

**CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN EN GRUPO**

1. Datos del Contratante y Beneficiario Principal	
Razón o Denominación Social: <b>BANCO GNB PERÚ S.A.</b>	RUC: 20513074370
Dirección del Contratante: Ca. Las Begonias N.º 415 Piso 26 – San Isidro, Lima	Teléfono: 616-3000
2. Datos del Asegurado Titular	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombre:	Sexo: F ___ M ___
Tipo de Documento: D.N.I. ___ C.E. ___ C.F.P. ___ C.F.A. ___ RUC ___ N.º _____	
Dirección:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Profesión, Ocupación:	Correo electrónico:
Relación con el Contratante: Económica	
3. Datos del Asegurado Adicional: (para créditos mancomunados)	
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombre:	Sexo: F ___ M ___
Tipo de Documento: D.N.I. ___ C.E. ___ C.F.P. ___ C.F.A. ___ RUC ___ N.º _____	
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Profesión, Ocupación:	Correo electrónico:
Relación con el contratante: Económica	
4. Interés Asegurable	
Es el interés de carácter económico que tiene el <b>Asegurado</b> 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.	
5. Coberturas y Sumas Aseguradas de la Póliza	
Coberturas Principales	Suma Asegurada
<ul style="list-style-type: none"> <li>Muerte Natural.</li> <li>Muerte Accidental del Asegurado.</li> <li>Invalidez Total y Permanente por Enfermedad.</li> <li>Invalidez Total y Permanente por Accidente.</li> </ul>	Saldo insoluto del crédito. La Suma Asegurada máxima por persona es de <b>USD 800,000 o su equivalente en moneda nacional</b> . En caso del desgravamen de tarjeta de crédito, la suma asegurada máxima por persona en la cobertura de fallecimiento es de <b>USD 80,000 o su equivalente en moneda nacional</b> hasta los 74 años 11 meses y 29 días y a partir de 75 años hasta 80 años, 11 meses y 29 días será de <b>USD 30,000 o su equivalente en moneda nacional</b> . Para el caso de la cobertura de invalidez total y permanente por Accidente o Enfermedad es de <b>US\$ 80,000 o su equivalente en moneda nacional</b> hasta los 64 años, 11 meses y 29 días. Desde 65 años hasta 69 años, 11 meses y 29 días será de <b>US\$ 50,000 o su equivalente en moneda nacional</b> y a partir de 70 años hasta 80 años, 11 meses y 29 días será de <b>US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional</b> .
La <b>Positiva Vida</b> , a través de su portal web y el de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, pone a disposición del <b>Asegurado</b> la totalidad de las condiciones de este seguro de desgravamen. Por lo que el <b>Asegurado</b> firma el presente Certificado, que consta de seis (6) caras, en señal de haber tomado conocimiento de la totalidad de sus condiciones, encontrándose conforme con las mismas.	

Fecha de Emisión


 La Positiva Vida

Asegurado Titular

Asegurado Adicional

Código SBS VI2077400142 – Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias.

**La Positiva Vida Seguros y Reaseguros**

Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N.º 370, San Isidro. Lima - Perú RUC: 20454073143 Teléfono: (511) 513-0000 www.lapositiva.com.pe

Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
<p><b>a) Indemnización adicional por Renta Estudiantil en caso de fallecimiento de Titular y/o Cónyuge, siempre que el Desgravamen sea mancomunado.</b></p> <p>Cobertura que será otorgada cuando el <b>Asegurado</b> tenga por lo menos un hijo menor de 25 años de edad que este cursando estudios.</p>	<p><b>USD 3,500 o su equivalente en moneda nacional</b></p> <p>Los beneficiarios son los hijos menores de 25 años del <b>Asegurado</b> que estén cursando estudios. El monto indemnizatorio es único y se repartirá en partes iguales entre todos los beneficiarios.</p>
<p><b>b) Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo.</b></p>	<p><b>USD 15,000 o su equivalente en moneda nacional</b></p> <p>Los beneficiarios son los herederos legales del <b>Asegurado</b>, en partes iguales.</p>
<p><b>c) Desamparo Familiar Súbito.</b></p> <p>Cobertura que será otorgada en caso de muerte accidental del <b>Asegurado</b> y de su cónyuge en un mismo evento.</p>	<p><b>USD 25,000 o su equivalente en moneda nacional</b></p> <p>Los beneficiarios son los herederos legales del <b>Asegurado</b>, en partes iguales.</p>
<p><b>d) Prestación extraordinaria para menores de edad (solo en caso de créditos mancomunados)</b></p> <p>Cobertura que será otorgada para en caso de fallecimiento del <b>Asegurado</b> y el cónyuge en un mismo accidente de tránsito.</p>	<p><b>USD 3,000 o su equivalente en moneda nacional</b></p> <p>Los beneficiarios son los hijos menores de 18 años o mayores de edad con discapacidad. El monto indemnizatorio es único y se repartirá en partes iguales entre todos los beneficiarios.</p>
<p><b>e) Anticipo por Enfermedad en Estado Terminal.</b></p> <p>Aplica para prestatarios independientes. Cobertura que será otorgada en caso que el <b>Asegurado</b> sea diagnosticado con una enfermedad terminal.</p> <p>El diagnóstico del estado terminal de la enfermedad será revisado por una junta de médicos colegiados, integrada por el médico tratante del <b>Asegurado</b>, un médico representante de <b>La Positiva Vida</b> y un tercero designado por ambos médicos previamente mencionados. <b>La Positiva Vida</b> procederá con el pago de la indemnización como parte de la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Enfermedad. Se define Enfermedad en Estado Terminal a aquella en que la expectativa de vida del <b>Asegurado</b> sea menor a 6 meses en el momento del diagnóstico.</p>	<p><b>Saldo insoluto del crédito al momento del diagnóstico de la enfermedad</b></p> <p>El beneficiario es el Banco GNB</p>

## 6. Prima Comercial Mensual Total

El monto de la prima comercial se determina aplicando las siguientes tasas sobre el saldo insoluto.

Producto	Titular Solo	Mancomunado
Desgravamen Libre Disponibilidad *	0.90‰	1.71‰
Desgravamen Convenios *	0.90‰	1.71‰
Desgravamen Hipotecario *	0.27‰	0.52‰
Desgravamen Crédito Vehicular *	0.40‰	0.75‰
Desgravamen Préstamos para Persona Natural con Negocio	0.75‰	1.50‰
Tarjeta de Crédito	El monto de la prima comercial mensual es S/ 4.50	

(\*) Los productos (Desgravamen Libre Disponibilidad, Convenios, Hipotecario y Crédito Vehicular) incluyen Servicios de Asistencia.

## 7. Lugar y Forma de Pago

El monto de la prima será cancelado (i) de forma directa en las oficinas de la Aseguradora o (ii) depósito en cuenta.

## 8. 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 Titular:** 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) Asegurado Adicional:** Persona natural cuya vida se asegura adicionalmente en virtud de la presente póliza, que debe cumplir con los requisitos de edad establecidos en la póliza y cuyo nombre de ser el caso figurará en el presente certificado.
- El Asegurado Adicional, de ser el caso, en la fecha de suscripción del contrato de seguro autorizó de forma expresa al Contratante, a tomar a su favor las coberturas establecidos en el presente contrato.
- Para efectos del presente certificado, el término **Asegurado** corresponderá indistintamente al Asegurado Titular y al Asegurado Adicional.

- d) **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.
- e) **Edades:** Podrá ingresar como **Asegurado** cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad.  
**Edad máxima de ingreso:** Hasta 75 años, 11 meses y 29 días.  
**Edad máxima de permanencia:** Hasta 80 años, 11 meses y 29 días.
- f) **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.

## 9. Vigencia

Desde: las 12:00 horas del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta: las 12:00 horas del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o hasta fin del mes en que el **Asegurado** cumpla la edad límite de permanencia. De Periodicidad anual con renovación automática, 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.

## 10. 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 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.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- Suicidio, salvo que el certificado 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.
- Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas incluyendo carreras de entrenamiento.
- Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- 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, práctica de "surf" o "puenting".
- 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.

## 11. Procedimiento para dar Aviso y Solicitar La Cobertura en Caso de Siniestro

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a La Positiva Vida los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

### Muerte Natural:

Cuando la totalidad de créditos sean menores o iguales a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO.
- Certificado de Defunción, en original o copia certificada.
- Acta o Partida de Defunción, en original o copia certificada.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, cuando la totalidad de créditos sean mayores a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Historia Clínica foliada y fedateada del ASEGURADO.
- Informes Médicos adicionales y/o ampliatorios a requerimiento de La Positiva Vida.

### En caso de Muerte Accidental:

Cuando la totalidad de créditos sean menores o iguales a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Los indicados para Muerte Natural.

Adicionalmente, cuando la totalidad de créditos sean mayores a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Copia del parte y atestado policial.
- Certificado y protocolo de necropsia, de haberse realizado.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.

#### **Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

Cuando la totalidad de créditos sean menores o iguales a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Copia del documento de identidad del ASEGURADO.
- Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitido por MINSA, ESSALUD o EPS.
- Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, cuando la totalidad de créditos sean mayores a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Copia del parte y atestado policial.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.
- Resultado de examen toxicológico y alcoholemia, de haberse realizado.

#### **Invalidez Total y Permanente por Enfermedad:**

Cuando la totalidad de créditos sean menores o iguales a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Los indicados para Invalidez Total y Permanente por Accidente.  
Adicionalmente, cuando la totalidad de créditos sean mayores a US\$ 20,000 o su equivalente en moneda nacional.
- Historia Clínica Foliada y Fedateada (en caso de que el Formato de Declaración Médica no fuese suficiente).

#### **Indemnización adicional por Renta Estudiantil en caso de fallecimiento de Titular y/o Cónyuge, siempre que el desgravamen sea mancomunado:**

Adicionalmente a los documentos indicados para la cobertura de muerte:

- Copia del documento de identidad de los hijos.
- Certificado de estudios de los hijos.
- Copia del documento de identidad del padre o tutor en caso de ser menores de edad.

#### **Indemnización adicional por muerte del Asegurado en accidente aéreo:**

Adicionalmente a los documentos indicados para la cobertura de muerte accidental:

- Sucesión intestada inscrita en Registros Públicos.
- Copia del documento de identidad de los herederos legales reconocidos.

#### **Desamparo Familiar Súbito:**

Adicionalmente a los documentos indicados para la cobertura de muerte accidental.

- Sucesión intestada inscrita en Registros Públicos.
- Copia del documento de identidad de los herederos legales reconocidos.

#### **Prestación extraordinaria para menores de edad:**

- Copia del documento de identidad de los beneficiarios.
- Dictamen de Invalidez (MINSA, CONADIS, cualquier de ellos), en caso de hijos discapacitados.
- N.º de cuenta de ahorros a nombre del menor para el depósito de la indemnización.

#### **Anticipo por Enfermedad en Estado Terminal**

- Copia del documento de identidad del Asegurado.
- Historia clínica completa.

#### **Autorización para acceder a Historia Clínica:**

El cliente asegurado titular y adicional autoriza expresamente a La Positiva Vida, en los casos de fallecimiento e invalidez total y permanente a causa de accidente y/o enfermedad a obtener y acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado ó público, en el momento que lo requiera.

La Positiva Vida empleará su red de auditoría médica, sobre esta autorización, actuando proactivamente en facilitar y/o agilizar la satisfacción de los documentos necesarios para la liquidación.

#### **En caso de siniestros en el extranjero:**

Los documentos deberán estar legalizados por el Consulado Peruano del país donde ocurrió el siniestro (fallecimiento o invalidez total y permanente) y posteriormente legalizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú. Asimismo los documentos de estar en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial, actualizados y visados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

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.º 370, San Isidro, Lima.

Los teléfonos de la Aseguradora son 211-0-212, en la ciudad de Lima y 74-9001, en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

No obstante ello, las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

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.

## 12. Áreas 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 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.

## 13. 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 INDECOPI.

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.**

## 14. 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 Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por Res. SBS N.° 8181-2012 y normas modificatorias.

## 15. 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.

En atención a la Ley N.° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N.° 003-2013-JUS, el Asegurado declara expresamente que ha sido previamente informado y conoce la política sobre protección de datos personales establecida en las condiciones generales de la póliza. En tal sentido, da su consentimiento voluntario, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia de sus datos personales y sensibles al banco de datos de titularidad de la Aseguradora a nivel nacional.

El **Asegurado** declara haber tomado conocimiento de las condiciones generales, particulares y cláusulas adicionales de la presente póliza.