

## RESUMEN INFORMATIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO INTERBANK INTERBANK

### La Positiva Seguros y Reaseguros

Francisco Masías N°370, San Isidro, Lima,

RUC: 20100210909,

Telf.: (0511) 211-0211,

www.lapositiva.com.pe

### RIESGOS CUBIERTOS

Indemnización por primer diagnóstico de cáncer  
Tratamiento Oncológico

### EXCLUSIONES

La póliza no cubre las prestaciones de salud en los siguientes supuestos:

a) Enfermedad preexistente, considerada como aquella condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo de la contratación del seguro o de la presentación del cuestionario de salud, de ser el caso.

b) Todo diagnóstico anátomo patológico positivo para neoplasia maligna, siempre y cuando se haya producido antes de culminado el periodo de carencia.

c) Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el Asegurado, así como gastos efectuados en el extranjero.

d) Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento.

e) Cualquier requerimiento de asistencia prestacional y/o de pagos a terceros, por concepto de gastos de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole, incurridos sin la autorización previa y escrita por parte del prestador de salud de la Aseguradora o anterior a la activación de la cobertura de la póliza.

f) Cualquier requerimiento o prescripción médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico oncológico, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del contrato.

g) Tratamientos psicológicos, psiquiátricos, curas de reposo, suicidio e intento de suicidio y/o

todo daño derivado de la autoeliminación, así como tratamientos estéticos, kinésicos o de cualquier tipo de rehabilitación.

h) Suministro de prótesis de todo tipo, así como también material de osteosíntesis.

i) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del contrato.

j) Radioterapia con intensidad modulada (IMRT), salvo las expresamente señaladas en el numeral 3.2 del contrato.

k) Tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de los procedimientos de atención establecidos en el contrato, así como las complicaciones que se puedan derivar de ellas.

l) Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas por los médicos de los proveedores de salud, según lo establecido en el contrato.

m) Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado, prescrito o suministrado por el médico designado por los proveedores de salud y/o que su realización no se lleve a cabo a través de la red prestacional que contempla el plan prestacional elegido.

n) Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.

ñ) Fármacos como ansiolíticos, psicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, proteínas, productos naturales o productos no medicinales y cualquier otro medicamento no oncológico.

o) Tratamientos con fármacos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la FDA o que no se recomienden en las Guías de prácticas clínicas adaptadas de la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) del proveedor de salud o no comercializados o no disponibles en el mercado farmacéutico nacional.

Para la indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer que se produzcan a consecuencia de:

a) Enfermedades preexistentes.

- b) Enfermedades descritas en la póliza generadas a consecuencia de VIH / SIDA.
- c) Se excluye toda enfermedad si al momento del diagnóstico clínico el Asegurado tuvo o tiene SIDA o VIH o haya obtenido un resultado positivo a la prueba del VIH.
- d) Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico Anatómo Patológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.
- e) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- f) Cáncer cérvico uterino "In situ".
- g) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, conforme a las leyes del país en que haya sido emitido el diagnóstico.

**DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.** Conforme a lo indicado en la cláusula 17 de las Condiciones Generales.

#### **MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES.**

A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación por escrito de La Aseguradora y detallándose las modificaciones que se realicen en caracteres destacados, la misma que deberá ser remitida con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Aseguradora y tomar una decisión en el plazo

de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

#### **MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:**

Todo litigio o controversia relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes

El Contratante, Asegurado o Beneficiario pueden pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el contrato de seguro, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el Asegurado fuese igual o superior a 20 UIT.

#### **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

Podrán ingresar como asegurado de la póliza:

Asegurado Titular y Cónyuge: personas mayores de dieciocho (18) años hasta los sesenta y cinco (65) años y 365 días.

Asegurado Adicional: persona natural designada y añadida como tal por el Asegurado Titular, siendo familiar hasta tercer grado de consanguinidad, y que cumple los requisitos de asegurabilidad establecidos.

Personas asegurables: Podrán ingresar como asegurado de la presente póliza cualquier persona residente en la Republica del Perú, hasta los 50 años y 365 días de permanencia, edad de permanencia como Asegurados de la Póliza desde 61 años a mas sin límite de permanencia solo para renovaciones.

Si el Contratante ha venido renovando la póliza de seguro, por lo menos en los últimos cinco (5) años consecutivos, tiene el derecho de continuar renovando la póliza de seguro indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas en el contrato anterior, sin perjuicio de que la Aseguradora modifique las primas, deducibles, proveedores afiliados, y copagos de acuerdo a los criterios y procedimientos para actualización de las primas.

#### **PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA**

### Aviso del siniestro

Para activar las coberturas de la presente póliza, el Asegurado en un plazo máximo de 30 días calendarios del diagnóstico oncológico deberá:

- a) En el caso de tratamiento oncológico, deberá coordinar su cita a través del call center del proveedor de salud que la Aseguradora designe para tal efecto, cuyos números se encuentran establecidos en las condiciones particulares o el plan de beneficios.

Si el asegurado está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo un familiar en primer grado consanguinidad o un representante debidamente facultado, debiendo entregar copia de su documento de identidad.

- b) Para la cobertura de Indemnización por primer diagnóstico de cáncer, el Asegurado deberá comunicar por escrito directamente en las oficinas de la Aseguradora. 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) 211-0-213, y el detalle de las oficinas a nivel nacional pueden encontrarse en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

### Activación de la cobertura - Tratamiento Oncológico

Los siguientes documentos deberán ser presentados en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Solicitud de activación de cobertura (proporcionado por el proveedor de salud y/o Aseguradora).
- Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
- Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributivos al diagnóstico.
- Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- Copia del DNI del Asegurado.
- Prueba de cotinina (nicotina). Solo si es requerida por el proveedor de salud.

Asimismo, para activar la cobertura de tratamiento de salud se deberá acercarse a las redes del proveedor de salud y solicitar su atención.

### Activación de la cobertura - Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

De forma adicional a los documentos indicados en los párrafos precedentes, deberá presentarse la Historia Clínica foliada y fechada del Asegurado.

En caso de la cobertura de Indemnización por primer diagnóstico de cáncer, 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 de indemnización por primer diagnóstico de cáncer, salvo que solicite una prórroga al Contratante o Asegurado para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante o Asegurado 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.

Las acciones derivadas de la póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o de conocido el beneficio de la póliza.

### **AREAS ENCARGADAS DE ATENDER QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS:**

El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden (i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

El Contratante, Asegurado y sus Beneficiarios pueden presentar sus reclamos llamando al teléfono (01)211-0-213 para Lima y provincias.

**DEFENSORÍA DEL ASEGURADO** El Contratante, **Asegurado o Beneficiario** también podrán realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la "Defensoría del Asegurado" - Lima, llamando al 01-4210614 o en [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

### **INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS**

Defensoría del Asegurado, SBS, INDECOPI, SUSALU. Entre otros, según corresponda.

### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

**El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

**Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Contratante y Asegurado se encuentran obligados a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.**

La información aquí proporcionada es a título parcial. Prevalen las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales del Seguro Oncológico de **La Positiva** Seguros y Reaseguros. Para las pólizas grupales, las coberturas específicas para cada **Asegurado** se encuentran detalladas en el Certificado de Seguro.