

Seguro Falabella - Hospitalización por Accidente (Seguro de Accidentes) - Dólares

Condiciones Generales

CAPITULO I

DEFINICIONES

1.1 Accidente

Es todo evento fortuito, repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional originado por una fuerza o agente externo, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura.

1.2 Asegurado

Es la persona mayor de dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) años, que, al momento de solicitar su inscripción, está expuesta al riesgo asegurado.

1.3 Beneficiario

Persona designada en la póliza por el **Asegurado** como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.

1.4 Condiciones Generales

Documento que contiene el conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas que regirán el presente contrato.

1.5 Condiciones Particulares

Documento que contiene las estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del **Asegurado** y el beneficiario, si lo hubiere, la designación del bien asegurado y su ubicación, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago y vigencia del contrato entre otros.

1.6 Condiciones Especiales

Documento que contiene las estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares del presente contrato.

1.7 Contratante

Es la persona que celebra con **La Positiva** el contrato de seguro. Su condición 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 modificaciones a la póliza. Asimismo, es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que necesita.

1.8 Condición 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 presentación de la Declaración Jurada de Salud.

1.9 Declaración Jurada de Salud

Es el formulario 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 hasta ese momento de alguna condición preexistente.

1.10 Diagnóstico

Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.

1.11 Endoso

Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica alguno o algunos de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero de manera total o parcial los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la presente póliza.

1.12 Establecimiento de Salud

Es el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos para los pacientes, quirófano y equipo de rayos X, que proporciona servicios de enfermería a tiempo completo y son atendidos por personal profesional especializado. **No se consideran establecimientos de salud, las instituciones mentales o utilizadas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, así como los institutos o sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

1.13 Evidencia Documentada

Se refiere a los resultados por escrito de las pruebas realizadas, incluyendo las interpretaciones que realice el médico (originales o copias legalizadas).

1.14 Familiares elegibles

Cónyuge del Asegurado Titular menor o igual a 65 años de edad en la fecha de solicitud del seguro bajo este Plan, y todos los hijos(as) solteros que vivan con el titular incluyendo hijastros(as) o hijos(as) legalmente adoptados(as) por el Asegurado Titular,

con edades comprendidas entre los catorce (14) años de edad y los diecinueve (19) años y 364 días de edad, y aquellos hasta los 23 años que sean solteros y se encuentren estudiando y vivan permanentemente con el titular, en la fecha de solicitud del seguro.

1.15 Fecha de aniversario

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

1.16 Hospitalización

Reclusión de una persona dentro de un establecimiento de salud como paciente interno por un período superior a veinticuatro (24) horas bajo la supervisión de un médico autorizado.

1.17 Ingreso

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

1.18 Inicio del Seguro

Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos al período de carencia, establecidos en la presente póliza, así como al pago de la prima correspondiente de acuerdo a lo establecido en el numeral 2.2. de la presente póliza.

1.19 Lesión Accidental

Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la póliza y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta póliza. Tal lesión debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa, la hospitalización del Asegurado.

1.20 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 la hospitalización por accidente cubierta bajo esta póliza.

1.21 Pago Diario

Corresponde a la indemnización que se pagará al Asegurado por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización consecutivas sin interrupción en un establecimiento de salud a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

1.22 Periodo de Beneficio

Lapso de un (1) año a partir de 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.

Se encuentra estrictamente ligado y restringido al periodo de vigencia de la póliza.

1.23 Período de carencia

El periodo de días calendario, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares, en el cual no se reconocerá ninguna cobertura o gasto.

1.24 Póliza

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

1.25 Prima

Es la contraprestación establecida por **La Positiva** por la cobertura otorgada.

1.26 Plan

Corresponde al Plan de Renta Diaria por Hospitalización cuyo beneficio se define a través del monto señalado como Renta Básica Diaria en las Condiciones Particulares.

1.27 Paciente Interno

Persona cuyo ingreso a una Institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico debidamente autorizado quien lo justifica con la finalidad de prestarle atención médica en relación a una lesión cubierta por esta póliza.

1.28 Renta Básica Diaria.

Corresponde a la indemnización pagadera cada 24 horas de hospitalización de una persona asegurada a consecuencia de una lesión accidental cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

La Renta Básica Diaria será pagada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un periodo que no exceda de los 365 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una lesión accidental.

La Renta Básica por Hospitalización no se pagará si la persona asegurada no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

1.29 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH / SIDA)

Infección, en su etapa activa, del virus VIH que destruye al sistema inmunológico natural del organismo, causando infecciones graves por agentes que normalmente son controlados.

1.30 Solicitud de Seguro

Documento en el cual el **Asegurado** solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, el cual incluye la respectiva Declaración Jurada de Salud.

1.31 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.

1.32 Siniestro

Es la manifestación concreta del riesgo asegurado relacionado con las coberturas, beneficios o servicios otorgados por la presente póliza.

1.33 Terrorismo

Para efectos de la presente póliza, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de esta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o cualquier segmento de la misma.

CAPITULO II

BASES DEL CONTRATO

2.1 Partes del contrato de seguro

La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y el Contratante.

2.2 Inicio de la cobertura

Adicionalmente a los periodos de carencia o espera que pueda establecer la póliza contratada, las partes acuerdan de conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4º de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la

cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente

2.3 Pago de primas y Ajustes

2.3.1 El **Contratante** se encuentra obligado a pagar la prima establecida en el lugar, forma y oportunidad acordada con **La Positiva**.

2.3.2. La prima especificada en las Condiciones Particulares será cargada en forma mensual en su tarjeta de crédito Mastercard, cuenta de ahorros o cuenta corriente de la Tarjeta del Asegurado y se pagará en la misma fecha de cada mes.

2.3.3 Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida origina la suspensión de las coberturas una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento pactada en el convenio de pago. La Positiva deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y/o Contratante el incumplimiento incurrido y sus consecuencias, al domicilio declarado en la presente póliza, indicando el plazo que tiene para pagar la prima antes que se produzca la suspensión antes mencionada. La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que se haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato. Durante el período en que la cobertura se mantenga suspendida, La Positiva puede optar por la resolución del contrato de seguro, para lo cual deberá remitir una comunicación por medio escrito al Contratante y/o Asegurado, según corresponda, en el domicilio consignado en la Póliza informándole tal decisión. Producida la resolución por falta de pago, La Positiva quedará liberada de toda responsabilidad y procederá a la liquidación de la prima correspondiente a prorrata por el periodo efectivamente cubierto.

2.3.4. 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. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La cobertura solo podrá rehabilitarse en tanto La Positiva no haya manifestado su voluntad de resolver el contrato debido a la falta de pago. Si La Positiva no reclama el pago de la prima adeudada por el Contratante transcurridos los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, la póliza queda extinguida de pleno derecho.

2.3.5 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 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 por **La Positiva** para recaudar el pago.

2.3.6. **La Positiva** puede compensar la prima pendiente de pago correspondiente a la presente Póliza, contra cualquier indemnización derivada de la presente póliza a favor del **Asegurado**. En caso de siniestro que consuma el total de la Suma Asegurada, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse su pago a la indemnización correspondiente. Cuando ocurriese un siniestro cuyo monto indemnizable supere el valor de la prima, estando ésta en todo o en parte insoluta, **La Positiva** podrá dar por vencidos todos los plazos concedidos y exigir la cancelación del importe adeudado, deduciendo los intereses no devengados. En caso la indemnización deba ser

cancelada directamente al Asegurado, este autoriza a **La Positiva** a descontar de la misma el importe de la prima adeudada.

2.4 Aceptación y conformidad a las condiciones

2.4.1 Si el contenido de la presente póliza no concordara con lo solicitado por el **Contratante**, éste podrá formular observaciones y solicitar las modificaciones correspondientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la póliza le hubiera sido entregada a él o al corredor de seguros que lo represente. Para estos efectos, **La Positiva** se encuentra obligada a remitir al **Contratante**, en documento aparte de la presente póliza, el detalle de las diferencias que puedan existir entre esta última y la solicitud de seguro, indicando expresamente que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Transcurrido el plazo de treinta (30) días sin que mediara observación del **Contratante** o de su corredor de seguros, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida. Si la referida advertencia es omitida por **La Positiva**, se tendrán las diferencias como no escritas salvo que sean más beneficiosas para el **Contratante**.

2.4.2 La(s) solicitud(es) de modificación(es) realizada(s) por el **Contratante** durante la vigencia del seguro, se entienden como propuestas de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, según sea el caso, y no obligan a **La Positiva**, hasta que ésta comunique por escrito al **Contratante** o corredor de seguros su aceptación de la propuesta. De aceptar **La Positiva** la propuesta de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, se emitirá un endoso o nueva póliza, según sea el caso.

2.4.3 El **Contratante** tendrá derecho al reembolso de toda suma pagada en exceso por concepto de prima, incluso a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus propias declaraciones.

2.4.4 Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas. El término "mecanografiadas" incluye a las impresas mediante el uso de ordenadores cualquiera que fuere la calidad de impresión.

2.4.5 **Las modificaciones que se produzcan a la presente póliza durante su vigencia, deberán ser autorizadas por escrito por el Contratante o su representante legal, dentro del plazo de treinta (30) días calendario de haber sido comunicada por La Positiva. La falta de autorización expresa por parte del Contratante dentro del plazo antes mencionado implica la no aceptación de las modificaciones propuestas por La Positiva y por ende la subsistencia del presente contrato en sus condiciones originales hasta el término de su vigencia. En caso de tratarse de una póliza grupal, el Contratante será responsable de comunicar las modificaciones a los Asegurados.**

2.5 Importancia de la veracidad de las declaraciones del Asegurado

El **Contratante** y/o **Asegurado** está obligado a declarar a **La Positiva**, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozca, que pudieran haber impedido la celebración de este último o modificar sus condiciones. La exactitud de las declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para **La Positiva**. La reticencia o declaración inexacta por parte del **Contratante** y/o **Asegurado** de hechos o circunstancias conocidas por este último

que pudieran impedir la celebración del contrato o modificar sus condiciones es causal de nulidad siempre y cuando medie dolo o culpa inexcusable.

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 serán consideradas como una omisión u ocultación de información que pudo haber influido en la celebración del presente contrato.

2.6 Nombramiento de un Corredor de Seguros

El **Asegurado** podrá nombrar un corredor de seguros, quien se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración, mas no de disposición, con sujeción a lo indicado en la carta de nombramiento, vinculados a sus intereses en la póliza.

2.7 Avisos y comunicaciones

2.7.1 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción en el domicilio señalado en la póliza, o alternativamente por el medio de comunicación que ambas partes acuerden, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

2.7.2 Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y **La Positiva** surten todos sus efectos en relación al **Asegurado**, con las limitaciones previstas en el marco legal vigente.

2.9 Agravación del riesgo

El Asegurado o el Contratante, en su caso, deben notificar por escrito a La Positiva los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por este al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas.

Comunicada a La Positiva la agravación de riesgo, esta manifestará en el plazo de 15 días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlo o resolverlo.

Si La Positiva decide resolver el contrato ante la agravación de riesgo declarada, corresponde a favor de la misma, la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si el Asegurado o el Contratante no comunican en forma oportuna la agravación del riesgo, La Positiva tendrá derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si a la fecha de ocurrencia del siniestro, el Asegurado o el Contratante omitieron comunicar la agravación del riesgo con antelación, La Positiva queda liberada de toda obligación de pago, si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- a. El Contratante y/o Asegurado, incurran en la omisión o demora, sin culpa inexcusable.
- b. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Positiva.
- c. Si La Positiva no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo de 15 días.

- d. La Positiva conozca la agravación, al tiempo que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos de los incisos a), b) y c), La Positiva tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiera cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

2.10 Resolución de contrato de seguro

2.10.1 El contrato de seguro quedará resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, cuando se haya incurrido o se produzca alguno de los siguientes supuestos que expresamente son convenidos por las partes como causal de resolución del contrato de seguro:

- a. **Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto. La resolución surtirá efectos desde su notificación.**
- b. **Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto. La resolución surtirá efectos desde su notificación.**
- c. **Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada por escrito oportunamente por el Contratante o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso. La resolución será efectiva con ocasión de la fecha de recepción de la comunicación.**
- d. **Por ocultamiento intencional por parte del Contratante y/o Asegurado de información necesaria para la evaluación y valorización de los daños, así como de las causas y consecuencias del siniestro. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima devengada. La resolución surtirá efectos desde su notificación.**
- e. **El Contratante no acepte la propuesta formulada por La Positiva de ajuste de primas y/o cobertura al haber descubierto ésta antes de ocurrido un siniestro, la reticencia y/o declaración inexacta no dolosa por parte Contratante y/o Asegurado sobre circunstancias que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones de haber sido conocidas por La Positiva. La resolución surtirá efectos desde su notificación.**

Constatada la reticencia y/o declaración inexacta, que no obedezcan a dolo ni a culpa inexcusable, La Positiva remitirá en el plazo de 30 días computados desde la referida constatación, comunicación al Contratante, ofreciéndole la revisión del contrato de seguro, (ajuste de primas y/o coberturas). El Contratante tiene un plazo de 10 días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de la revisión realizada.

A falta de aceptación de la revisión, La Positiva puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de 30 días computados desde el vencimiento del plazo de 10 días fijado en el párrafo anterior.

En el supuesto de resolución señalado en el presente inciso e) el Contratante está obligado a pagar la prima devengada hasta el momento en que se efectuó la resolución calculada a prorrata.

2.10.2 En los casos en que la cobertura del seguro se encuentre suspendida por incumplimiento en el pago de las primas por parte del Contratante, La Positiva puede optar por la resolución de contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. El contrato de seguro se considera resuelto transcurridos treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado, según corresponda, recibe una comunicación escrita de La Positiva informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produce por incumplimiento en el pago de la prima, La Positiva tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

2.10.3 En caso el Contratante y/o Asegurado, o quién actúe en su representación, con su conocimiento, obstaculice el ejercicio de los derechos de investigación de La Positiva, no permitiendo el acceso a información, documentación o evaluación médica necesaria; el contrato de seguro podrá ser resuelto de pleno derecho por La Positiva, debiendo para ello comunicar por escrito y previamente al Contratante el ejercicio de la presente cláusula resolutoria, de conformidad con lo establecido en el Código Civil. El contrato de seguro quedará resuelto en la fecha en que el Contratante y/o Asegurado reciba la comunicación de La Positiva, informándole sobre su decisión de resolver el contrato. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.

2.10.4 El contrato de seguro podrá ser resuelto sin expresión de causa por el Contratante, debiendo este comunicar tal decisión a La Positiva. La resolución surtirá efectos desde su notificación. La comunicación podrá realizarse a través de los mismos medios en que se llevó a cabo la contratación. Si el Contratante opta por la resolución del contrato, La Positiva tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, la prima pagada en exceso se devolverá en el plazo pactado con el Contratante, el mismo que no será mayor a 30 días, plazo que se computa desde la solicitud de resolución. En los seguros grupales, el Asegurado tiene derecho a resolver el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento.

Asimismo, antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza La Positiva podrá resolver el presente contrato de seguro, mediante comunicación escrita que cursará con no menos de treinta (30) días calendario a la fecha efectiva de resolución.

2.10.5 Frente a la resolución del contrato, la Positiva procederá a devolver al Contratante o al Asegurado, según corresponda, la prima correspondiente al periodo no devengado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de resolución, a través del mismo medio utilizado para realizar el pago.

2.11 Causas de nulidad del contrato de seguro

- a. Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que hubiesen impedido la celebración del contrato de seguro o modificado sus condiciones si La Positiva hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, siempre que medie dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. En este supuesto, La Positiva tendrá derecho a retener el integro de la prima del primer año de duración del contrato a título indemnizatorio. La Positiva dispone de un plazo de 30 días para invocar la nulidad, plazo que debe computarse desde**

que conoce la reticencia o declaración inexacta. A tal efecto, el pronunciamiento de la Positiva debe ser notificado por medio fehaciente.

- b. Si hubo intención manifiesta del Asegurado o el Contratante al momento de la contratación, de enriquecerse a costa del presente contrato de seguro.
- c. Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- d. Cuando al tiempo de la celebración del contrato se habría producido el siniestro o habría desaparecido la posibilidad que se produzca.

2.11.1 En cualquiera de los casos previstos en presente numeral, el Asegurado no gozará de cobertura bajo la presente póliza y, en consecuencia, no podrá reclamar cualquier beneficio, cobertura, gasto y/o indemnización relacionada con la misma.

2.11.2 Si el Asegurado hubiera cobrado cualquier suma correspondiente a un siniestro cubierto bajo la presente póliza, y luego se revelará que ésta es nula conforme a lo dispuesto en el marco legal que regula el contrato de seguros, el Asegurado quedará automáticamente obligado a devolver a La Positiva toda suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos sustentados en comprobantes de pago admitidos por la administración tributaria y tributos vinculados al pago del siniestro. Los sustentos de los gastos y tributos mencionados serán enviados en una comunicación.

2.11.3 En los supuestos comprendidos en los numerales 2.11 b) c) y d) La Positiva procederá a la devolución de la prima, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato; es decir, la fecha de comunicación de la nulidad al Contratante y/o Asegurado. Para el caso del numeral 2.11.a), la devolución es sobre el exceso de la prima obtenida por el primer año.

2.12 Caso de reclamo fraudulento

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en el Capítulo V de las presentes condiciones

2.13 Hospitalizaciones sucesivas

La hospitalización de una persona Asegurada que comience mientras esta póliza esté en vigor con respecto a esa persona Asegurada, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este plan y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior.

Se considera que esta hospitalización ha sido resultado de la misma lesión para el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo esta póliza.

Hospitalizaciones separadas por un período de doce (12) meses o más no serán consideradas como resultado de la misma lesión para el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y máximo beneficio pagadero bajo esta póliza

2.14 Límite geográfico

El Seguro provisto bajo esta póliza es efectivo en cualquier lugar del mundo.

2.15 Otros seguros bajo este plan

Una persona asegurada no puede estar cubierta bajo más de una póliza del plan de Renta Diaria por Hospitalización correspondiente a La Positiva. En caso de que una persona Asegurada esté cubierta bajo más de una póliza de dicho plan, La Positiva considerará a esa persona Asegurada bajo la póliza que provea la mayor cantidad de beneficio. Si el beneficio es idéntico en cada póliza, La Positiva considerará que esta persona está asegurada bajo la póliza que haya sido emitida primero. La Positiva devolverá cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por duplicado. Para ello, La Positiva y el Contratante o Asegurado, acordarán la forma y plazo de devolución. El mismo que no excederá el plazo de 30 días.

2.16 Renovación del seguro

2.16.1 La renovación del contrato de seguro es automática, y bajo las mismas condiciones en que fue emitida para el periodo anterior.

2.16.2 Cuando La Positiva considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al Contratante y este a los Asegurados, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por La Positiva. En este último caso, La Positiva debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.

2.17 Término de la Cobertura

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

- a. La cancelación de la Tarjeta CMR Falabella del Asegurado a la cual es cargada la prima de esta Póliza.
- b. El fallecimiento del **Asegurado**.

Para cualquiera de las personas Aseguradas la cobertura bajo este contrato, terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Muerte de la persona Asegurada (Familiar elegible)
- En la fecha en que la persona Asegurada cese de ser miembro familiar elegible.
- Para el titular y cónyuge en la fecha que cumpla sesenta y nueve (69) años y 365 días de edad.
- Con respecto a un(a) hijo(a) dependiendo(a), la fecha en que cumpla diecinueve (19) años y 365 días de edad, o los 23 si se encuentra estudiando, o la fecha

- aniversario siguiente a su matrimonio o si de otra manera cesa de ser dependiente del cliente Asegurado.
- Por renuncia escrita a seguir asegurado.
- Pago del beneficio o indemnización en los términos previstos en la presente póliza

Luego que el seguro termine por las causales anteriormente señaladas y en caso ello genere por parte de La Positiva, alguna devolución de prima, al Contratante o Asegurado, estos acordarán la forma y plazo de dicha devolución. Para ello, La Positiva y el Contratante o Asegurado, acordarán la forma y plazo de devolución. El mismo que no excederá el plazo de 30 días.

2.18 Solución de Controversias

Las partes podrán recurrir a la vía judicial para la solución de las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato.

Sin perjuicio de lo señalado, ocurrido el siniestro y de superarse los límites económicos previstos por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP, las partes podrán pactar someter a Arbitraje de Derecho toda discrepancia, controversia, reclamación o litigio entre La Positiva y el Contratante y/o Asegurado y/o sus Cesionarios y/o los Beneficiarios de esta Póliza, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la interpretación, cumplimiento de los acuerdos y pactos contenidos en éste contrato, terminación e invalidez del contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de La Positiva, o por cualquier otra causa.

2.19 Defensoría del Asegurado

El **Contratante, Asegurado** y/o beneficiario expresamente identificado en la póliza, tiene el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado 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.

2.20 Domicilio

Para los efectos del presente contrato, **La Positiva** y el Contratante y/o Asegurado y/o sus cesionarios y/o beneficiarios 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 Asegurado cambiara de domicilio, deberá 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.

2.21 Prescripción liberatoria

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

2.22 Período de inscripción para dependientes

Los titulares podrán inscribir a sus dependientes bajo los términos de la presente póliza, en la fecha en que el titular se inscribe o con fecha posterior.

2.23 Política de Privación -Tratamiento de datos personales.

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados es LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A. 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° 03899.

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 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 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.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.

2.24 Criterios y procedimientos para la actualización de la prima.

Al finalizar el período anual de contratación del seguro, las primas serán reajustadas:

- Como mínimo en función al índice de inflación señalado en el grupo N° 5 de Cuidado y Conservación de la Salud para Lima Metropolitana que publica el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, para el período materia de evaluación y
- Adicionalmente cuando el Índice de Siniestralidad sea mayor al xxxxx%. En este caso la nueva prima comercial será calculada según la siguiente fórmula:

Nueva Prima Comercial = (Recargo en las primas) (Prima Comercial)

Recargo en las primas = (Índice de Siniestralidad obtenido /xxxxx%)

Donde:

- **Índice de Siniestralidad** = Cociente que resulta de dividir el total de siniestros entre el total de la prima comercial del período anual inmediato anterior a la fecha de evaluación.
- **Total, de siniestros** = Corresponden a los siniestros pagados, los pendientes por pagar, los que se encuentren en proceso de facturación por parte de los establecimientos de salud.
- **Total, de la prima** = Corresponde al total de la prima comercial (sin incluir IGV).

2.25 Asegurabilidad

2.25.1 Constituye requisito de Asegurabilidad:

- Ser cliente afiliado a la tarjeta CMR Falabella, condición que deberá mantener durante la vigencia del seguro.
- El titular y cónyuge: ingreso entre los dieciocho (18) hasta los sesenta y cinco (65) años pudiendo permanecer hasta los sesenta y nueve (69) años de edad.
- Hijos: ingreso desde los catorce (14) años, pudiendo permanecer hasta los diecinueve (19) años y 364 días de edad o hasta los veintitrés (23) si se encuentra estudiando o hasta la fecha de aniversario siguiente a su matrimonio.

2.26 Derecho de arrepentimiento:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de sistemas a distancia y/o Comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que no sean condición para contratar operaciones crediticias, el Contratante o el Asegurado podrán resolver la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza, nota de cobertura provisional, o certificado, según corresponda, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

La Positiva devolverá la totalidad del monto de la prima pagada, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la solicitud del derecho de arrepentimiento. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro.

Para tal efecto, el Contratante o Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro

CAPÍTULO III

COBERTURA DEL SEGURO

3. Cobertura

Pago Diario por Hospitalización por Accidente

La Positiva pagará al Asegurado la suma indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización consecutivas o fracción de día sin interrupción en un establecimiento de salud a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza. Dicha hospitalización debe encontrarse debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia e independiente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

CAPÍTULO IV

EXCLUSIONES DEL SEGURO

4. Bajo la presente póliza no se pagará ninguna cobertura ni beneficio en las siguientes circunstancias y/o por las siguientes causales de exclusión:

4.1 Guerra invasión, actos cometidos por un enemigo extranjero, terrorismo, hostilidades (ya sea que la guerra haya sido declarada o no.) guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, o poder militar, o usurpad, o las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o de guerra.

4.2 Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.

4.3 Accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas, siempre que guarden relación causal con el accidente.

4.4 Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.

4.5 Hospitalización del Asegurado si éste es un residente fuera de Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.

4.6 Cura de reposo

4.7 Exámenes de rutina.

4.8 Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.

4.9 Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.

4.10 Condiciones preexistentes y sus secuelas.

4.11 Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.

4.12 VIH / SIDA.

4.13 Intento de suicidio o lesiones intencionalmente infligidas a sí mismo por el Asegurado, esté o no en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tal suceso

4.14 Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO

5.1 Procedimiento para presentar la solicitud de cobertura

5.1.1 Informar a La Positiva al acaecimiento del siniestro dentro de los 60 (sesenta) días calendario siguientes a la fecha en que tomó conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, llamando al teléfono 211-0211 a nivel nacional o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional y confirmarlo cuanto antes por escrito. Si el Asegurado, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a La Positiva, 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. 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 Positiva haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura.

5.1.2 Una vez que La Positiva haya recibido dicho aviso el Asegurado deberá formalizar la solicitud de cobertura en La Positiva utilizando el formulario que para este fin ha confeccionado junto con el Diagnóstico Médico original.

5.1.3 Suministrar toda aquella información y pruebas documentales que La Positiva le requiera, siempre y cuando guarden consistencia y proporcionalidad con la indemnización reclamada y se encuentre detallada en la póliza. Se deberá adjuntar a la solicitud de seguro lo siguiente:

- a. Original del Certificado médico en el que debe indicar el requerimiento de hospitalización**
- b. Original del Comprobante de pago emitido por el Establecimiento de Salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de hospitalización.**

- c. **Copia fedateada de la historia clínica del Asegurado, emitida por el hospital o clínica donde se atendió el asegurado.**

En el caso de fallecimiento del Asegurado, los herederos legales deberán presentar los mismos documentos anteriores más el original o copia de reproducción notarial (antes copia legalizada) del certificado de defunción correspondiente, documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cual fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que lo causaron.

La Positiva podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales que considere necesario respecto de la documentación e información presentada por el asegurado para la evaluación y liquidación del siniestro, dentro del plazo de 20 días de los 30 que tiene la empresa para pronunciarse sobre la solicitud de cobertura, siempre que la misma guarde relación con el siniestro.

5.2 Investigación y revisión de siniestros

La indemnización proveniente de esta cobertura es independiente y en adición de cualquier beneficio que el Asegurado tenga derecho a exigir de alguna institución de salud pública o privada, sistema de bienestar u otro cualquiera sea su origen o naturaleza.

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

Si el Asegurado y/o Beneficiario no cooperara con la investigación o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto, el Asegurado perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, debiendo reintegrar a La Positiva las sumas pagadas conjuntamente con los intereses legales, gastos sustentados en comprobantes de pago admitidos por la administración tributaria y tributos vinculadas al pago del siniestro. Los mismos que serán informados a través de los canales de comunicación indicados en el Condicionado Particular. 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 su lesión fuera simulada o fraudulenta, el Asegurado perderá todo derecho a indemnización; sin perjuicio del derecho que le asiste a La Positiva, de iniciar contra los responsables las acciones legales correspondientes en salvaguarda de sus intereses.

5.3 Pago de Indemnización

5.3.1 La positiva indemnizará al Asegurado o a sus causahabientes si éste hubiese fallecido antes del pago, según las condiciones generales y particulares de la póliza, el monto establecido como Renta básica Diaria para cada día hospitalización.

5.3.2 Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado y/o Beneficiario la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, La Positiva deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del mismo; de no pronunciarse en dicho plazo se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, debiendo atenderse dentro del plazo de los 30 días siguientes de dicho consentimiento.

5.3.3 La Positiva no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro.

5.3.4 Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultare que el siniestro no estaba cubierto o se hubiera pagado en exceso de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual por persona y/o Beneficio Máximo de por Vida; el Asegurado y o el Beneficiario devolverá a La Positiva el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar, lo cual le será informado a través de una comunicación escrita.

Código de Registro SBS

AE0416120054