales cuentan con estrictas medidas de seguridad.

De igual manera, La Positiva, cuyo domicilio se encuentra señalado en la presente póliza, utiliza estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio.

La Aseguradora podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, pudiéndose realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados han sido incorporados, con las mismas finalidades a los bancos de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico (La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A y La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud) al cual pertenece, así como a terceros con los que éstas mantengan una relación contractual. La Aseguradora conservará su información por un término de hasta de 10 años, a partir de la fecha de recaudación del dato personal del Titular del Dato.

En caso el Asegurado haya otorgado su consentimiento, sus datos personales serán tratados con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

En virtud de lo estipulado en la normativa de protección de datos personales, el Asegurado está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

El Asegurado declara haber tomado conocimiento del presente documento, de las condiciones generales, particulares y, en caso corresponda, las cláusulas adicionales de la presente póliza.

29/01/2020
Fecha de Emisión



La Positiva Vida

Asegurado