

PÓLIZA DE SEGURO FULL SEGURO

CONTENIDO

CAPÍTULO I	5
CONDICIONES GENERALES	5
1. Bases del Contrato.	5
1.1. Contratantes.	5
1.2. Pago de la Prima.	5
1.3. Aceptación y Conformidad a las Condiciones.	5
1.4. Importancia de la Veracidad de las Declaraciones del Asegurado.	6
1.5. Firmas Autorizadas.	6
1.6. Nombramiento de un Corredor de Seguros.	6
1.7. Avisos y Comunicaciones.	6
1.8. Resolución del Contrato de Seguro.	7
1.9. Causas de Nulidad del Contrato de Seguros.	7
1.10. Caso de Reclamo Fraudulento.	7
1.11. Otros Seguros.	7
1.12. Vigencia del Seguro.	8
1.13. Gastos.	8
1.14. Arbitraje.	8
1.15. Defensoría del Asegurado.	8
1.16. Fuero Jurisdiccional y Determinación de la Competencia.	8
1.17. Domicilio.	9
1.18. Jurisdicción Territorial.	9
1.19. Prescripción Liberatoria.	9
CAPÍTULO II	9
DEFINICIONES	9
2. Definiciones.	9
2.1. Accidente.	9
2.2. Asegurado.	9
2.3. Beneficiarios.	9

2.4. Beneficio Máximo Anual por Persona.	10
2.5. Certificado de Seguro.	10
2.6. Condiciones Generales.	10
2.7. Condición Preexistente.	10
2.8. Continuidad del Seguro y Condición Pre-existente.	10
2.9. Contratante.	11
2.10. Cuarto Múltiple.	11
2.11. Declaración de Salud.	11
2.12. Enfermera.	11
2.13. Emergencia Accidental.	11
2.14. Emergencia Médica.	11
2.15. Endoso.	11
2.16. Enfermedad.	12
2.17. Enfermedad Crónica.	12
2.18. Establecimiento de Salud.	12
2.19. Experimental.	12
2.20. Fecha de Aniversario.	12
2.21. Gastos Cubiertos.	12
2.22. Hospitalización.	13
2.23. Ingreso.	13
2.24. Interés Asegurable.	13
2.25. Lesión.	13
2.26. Medicamento Necesario o Necesidad Médica.	13
2.27. Médico.	14
2.28. Período de Beneficio.	14
2.29. Período de Carencia.	14
2.30. Póliza.	15
2.31. Prima.	15
2.32. Suma Asegurada.	15
2.33. Tratamiento Médico Quirúrgico para el Paciente con Trauma Mayor (Politraumatismo).	15
2.34. Usual y Acostumbrado o Razonable.	15

CAPÍTULO III **15**

ASEGURADOS, INICIO Y TÉRMINO DE LA COBERTURA **15**

3. Asegurados. **15**

3.1. Asegurado y Cónyuge o Concubino (a)	15
3.2. Asegurado.	16
3.3. Cónyuge o Concubino(a)	16

4. Inicio de la Cobertura.	16
5. Término de la Cobertura.	16
CAPÍTULO IV	17
GASTOS, COBERTURAS, BENEFICIOS ADICIONALES Y LÍMITES	17
6. Gastos.	17
6.1. Alimentación.	17
6.2. Alquileres.	17
6.3. Habitación Diaria.	17
6.4. Honorarios.	17
6.5. Salas de Operaciones, Recuperación y Otros Gastos.	17
7. Coberturas Básicas.	17
7.1. Beneficio de Hospitalización del Asegurado.	17
7.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente del Asegurado.	18
7.3. Cobertura por Muerte o Invalidez por Accidente.	18
7.4. Canasta Familiar por Muerte por Accidente del Asegurado.	19
7.5. Desamparo Súbito Familiar.	19
8. Beneficios Adicionales.	19
8.1. Consulta Médica a Domicilio.	19
8.2. Orientación Médica Telefónica.	19
CAPÍTULO V	19
EXCLUSIONES	19
9. Condiciones, Circunstancias y/o Causas Excluidas y No Cubiertas.	19
CAPÍTULO VI	21
OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA INDEMNIZACIÓN	21

10. Obligaciones y Procedimientos.	21
10.1.Documentos Necesarios para la Entrega del Beneficio.	21
10.2.Pago de la Indemnización.	22
10.3.Investigación y Revisión de Reclamos.	22
CAPÍTULO VII	22
DISPOSICIONES FINALES	22
11. Disposiciones.	22
11.1.Subrogación.	22
11.2.Moneda.	22
11.3.Primas.	22
11.4.Reajuste de Primas.	23

CAPÍTULO I

CONDICIONES GENERALES

1. Bases del Contrato.

1.1. Contratantes.

La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y el **Contratante** y/o **Beneficiario** y/o **Asegurado**, en adelante referido como el **Asegurado**.

1.2. Pago de la Prima.

1.2.1. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima por parte del **Contratante**, es causal de suspensión inmediata de la cobertura del seguro.

1.2.2. Producida la suspensión de la cobertura, **La Positiva** no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida. Durante tal período, **La Positiva** puede optar por la resolución del contrato de seguro, para lo cual deberá remitir una comunicación al **Contratante** y/o al **Asegurado** en el domicilio consignado en la póliza informándole tal decisión. Para todos los efectos, el contrato de seguro se considerará resuelto a partir del día en que el **Contratante** y/o el **Asegurado** reciba la comunicación de **La Positiva**.

1.2.3. Los corredores de seguros, salvo disposición legal diferente, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de **La Positiva**. El pago hecho por el **Contratante** o el **Asegurado** al corredor se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de **La Positiva** o a la entidad financiera autorizada. En el caso que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero, los pagos efectuados por el **Contratante** o el **Asegurado** a dicha empresa, se consideran abonados a **La Positiva**. De igual forma los pagos efectuados a la entidad recaudadora autorizada, también se consideran abonados a **La Positiva**.

1.2.4. De ser el caso, **La Positiva** podrá compensar las primas pendientes de pago, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al **Asegurado** en caso de siniestro.

1.2.5. La prima total resultante de la financiación conjunta de dos (2) o más pólizas constituye una obligación indivisible y, por ende, el **Asegurado** no podrá imputar pagos parciales o desagregados a uno o más de los seguros que componen dicha financiación.

1.2.6. El **Asegurado** no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de **La Positiva** provenientes de siniestros, notas de abono y/o devoluciones pendientes, sin la previa y expresa aceptación de **La Positiva**.

1.3. Aceptación y Conformidad a las Condiciones.

1.3.1. Si el contenido de la póliza no concordara con lo solicitado por el **Contratante** o el **Asegurado**, éste podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los diez (10) días naturales siguientes a la fecha en que la póliza hubiera sido entregada al **Contratante** o el **Asegurado** o su corredor de seguros que lo represente y de la cual tomó conocimiento efectivo. Transcurrido dicho plazo sin que mediara observación

del **Contratante** o el **Asegurado** o su corredor de seguros, o instrucción de resolución, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida. Sin embargo, transcurrido dicho plazo, siempre le asiste al **Contratante** o al **Asegurado** el derecho de solicitar por escrito la resolución del contrato.

- 1.3.2. La solicitud de rectificación propuesta por el **Contratante** o el **Asegurado** no obliga a **La Positiva**, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al **Contratante** o al **Asegurado** o corredor de seguros su decisión de aceptar las rectificaciones solicitadas. Si **La Positiva** no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de diez (10) días naturales de haber recibido la misma, se entenderán por rechazadas dichas rectificaciones y, por ende, no perfeccionado el contrato de seguro. Al **Contratante** o al **Asegurado** siempre le asiste la posibilidad de resolver el contrato, en caso no se encuentre conforme con la decisión de **La Positiva**.
- 1.3.3. Mientras la póliza no fuera observada dentro de los límites precitados su fuerza vinculatoria estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitida.
- 1.3.4. El **Contratante** o el **Asegurado** perderá en beneficio de **La Positiva** toda prima pagada en exceso a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus declaraciones, salvo en el caso que hubiere formulado la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los artículos precedentes.

1.4. Importancia de la Veracidad de las Declaraciones del **Asegurado**.

- 1.4.1. El **Asegurado** está obligado a declarar a **La Positiva**, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozca, en cuanto pudieran influir en la voluntad de **La Positiva** para la determinación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de las declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para **La Positiva**.
- 1.4.2. En caso de producirse discrepancias entre las Condiciones Generales y lo especificado en el Certificado de Seguro, prevalecerá lo señalado en esta última.

1.5. Firmas Autorizadas.

La copia de la póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de **La Positiva** y por el **Contratante** o su representante legal, quien deberá devolver un ejemplar a **La Positiva**.

1.6. Nombramiento de un Corredor de Seguros.

El **Contratante** o el **Asegurado** declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la póliza.

1.7. Avisos y Comunicaciones.

- 1.7.1. Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes **Contratantes** deberán ser formulados por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.
- 1.7.2. Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y **La Positiva** surten todos sus efectos en relación al **Contratante** o al **Asegurado**, con las limitaciones previstas en el marco legal vigente.
- 1.7.3. De igual forma todas las comunicaciones cursadas por el **Asegurado** a la empresa del sistema financiero o encargada de la recaudación de primas por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tiene el mismo efecto que si se hubieren dirigido a **La Positiva**.

1.8. Resolución del Contrato de Seguro.

- 1.8.1. **La Positiva como el Contratante podrán dejar sin efecto el contrato de seguro sin expresión de causa. En ambos casos se deberá cursar una comunicación por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días naturales. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza.**

1.9. Causas de Nulidad del Contrato de Seguros.

- 1.9.1. **El contrato de seguros será nulo, en los siguientes casos:**
- a) **Por mala fe probada del Contratante o del Asegurado al tiempo de celebrar el contrato, tenga o no incidencia en la estimación y/o aceptación del riesgo.**
 - b) **Por inexacta declaración, reticencia, omisión u ocultación por el Asegurado, de hechos o circunstancias, aún hechas de buena fe, siempre que hubieran podido influir en la celebración del contrato o en la estimación y/o aceptación del riesgo.**
 - c) **Por otras causas previstas en la ley y/o disposiciones vigentes aplicables.**
- 1.9.2. **En cualquiera de los casos referidos en el numeral precedente, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario perderá automáticamente todo derecho a reclamar la indemnización o beneficio alguno relacionado con la póliza emitida en su favor.**
- 1.9.3. **Asimismo, si el Asegurado y/o el Beneficiario ya hubiera cobrado la indemnización de un siniestro y se acreditaran las circunstancias referidas en el numeral 1.9.1, quedará automáticamente obligado a devolver a La Positiva la suma percibida.**

1.10. Caso de Reclamo Fraudulento.

La Positiva quedará relevada de toda responsabilidad y el **Asegurado** y/o el Beneficiario perderán todo derecho a la indemnización bajo esta póliza en los siguientes casos:

- a) Si el **Asegurado** presenta un reclamo fraudulento o simula circunstancias engañosas o recurre a declaraciones falsas.
- b) Si en cualquier momento, el **Asegurado** 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.

1.11. Otros Seguros.

Cuando ocurra un siniestro, que implique otorgar una indemnización conforme a los términos y condiciones de la presente póliza y exista otro u otros seguros con las mismas coberturas, independientemente de haber sido contratados por el **Contratante**, el **Asegurado** o por terceros, **La Positiva** estará igual obligada a pagar la indemnización que corresponda por esta póliza. Para el caso de la cobertura por el Beneficio de Hospitalización, **La Positiva** sólo estará obligada a pagar la indemnización de aquellos sustentados con las facturas y comprobantes originales.

En caso el **Asegurado** haya presentado un reclamo por otra compañía de seguros y esta lo haya indemnizado, deberá remitir a **La Positiva** copia de la liquidación correspondiente de la otra compañía **Aseguradora** y copia de los documentos presentados a ésta.

1.12. Vigencia del Seguro.

La presente póliza tiene vigencia anual y será de renovación automática por nuevos periodos iguales, siempre y cuando el **Asegurado** cumpla con pagar la prima correspondiente, antes del inicio de dicho nuevo período. Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán resolver el contrato de seguro, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita con no menos de treinta (30) días naturales de anticipación.

1.13. Gastos.

Todos los gastos de este contrato, los derechos de póliza u otros por establecer por mandato de Ley, en relación a la administración del seguro, tanto en el caso de primas correspondientes a la póliza como al caso de indemnización por siniestro, serán a cargo del **Asegurado**.

1.14. Arbitraje.

Todo litigio, controversia, desavenencia o reclamación resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, incluso las del convenio arbitral, podrá ser resuelto mediante arbitraje de derecho. Sin embargo, no es materia de arbitraje el cobro de las primas devengadas sea cual fuere la causa que motive el no pago de las mismas.

El Tribunal Arbitral estará conformado por tres árbitros los que deberán ser abogados con no menos de cinco (5) años de reconocida experiencia en materia de seguros, de los cuales cada una de las dos partes designará a uno de sus miembros y éstos de común acuerdo nombrarán el tercer árbitro y Presidente de Tribunal Arbitral. El laudo será definitivo e inapelable.

Las partes se someten incondicionalmente al Reglamento Procesal de Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje Nacional e Internacional de la Cámara de Comercio de Lima cuyas normas, administración y decisiones regirán todo lo concerniente al proceso, declarando conocerlas y aceptarlas en su integridad.

Queda expresamente convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, está en suspenso el derecho que pudiese tener el **Asegurado** para cobrar el importe de la indemnización, de manera que en ningún caso y por ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

Cada parte pagará los honorarios profesionales del árbitro que designe y ambas partes a prorrata cubrirán los honorarios del Presidente del Tribunal y los auxiliares de justicia que intervengan. Los costos y gastos del arbitraje serán de cargo de la parte vencida, salvo decisión distinta del Tribunal.

1.15. Defensoría del Asegurado.

El **Asegurado** tiene el derecho de acudir a la “Defensoría del Asegurado” sito en Arias Araguez Nro. 146 Miraflores-Lima, teléfono 4469158 y www.defaseg.com.pe; para resolver las controversias que surjan entre él y **La Positiva**, 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** pero no del **Asegurado** quien mantiene inalterable su derecho de recurrir a otras instancias una vez concluido el trámite ante la Defensoría del Asegurado.

1.16. Fuero Jurisdiccional y Determinación de la Competencia.

Para efectos de cualquier controversia que se genere con motivo de la celebración y ejecución de este contrato, si el **Asegurado** optase por no someterse al procedimiento arbitral establecido en el numeral 1.14 de estas Condiciones Generales, las partes deberán someterse a la competencia de los jueces y tribunales de la República del Perú según las reglas de competencia territorial establecidas en el Código

Procesal Civil.

1.17. Domicilio.

Para los efectos del presente contrato, **La Positiva** y el **Contratante** y/o el **Asegurado** señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en la póliza, lugares donde se harán válidamente todos los avisos y notificaciones. Si el **Contratante** y/o el **Asegurado** cambiaren de domicilio, deberán comunicar tal hecho a **La Positiva** por escrito. Todo cambio de domicilio que se verifique sin cumplir este requisito, carecerá de valor y efecto para este contrato de seguro.

1.18. Jurisdicción Territorial.

Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza rigen en el territorio nacional.

1.19. Prescripción Liberatoria.

Los beneficios derivados de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en el marco legal vigente aplicable a la materia, que es de diez (10) años.

CAPÍTULO II

DEFINICIONES

2. Definiciones.

2.1. Accidente.

Con sujeción a las normas previstas en esta póliza, accidente es todo evento fortuito, originado por una fuerza o agente externo repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura y afecta al **Asegurado** causándole heridas y/o lesiones corporales o la muerte del **Asegurado** y/o su Cónyuge o concubina (o) declarada en esta póliza y que puedan ser auscultadas médicamente con certeza.

2.2. Asegurado.

Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro. Su personalidad puede o no coincidir con la del titular de los derechos indemnizatorios Asegurado.

2.3. Beneficiarios.

Los Beneficiarios para las coberturas por Muerte por Accidente del **Asegurado**, Canasta Familiar por Muerte por Accidente del **Asegurado** y Desamparo Súbito Familiar serán los designados en el Certificado de Seguro. En caso, no haya tal designación, la indemnización será pagada en el siguiente orden de precedencia:

- a) El cónyuge sobreviviente
- b) Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo.

- c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- d) Los padres.
- e) Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo.
- f) Los herederos legales del **Asegurado**, previa presentación del testamento o de la Sucesión Intestada. Si fueren dos o más los Beneficiarios designados, el importe se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuere el vínculo que ligare a los Beneficiarios con el Asegurado, salvo que estos soliciten una distribución diferente mediante una comunicación con firmas legalizadas.

Para el caso de las coberturas de Beneficio de Hospitalización del **Asegurado**, Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente del **Asegurado** y Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) declarado(a), el Beneficiario será el propio **Asegurado**. Para el caso de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente del **Asegurado**, se repartirá entre el **Asegurado** y el **Contratante** destinado a la amortización de la deuda, si lo hubiera.

2.4. Beneficio Máximo Anual por Persona.

Es el límite máximo de indemnización que se otorga a cada **Asegurado**, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.

2.5. Certificado de Seguro.

Documento que acredita la contratación del Seguro, el mismo que contiene los datos de identificación del **Contratante** y del **Asegurado**, la tabla de coberturas y sumas aseguradas y demás condiciones del seguro relativas al riesgo individualizado.

2.6. Condiciones Generales.

Se entiende por el documento que contiene las coberturas y exclusiones básicas, así como las cláusulas generales de contratación aplicables a este seguro.

2.7. Condición Preexistente.

Es toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, tratamiento o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del **Asegurado**, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cuál se solicita cobertura.

La condición preexistente no declarada por el **Asegurado** en la Solicitud de Seguro, impide a **La Positiva** seleccionar adecuadamente el riesgo, por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar la modificación de la póliza o el rechazo del reclamo y/o la resolución del contrato. }

2.8. Continuidad del Seguro y Condición Pre-existente.

- En los casos que el **Asegurado** hubiere tenido contratada anteriormente otra póliza de Asistencia Médica por un periodo no menor de un año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de esta póliza, **La Positiva** exonerará del periodo de carencia de treinta (30) días estipulado para esta póliza.
- Las condiciones preexistentes que hayan sido declaradas en la Declaración de Salud de la Solicitud de Seguro que forman parte de esta póliza, podrán cubrirse después de dos (2) años de la fecha de inicio de la cobertura de la presente póliza, siempre que el **Asegurado** no hubiera recibido tratamiento alguno por dicha enfermedad pre-existente durante dicho periodo de dos (2) años y

siempre y cuando no medie una exclusión expresa de **La Positiva**.

2.9. Contratante.

Es el tomador de la póliza. Persona que celebra con **La Positiva** el contrato de seguro. Su personalidad puede o no coincidir con la del **Asegurado**. En ambos casos recaen sobre esta persona los derechos –si corresponde- y/u obligaciones emanados del contrato. El **Contratante** es el único que puede solicitar enmiendas a la póliza. Asimismo es el que fija y solicita los montos **Asegurados** y los riesgos que necesita.

2.10. Cuarto Múltiple.

Son aquellas habitaciones equipadas en cualquier establecimiento de salud, para alojar a dos, tres o cuatro personas..

2.11. Declaración de Salud.

Es el cuestionario que el **Asegurado** completa al momento de solicitar el seguro, en el cuál manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a **La Positiva** adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la reclamación y/o cancelación de la póliza, o la modificación de la misma. **La Positiva** se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que no considere en óptimas condiciones de salud.

2.12. Enfermera.

Significa una persona calificada o entrenada para el ejercicio de su profesión de acuerdo a las leyes del país en el cual ejerce.

2.13. Emergencia Accidental.

Se entiende como emergencia accidental todo evento fortuito, originado por una fuerza o agente externo repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura y afecta al **Asegurado** causándole heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas médicamente con certeza que requieran atención médica inmediata.

2.14. Emergencia Médica.

Se entiende como emergencia médica, toda crisis aguda e imprevisible en la salud del **Asegurado** que se manifieste con gravedad y severidad tal, que ponga en peligro la vida del **Asegurado**, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos por lo que requiere de atención médica de emergencia.

2.15. Endoso.

Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero total o parcialmente los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la póliza.

2.16. Enfermedad.

Es, para efectos de esta póliza, en términos generales, toda alteración en la salud regular y normal del **Asegurado** que ocasione una condición anómala y/o patológica que amerite atención, tratamiento médico y/o quirúrgico y se encuentre dentro de la cobertura de esta póliza.

2.17. Enfermedad Crónica.

Se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Este tipo de enfermedades podrían requerir y/o necesitan supervisión médica constante, medicación y otros exámenes o procedimientos necesarios. Ejemplos de enfermedades crónicas serían: hipertensión arterial, asma, diabetes mellitus, dislipidemia entre otras.

2.18. Establecimiento de Salud.

Significa un establecimiento legalmente constituido que opere según las leyes del país donde esté localizado, y que cumpla con los siguientes requisitos:

- Opera principalmente para la recepción, cuidado médico y tratamiento de personas enfermas, o lesionadas;
- Recibe Residentes internos únicamente bajo la supervisión de un Médico o Médicos disponibles para consultas en todo momento;
- Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico y tratamiento de pacientes enfermos y provee (cuando se requiere) facilidades para cirugía mayor dentro del mismo establecimiento;
- Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermeras;

“Establecimiento de Salud” no incluirá lo siguiente:

- **Una institución mental o utilizada principalmente para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas incluyendo la sub-normalidad; el departamento psiquiátrico de un hospital; instituciones geriátricas, instituciones para el cuidado de mudos, sordos, ciegos o cualquier otra persona incapaz y/o minusválida.**
- **Lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos;**
- **Lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o unidades especiales de un hospital que se utilizan principalmente para la rehabilitación de alcohólicos o drogadictos;**
- **Casas de convalecientes, de reposo o de rehabilitación, instalaciones para el cuidado extendido ni hospicios que operan dentro o fuera de un hospital.**

2.19. Experimental.

Se refiere a un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que:

- (1) No ha sido aún ampliamente aceptado como regular, seguro, efectivo y/o apropiado para el tratamiento de enfermedades, por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
- (2) Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de experimentación clínica.

2.20. Fecha de Aniversario.

Se refiere al aniversario de la fecha de vigencia del seguro según se encuentra descrito en esta Póliza.

2.21. Gastos Cubiertos.

Se refiere a los gastos normales, usuales y razonables, es decir, aquellos cargos usualmente cobrados por

la mayoría de los proveedores, por el mismo o similar servicio suministrado dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio, en exceso del deducible y coaseguro, incurridos por un **Asegurado** debido a un accidente o enfermedad, amparados por esta póliza y hasta los límites contratados bajo esta póliza, siempre y cuando se encuentren incluidos en la tabla de beneficios que forma parte integrante de esta póliza.

2.22. Hospitalización.

Se denomina al internamiento de una persona como paciente en un establecimiento de salud por un período no menor a veinticuatro (24) horas consecutivas, por el cual se incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

2.23. Ingreso.

Significa la reclusión en un hospital como paciente interno bajo la recomendación, el cuidado y atención de un médico por un mínimo de veinticuatro (24) horas.

2.24. Interés Asegurable.

Es el objeto, materia o responsabilidad por la cual el **Asegurado** contrata un seguro, a fin de transferir el riesgo a **La Positiva** contra el pago de una prima.

2.25. Lesión.

Es el daño físico sufrido por el **Asegurado** a causa de un accidente ocurrido después de la fecha de inclusión del mismo en la póliza.

Todos los daños sufridos por el **Asegurado** en conexión con cualquier accidente, serán considerados una lesión.

2.26. Medicamento Necesario o Necesidad Médica.

Se denomina al tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estadía en un hospital (o parte del internamiento en un hospital):

- (1) Que se considera indispensable y esencial para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad, accidente o emergencia médica que sufra el **Asegurado**.
- (2) Que no deberá exceder, en alcance, duración o intensidad, el nivel de cuidado apropiado para proporcionar un diagnóstico seguro y tratamiento adecuado.
- (3) Que ha sido prescrito por un Médico.
- (4) Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del **Asegurado**, de su familia, de su médico u otro proveedor.
- (5) Que es consistente con las normas profesionales reconocidas y ampliamente aceptadas en la práctica médica internacional o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio y/o tratamiento.
- (6) En el caso de un paciente internado en un Hospital, el tratamiento no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

La necesidad médica es determinada por **La Positiva** basándose en todos los numerales de la definición anterior.

El hecho que un tratamiento, servicio, medicamento o período de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es razón suficiente para considerarlo una

necesidad médica.

2.27. Médico.

Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las disposiciones de la jurisdicción donde ejerce y ha sido prestado el servicio, cumpliendo con las autorizaciones legales que sean pertinentes.

Dentro de esta definición no se incluye a dentistas, quiroprácticos, optómetras o cualquier otro profesional de la medicina cuya especialidad médica no esté directamente vinculada con el diagnóstico, tratamiento o cuidado de las enfermedades cubiertas bajo esta póliza.

2.28. Período de Beneficio.

Se denomina al lapso de un (1) año que se contabiliza desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza y continúa por períodos sucesivos de un (1) año contados a partir de las fechas respectivas de renovación.

El período de beneficios está estrictamente ligado y restringido al período de vigencia de la póliza, concluida, resuelta o anulada la póliza, respectivamente, termina también el período de beneficio.

2.29. Período de Carencia.

Período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y aquella en que entra en vigor la cobertura. En la presente póliza, para el caso de la cobertura de Beneficio de Hospitalización por enfermedad, no se reconocerá ningún gasto dentro de los primeros treinta (30) días contados a partir de la fecha de inicio de seguro, salvo cuando se trate de las coberturas por accidentes o de las siguientes emergencias médicas: apendicitis, tensión testicular, infarto al miocardio, accidente cerebro vascular y hepatitis viral.

Asimismo se fija un período de espera de diez (10) meses calendario para el tratamiento y/o cirugías relacionadas con las enfermedades o lesiones que se mencionan a continuación y siempre y cuando no sean directa o indirectamente relacionados con condiciones preexistentes al inicio de la vigencia de la póliza:

- Operaciones de Amígdalas y Adenoides
- Cataratas
- Pterigion
- Glaucoma
- Tumores malignos
- Tumoraciones benignas
- Cálculos en vesícula, vías biliares y renales.
- Sinusitis
- Eventración
- Utero, anexos y mamas.
- Cirrosis Hepática
- Enfermedades de la próstata
- Prolapsos genito Urinarios
- Enfermedades de la columna vertebral
- Dislipidemia
- Úlcera Gastroduodenal
- Hemorroides
- Meniscopatías
- Hernias de cualquier tipo
- Diabetes Mellitus
- Hipes e Hipotiroidismo
- Artrosis

- Artritis
- Varices
- TBC Pulmonar.
- Enfermedades neurológicas, cerebrales y cardiovasculares.

2.30. Póliza.

Se entiende por póliza, el presente contrato de seguro constituido por las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, el Certificado de Seguro, así como por los Endosos y los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante del contrato de seguro.

2.31. Prima.

Es el precio que **La Positiva** establece por la cobertura otorgada.

2.32. Suma Asegurada.

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor máximo por el cual **La Positiva** se responsabiliza para el pago de la indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual significará que es el monto máximo que **La Positiva** puede indemnizar por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

2.33. Tratamiento Médico Quirúrgico para el Paciente con Trauma Mayor (Politraumatismo).

Es el tratamiento para una la lesión física interna o externa que comprometa mas de dos órganos o sistemas, resultante de una fuerza violenta exterior por causa de la cual el paciente pueda sufrir severa incapacidad y requiera manejo intrahospitalario.

2.34. Usual y Acostumbrado o Razonable.

La Positiva determina cuando un cargo u honorario es:

- (1) Usual: Es el honorario cobrado con mayor frecuencia por un Proveedor, correspondiente a un servicio o suministro específico;
- (2) Acostumbrado: Si esta dentro del nivel de los honorarios usuales cobrados por los Proveedores con capacitación y experiencia similares (con respecto a Proveedores profesionales), o instalaciones y equipos disponibles (con respecto a Proveedores institucionales) por el mismo servicio o suministro dentro de una zona geográfica o socioeconómica determinada;
- (3) Razonable: Cuando los honorarios son usuales y acostumbrados o, en la opinión del Médico Auditor de **La Positiva**, dichos honorarios se justifican en virtud de las circunstancias especiales de un caso específico.

CAPÍTULO III

ASEGURADOS, INICIO Y TÉRMINO DE LA COBERTURA

3. Asegurados.

3.1. Asegurado y Cónyuge o Concubino (a)

El término **Asegurado** como se emplea en la presente Póliza se refiere a:

- a) El **Asegurado** que esté inscrito bajo los términos y condiciones de esta póliza.
- b) El Cónyuge o Concubino (a) declarado (a) por el **Asegurado** siempre y cuando se encuentre bajo los términos y condiciones de esta póliza.

3.2. **Asegurado.**

El término **Asegurado**, como se emplea en esta póliza, se refiere a la persona natural, cliente del **Contratante** que celebra el presente contrato, siempre y cuando sea mayor de dieciocho (18) años inclusive y menor de sesenta (60) años, es decir que al momento de su aseguramiento tenga como máximo cincuenta y nueve (59) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. Una vez cumplidos los ochenta (80) años de edad se aplicará lo dispuesto en el numeral 5 de esta póliza.

3.3. **Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado**

Los términos Cónyuge o Concubino(a), como se emplea en esta póliza, se refieren al Cónyuge o Concubino(a) declarado(a) por el **Asegurado** en el Certificado de Seguro que sea mayor de dieciocho (18) años inclusive y menor de sesenta (60) años, es decir que al momento de su aseguramiento tenga como máximo cincuenta y nueve (59) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. Una vez cumplidos los ochenta (80) años de edad se aplicará lo dispuesto en el numeral 5 de esta póliza.

4. **Inicio de la Cobertura.**

Es la fecha que aparece en el Certificado de Seguro a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos al período de carencia, establecidos en la presente póliza, de ser el caso. Salvo disposición en contrario de la Ley el inicio del seguro está condicionado a la aceptación de la Solicitud de Seguro y a que el **Asegurado** haya pagado la prima a **La Positiva**.

5. **Término de la Cobertura.**

El Seguro con respecto a cualquier **Asegurado** terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

- a) El fallecimiento del **Asegurado**.
- b) Al cumplir el **Asegurado** ochenta (80) años de edad.
- c) Pérdida de la condición de **Asegurado** de conformidad con los términos previstos en la presente póliza.
- d) Al cese del vínculo entre el **Contratante** y el **Asegurado**.
- e) Sí el **Asegurado** deja de efectuar cualquier pago o contribución requerida, dentro de los términos y condiciones establecidos en la presente póliza,
- f) Por renuncia escrita a seguir **Asegurado**.
- g) Si el **Asegurado** o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de **La Positiva**, estipulados en la presente póliza.
- h) Pago del beneficio o indemnización en los términos previstos en la presente póliza.

Ningún beneficio será reconocido bajo la presente póliza después de la conclusión del seguro.

CAPÍTULO IV

GASTOS, COBERTURAS, BENEFICIOS ADICIONALES Y LÍMITES

6. Gastos.

Los gastos cubiertos, como se define en esta póliza, incluirán cargos por los siguientes conceptos:

6.1. Alimentación.

Alimentación (incluyendo dietas especiales), en un hospital o clínica formalmente establecidos.

6.2. Alquileres.

Alquiler de silla de ruedas, pulmón de acero y otros aparatos o dispositivos médicos, siempre que un médico certifique que tal alquiler es necesario para el tratamiento respectivo del **Asegurado**. En ningún caso, estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono, ni artefactos eléctricos, gastos del acompañante u otros que no estén indicados en este párrafo.

6.3. Habitación Diaria.

Hasta por el límite **Asegurado** (cuarto múltiple).

6.4. Honorarios.

Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario o ambulatorio, por ayudantía y por anestesia.

6.5. Salas de Operaciones, Recuperación y Otros Gastos.

Sala de operaciones, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopos radioactivos, radio, fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.

7. Coberturas Básicas.

Con sujeción a las condiciones generales de la presente póliza y de acuerdo con lo indicado en el Certificado de Seguro, endosos y/o cláusulas adheridas a la póliza y hasta por los límites expresamente contratados, La Positiva pagará al Asegurado los beneficios establecidos, según se define en ésta póliza y por las siguientes coberturas:

7.1. Beneficio de Hospitalización del Asegurado.

La Positiva pagará hasta la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro, los gastos incurridos por el Asegurado a causa única y exclusiva de hospitalización por una enfermedad o accidente que requiera asistencia médica, de acuerdo al diagnóstico y necesidades de tratamiento, siempre que sean médicamente necesarios y siempre y cuando se realice en uno de los establecimientos de salud exclusivos nombrados en el Certificado de Seguro. Por lo tanto, todos los gastos que estuvieren cubiertos, relacionados con la hospitalización, serán reconocidos por la

presente póliza, los mismos que incluirán entre otros: habitación, alimentación, atención médica y de enfermería, gastos de laboratorio, radiología, medicinas, etc.

7.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente del Asegurado.

La Positiva pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro por cada día, superior a veinticuatro (24) horas, de internación en un establecimiento de salud, si como consecuencia de un accidente haya sido necesaria su hospitalización debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia e independiente del gasto real en que haya incurrido el AseguradoAsegurado, hasta un máximo de 180 días al año.

7.3. Cobertura por Muerte o Invalidez por Accidente.

Este beneficio cubre una indemnización por muerte por accidente, como se define en esta póliza, del Asegurado y de su Cónyuge o Concubino (a) declarado (a) por el Asegurado. También se reconocerán de acuerdo a la siguiente Tabla de Beneficios y hasta los límites que se indican, los casos de invalidez permanente total o invalidez permanente parcial del Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto:

Por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE.

- a) El 100% por la pérdida total de:
 - la visión de ambos ojos, o
 - ambos brazos o ambas manos, o
 - ambas piernas o ambos pies, o
 - una mano y un pie.
- b) El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplados precedentemente y que produzcan al AseguradoAsegurado una pérdida total o el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales de al menos un ochenta por ciento (80%) de su capacidad de trabajo.

Por INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE.

- c) El 75% de la suma asegurada de la cobertura de Invalidez Permanente Total por la pérdida total de:
 - la visión de un ojo, o
 - la audición completa de ambos oídos, o
 - un brazo o una mano, o
 - una pierna o un pie
- d) El 25% de la suma asegurada de la cobertura de Invalidez Permanente Total por la pérdida total de:
 - los dedos pulgar e índice de una mano, o
 - la audición completa de un oído.

El menoscabo será evaluado por el médico auditor de La Positiva conforme a las normas de invalidez del sistema privado de pensiones.

En caso de ocurrir más de un accidente, los porcentajes a indemnizar se calcularán aplicando los porcentajes indicados, sobre el capital AseguradoAsegurado y no sobre el saldo después de pagadas indemnizaciones anteriores. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de la invalidez por uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de esta póliza, no podrán en ningún caso exceder el 100% del capital AseguradoAsegurado por concepto de esta cobertura.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente cubierto por esta póliza, se establece que las sumas que hayan sido pagadas por concepto de alguna de las formas de invalidez contempladas en esta cobertura, serán descontadas de las que corresponda pagar por concepto de tal fallecimiento. Para el caso de cobertura por muerte accidental se debe cumplir necesariamente que el fallecimiento se produzca dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

7.4. Canasta Familiar por Muerte por Accidente del Asegurado.

La Positiva pagará la suma asegurada por la cobertura de canasta familiar como consecuencia del fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente, siempre y cuando el fallecimiento se produzca dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

7.5. Desamparo Súbito Familiar.

La Positiva pagará la suma asegurada indicada en el Certificado de Seguro en caso de fallecimiento del Asegurado y su Cónyuge o Concubino(a) declarado(a) en un mismo accidente. Ambos fallecimientos deben ocurrir dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido dicho accidente.

8. Beneficios Adicionales.

8.1. Consulta Médica a Domicilio.

Servicio exclusivo que se brinda al **Asegurado**, su cónyuge e hijos siempre que éstos vivan en el mismo domicilio en Lima Metropolitana llamando a Línea Positiva Salud 211-0-211.. El servicio está referido a las especialidades de Medicina General y Pediatría. El horario de atención es desde las 7am á las 11 pm los 365 días del año. El costo por la visita es de S/. 35.00 incluido IGV, el cual no incluye medicinas ni exámenes auxiliares. El límite geográfico de cobertura es el siguiente:

Norte : Comas límite con Carabaylo (excepto Nueva Esperanza Año Nuevo con Collique)
Sur : Villa El Salvador límite con la Municipalidad. Comprende sectores 1,2 y 3. No incluye Pachacamac
Este : Ate y Vitarte comprende San Juan de Lurigancho, Caja de Agua y Zárate, Las Flores, San Hilarión hasta Cantogrande límite Av. Wiese con Av. El Bosque. Excluye Campoy y Mangomarca.
Oeste : Callao, La Punta - límite Ventanilla

8.2. Orientación Médica Telefónica.

Servicio telefónico gratuito que brinda orientación médica las 24 horas del día y los 365 días del año para el **Asegurado** y su familia directa que vivan bajo la misma dirección, llamando a Línea Positiva 211-0-211. No existe límite de llamadas.

CAPÍTULO V

EXCLUSIONES

9. Condiciones, Circunstancias y/o Causas Excluidas y No Cubiertas.

La presente póliza no reconoce ningún beneficio ni gasto alguno será pagado en las siguientes circunstancias y/o por las siguientes causas de exclusión:

- a) Guerra civil o internacional, declarada o no. Radiación nuclear.**
- b) Participación activa en actos delictivos, infracciones a la ley, ordenanzas o reglamentos públicos.**
- c) Lesiones auto infligidas y suicidio.**
- d) Práctica profesional de los siguientes deportes: carreras de automóviles, motocicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo, andinismo o pesa submarina.**
- e) Uso de alcohol, drogas o fármacos usados sin prescripción médica.**
- f) Fenómenos de la naturaleza.**
- g) Embarazo o cualquier enfermedad o complicación relacionada.**
- h) Enfermedades mentales.**
- i) Cirugías plásticas o cosméticas salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de vigencia de la póliza y se encuentre cubierto por la misma.**
- j) Curas de Reposo.**
- k) Enfermedades y anomalías congénitas o hereditarias, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.**
- l) Tratamientos para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
- m) Condiciones pre existentes.**
- n) SIDA o VIH.**
- o) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**
- p) Accidentes aéreos en aviones privados**
- q) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.**
- r) Gastos y/ pagos relacionados a ansiolíticos, antidepresivos y vitaminas así como a aparatos ortopédicos, bragueros, muletas y similares.**
- s) Consecuencias de accidente previo al seguro.**
- t) En caso de hospitalización: cuidados del acompañante, objetos de confort personal y enfermeras privadas.**
- u) Desórdenes de la articulación temporomandibular (TMJD).**
- v) Epidemias.**
- w) Gastos excesivos o no relacionados con el reclamo presentado.**
- x) Gastos posteriores al fin de vigencia de la póliza.**
- y) Gastos relacionados con sangre y plasma.**
- z) Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización.**
- aa) Tratamiento por Hallux Valgus.**
- bb) Tratamientos por transplantes no cubiertos por esta póliza.**

CAPÍTULO VI

OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA INDEMNIZACIÓN

10. Obligaciones y Procedimientos.

Ocurrido un siniestro indemnizable por esta póliza, se deberá dar aviso a **La Positiva** dentro de los quince (15) días calendario, contados desde la fecha en que ocurrió el siniestro, debiendo obtener y entregar los documentos que más adelante se indican. La omisión o el retardo sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Se deja expresa constancia que lo consignado en el presente numeral, en ningún caso limita el derecho del **Asegurado** de acudir a cualquier instancia judicial o administrativa, si así lo considerara pertinente.

10.1. Documentos Necesarios para la Entrega del Beneficio.

Coberturas de Muerte por Accidente del **Asegurado** o su Cónyuge o Concubino(a) declarado(a), Canasta Familiar y Desamparo Súbito Familiar:

- a) Fotocopia del DNI del **Asegurado**.
- b) Acta o Partida de defunción con causal de fallecimiento.
- c) Certificado de defunción.
- d) Fotocopia del DNI del Beneficiario. Partida de matrimonio o partida de nacimiento de los hijos, según fuera el caso.
- e) Testamento o declaratoria de herederos, si fuera el caso.
- f) Atestado Policial completo.
- g) Protocolo de necropsia.

Cobertura de Invalidez Permanente Total e Invalidez Permanente Parcial por Accidente:

- a) Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió; así como el nombre y domicilio de los testigos, si los hubiera.
- b) Un certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- c) Parte policial.
- d) Certificado de invalidez permanente total o parcial, emitida por la entidad legal correspondiente.

Cobertura de Beneficio de Hospitalización y Beneficio Adicional de Indemnización por Hospitalización por Accidente:

- a) Certificado médico.
- b) Diagnóstico médico.
- c) Facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias
- d) Documentos originales que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados, de ser el caso.

La Positiva tendrá siempre el derecho de solicitar, ya sea al **Asegurado** o Beneficiarios, cualquier otro antecedente o documento que se estime necesario, además y sin perjuicio de los ya citados, para la evaluación del siniestro correspondiente si procediere.

10.2. Pago de la Indemnización.

El pago de las indemnizaciones correspondientes lo efectuará **La Positiva** en un plazo máximo de diez (10) días contados desde la fecha de presentación de la documentación completa del siniestro.

10.3. Investigación y Revisión de Reclamos.

La Positiva, se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aún cuando ya hubiere pagado la indemnización y el Beneficiario queda obligado a cooperar con esta investigación.

Si el Beneficiario no cooperara con la investigación o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto; el Beneficiario perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, debiendo reintegrar a **La Positiva** las sumas pagadas más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

En general, **La Positiva** podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas. Si cualquier información referente a un **Asegurado** o relacionada con el siniestro fuera simulada o fraudulenta, perderán los Beneficiarios todo derecho a indemnización, sin perjuicio que inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente Capítulo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, hace perder todo derecho a la indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este seguro, no pudiendo en caso alguno los Beneficiarios, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES FINALES

11. Disposiciones.

11.1. Subrogación.

Desde el momento en que **La Positiva** indemniza cualquiera de los riesgos cubiertos por esta póliza, se subroga al **Asegurado** en todos sus derechos y acciones para repetir contra terceros responsables por el importe de la indemnización pagada. El **Asegurado** responderá ante **La Positiva** de cualquier acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación.

11.2. Moneda.

Todos los pagos que deba efectuar **La Positiva** bajo esta póliza se harán en la moneda en que se contraten las primas, salvo que disposiciones legales lo prohíban.

11.3. Primas.

Las primas que abonará el **Asegurado** por los beneficios de esta póliza se indican en el Certificado de Seguro.

11.4. Reajuste de Primas.

Esta póliza está sujeta a revisión semestral sobre su comportamiento respecto a la siniestralidad, pudiendo **La Positiva** de común acuerdo con el **Contratante** o el **Asegurado** reajustar las primas, o modificar las condiciones de cobertura de la póliza. Efectuadas estas modificaciones, de ser el caso, el **Asegurado** será informado a fin de que manifieste su conformidad dentro del plazo de diez (10) días naturales contados desde la fecha de la comunicación. De no existir observaciones en ese período la cobertura se mantendrá vigente en los nuevos términos. El importe de la nueva prima entrará en vigencia para cada nuevo período de vigencia anual del seguro.

SFS.
Nov. 07