

## CERTIFICADO DE SEGURO DE DESGRAVAMEN EN GRUPO

### 1. DATOS DEL COMERCIALIZADOR/CONTRATANTE/BENEFICIARIO PRINCIPAL

BANCO GNB PERÚ S.A.	20513074370
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC
CA. LAS BEGONIAS NO. 415 PISOS 25 Y 26	SAN ISIDRO
DIRECCIÓN	DISTRITO
LIMA-LIMA	(01)616 - 3000
PROVINCIA/DEPARTAMENTO	TELÉFONOS

### 2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI	CE	M	F
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN		DISTRITO	
PROVINCIA/DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
PROFESIÓN/OCUPACIÓN	ECONÓMICA	RELACIÓN CON EL CONTRATANTE	

### DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (cuando corresponda)

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI	CE	M	F
TIPO DE DOCUMENTO N°	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN		DISTRITO	
PROVINCIA/DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
PROFESIÓN/OCUPACIÓN	ECONÓMICA	RELACIÓN CON EL CONTRATANTE	

### 3. 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.

### 4. VIGENCIA: Desde las 12:00 horas del \_\_/\_\_/\_\_. Hasta las 12:00 horas del \_\_/\_\_/\_\_

El presente seguro tiene vigencia mensual con renovación automática hasta la fecha de la cancelación total del crédito o hasta el mes en que cualquiera de los Asegurados cumpla la edad máxima de permanencia o uno de ellos 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.

## 5. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS DE LA PÓLIZA

### COBERTURAS PRINCIPALES:

- Muerte natural
- Muerte accidental
- Invalidez total y permanente por enfermedad
- Invalidez total y permanente por accidente

### SUMA ASEGURADA:

- **Saldo insoluto del crédito del Asegurado con el Contratante.**

La suma asegurada máxima por Asegurado es de USD 800 000 o su equivalente en moneda nacional.

- **Para el seguro de desgravamen de tarjeta de crédito:**  
Cobertura de muerte natural y muerte accidental.  
Las sumas aseguradas máximas son:

USD 80 000 por Asegurado hasta los 74 años, 11 meses y 29 días.

USD 30,000 por Asegurado hasta los 80 años, 11 meses y 29 días.

- **Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.**

Las sumas aseguradas máximas son:

USD 80 000 por Asegurado hasta los 64 años, 11 meses y 29 días

USD 50,000 por Asegurado hasta los 69 años, 11 meses y 29 días

USD 20,000 por Asegurado hasta los 80 años, 11 meses y 29 días

## 6. CONDICIONES ESPECIALES

- **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.

## 7. PRIMA COMERCIAL MENSUAL TOTAL

El monto de la prima comercial se determina aplicando las siguientes tasas sobre el saldo insoluto del crédito del Asegurado con el Contratante.

PRODUCTO	TITULAR	MANCOMUNADO
Desgravamen Libre Disponibilidad	0.90‰	1.71‰
Desgravamen Convenios	0.90‰	1.71‰
Desgravamen Hipotecario	0.304‰	0.52‰
Desgravamen Crédito Vehicular	0.40‰	0.75‰

Tarjetas de Crédito Clásica- Oro- Platinum - Staff (\*) | El monto de la prima comercial mensual es 0.494‰ (Por mil)

(\*) Para la tarjeta de crédito Staff, el comercializador es quien asume el pago de prima

2/6

La prima comercial incluye los siguientes conceptos:

**CARGOS POR LA CONTRATACIÓN DE COMERCIALIZADORES:** Los cargos de contratación del BANCO GNB PERU S.A. como comercializador son los siguientes:

- Desgravamen Libre Disponibilidad y Desgravamen Convenios:  
Titular: Sesenta y cinco punto sesenta y dos por ciento sobre la prima comercial.  
Mancomunado: Setenta punto dieciséis por ciento sobre la prima comercial.
- Desgravamen Hipotecario:  
Titular: Tres punto noventa y tres por ciento sobre

la prima comercial

Mancomunado: Ocho punto cincuenta y cinco por ciento sobre la prima comercial.

- Desgravamen Crédito Vehicular:  
Titular: Veintiséis punto veintinueve por ciento sobre la prima comercial.  
Mancomunado: treinta y cinco punto setenta por ciento sobre la prima comercial.
- Tarjetas de Crédito Clásica- Oro- Platinum – Staff:  
Cuarenta y uno punto veintidós por ciento sobre la prima comercial.

## 8. LUGAR Y FORMA DE PAGO

La prima estará a cargo del Asegurado y será recaudada por el Contratante. El monto de prima será cancelado vía depósito en cuenta.

## 9. 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.

## 10. 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 considerará 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 1 (un) año.
- 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 y/o de las FF.AA. y/o Policiales, 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, 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/lit de alcohol en la sangre y si dicho estado guarda relación con el siniestro.

3/6

## 11. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Al ocurrir un siniestro, El Contratante deberá informar a La Aseguradora dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco días (365) siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o el beneficio, según corresponda, llamando al teléfono (01) 211-0211 desde Lima y Provincia o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, o según el medio pactado. Si el Asegurado o Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a La Aseguradora, esta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. El Asegurado o Beneficiario no pierde el derecho que le asiste a reclamar el reconocimiento de la cobertura. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado o Beneficiario, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Asegurado o Beneficiario, pierde el derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro,

o en aquellos casos que La Aseguradora haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

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 Muerte Natural: Se deberá presentar la siguiente documentación:

Cuando la totalidad de créditos de cualquiera de los Asegurados con el Contratante sean menores o iguales a US\$ 15,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Copia del documento de identidad del Asegurado.
- Certificado Médico de Defunción.
- Acta ó Partida de Defunción
- Estado de cuenta emitido por el Beneficiario, donde conste el saldo deudor o saldo insoluto, según corresponda.

Adicionalmente, cuando la totalidad de créditos sean mayores a US\$ 15,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Historia Clínica completa, foliada y fedateada.

En caso de Muerte Accidental: Se deberá presentar la siguiente documentación:

Cuando la totalidad de créditos sean menores o iguales a US\$ 15,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Los documentos indicados para Muerte Natural
- Adicionalmente, cuando la totalidad de créditos sean mayores a US\$ 15,000 o su equivalente en moneda nacional.
- Copia del atestado o Informe policial
- Protocolo de necropsia, de haberse realizado.
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito; o,
- Resultado de 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 por Accidente: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- Cuando la totalidad de créditos sean menores o iguales a US\$ 15,000 o su equivalente en moneda nacional.
- Copia del documento de identidad del Asegurado
  - 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 configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.
  - Estado de cuenta del préstamo a la fecha del siniestro.

Adicionalmente, cuando la totalidad de créditos sean mayores a US\$ 15,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Copia del atestado o informe policial completo
- Dosaje etílico, en caso de accidente de tránsito.
- Resultado de examen toxicológico (con resultados de toxinas y alcoholemia), de haberse realizado.

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad: Se deberá presentar la siguiente documentación:

- Cuando la totalidad de créditos sean menores o iguales a US\$ 15,000 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\$ 15,000 o su equivalente en moneda nacional.

- Historia Clínica del asegurado completa, Foliada y Fedateada

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 365 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 (01) 211-0212, en la ciudad de Lima 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 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.

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.

4/6

## 12. ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS

La Positiva Vida atenderá los reclamos a través del "Área de Servicio al Cliente".

El Contratante y/o Asegurado pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono (01)211-0211 para Lima y Provincias, (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

#### 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

#### 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.

#### 16. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA VIDA S.A SEGUROS Y REASEGUROS** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima**, en adelante, **LA ASEGURADORA**.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código **RNPDP N° 4267**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las finalidades primarias:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos

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.

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.

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.

permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente. Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web: <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos

en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico: [derechosarco@lapositiva.com.pe](mailto:derechosarco@lapositiva.com.pe) o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link: [https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8) para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa: <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales>

Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

El Asegurado declara haber tomado conocimiento del presente documento, de las condiciones generales y particulares de la presente póliza

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de emisión

\_\_\_\_\_  
Asegurado Titular

  
La Positiva Vida

\_\_\_\_\_  
Asegurado Adicional