

Condiciones Generales

La Aseguradora emite la presente póliza para asegurar los riesgos descritos en ella, siempre que la información brindada por el contratante y/o asegurado sea verdadera. Los términos condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro son las siguientes:

1. DEFINICIONES:

a) 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.

b) Contratante: Es la persona natural o jurídica que toma el seguro.

c) Asegurado: Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, Certificado y/o Solicitud-Certificado, según corresponda. En esta definición está incluido el Asegurado Titular y Asegurado(s) Adicional (es).

d) Asegurado Titular: Cabeza del grupo asegurado. Asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste.

e) Asegurados Adicionales: Son los familiares directos del Asegurado Titular.

La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Asegurado Titular no corresponde a los permitidos en esta póliza.

f) Beneficiario: Es la persona natural designada en la solicitud de seguro, a quien se le reconoce el derecho a recibir el monto de la indemnización o beneficio establecido en las condiciones particulares o solicitud-certificado.

g) Beneficio Máximo Anual: Importe límite que la Aseguradora asumirá por la totalidad de atenciones del Asegurado, el cual se encuentra detallado en el Plan de Beneficios.

h) Cáncer: Para los efectos de la presente Póliza, el "Cáncer" se define como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, diagnosticado luego de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Incluye: leucemia, enfermedad Hodgkins y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros.

Excluye: carcinomas no-invasivos in situ; tumores no-invasivos que sólo exhiben cambios malignos recientes; tumores por la presencia del virus de auto-inmunodeficiencia humano (SIDA); Kaposi's Sarcoma y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de la piel que no fuera melanoma maligno.

i) Certificado de Seguro: Es el documento emitido por La Aseguradora en los casos de seguros grupales, que contiene las condiciones mínimas de aseguramiento y que es entregado a los Asegurados.

j) Coaseguro: Porcentaje que debe cancelar el asegurado cada vez que asiste al proveedor de salud cuando utiliza las coberturas de la presente póliza. Tales monto se encuentran definidos en el plan de beneficios.

k) Exclusiones: Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro.

l) Familiar directo: Son considerados familiares directos los padres, cónyuge o concubino e hijos del Asegurado Titular. La presente póliza no cubrirá a los familiares indirectos.

m) Cuestionario de Salud: Es el formulario que el Asegurado completa, de corresponder, al momento de

solicitar el seguro, en el cuál manifiesta si él, los asegurados adicionales o parientes cercanos, padecen o han padecido hasta ese momento de alguna enfermedad preexistente.

n) 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.

o) Diagnóstico Patológico Positivo: Es aquel realizado por un patólogo legalmente calificado, quien deberá

basar su diagnóstico de acuerdo a las precisiones establecidas para la cobertura del seguro, luego de haber realizado un estudio del examen histopatológico y al diagnóstico clínico.

p) FDA (Food and Drug Administration): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo si es que su seguridad y eficacia esta probada.

q) Interés Asegurable: Es el interés de carácter económico que tiene el Contratante y/o Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.

r) Informe Histopatológico: Se refiere a la documentación de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Histopatológico bajo los términos de este beneficio, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.

s) 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.

t) Clinical Practice Guidelines in Oncology: Guías de práctica clínica en oncología de la NCCN, la cual contiene los lineamientos de práctica clínica, desarrollada, actualizada y diseminada por la NCCN con base en la experiencia colectiva de norma para las políticas clínicas en oncología. Las guías representan una declaración de pruebas y consenso de expertos con respecto a la evidencia científica y sus puntos de vista sobre los enfoques de tratamientos aceptados en la actualidad.

u) National Comprehensive Cancer Network (NCCN): Entidad internacional sin fines de lucro, cuyo principal objetivo es ayudar a pacientes y a profesionales médicos a tomar decisiones sobre los tratamientos de cáncer. Elabora y actualiza las guías de prácticas clínicas en oncología. La información de dicha entidad se encuentra en: www.nccn.org.

v) La Aseguradora: Es la Positiva Seguros y Reaseguros que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.

w) Tejido: Se denomina al conjunto de células similares y especializadas que unidas realizan una función caso de siniestro cubierto por esta póliza.

x) 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 establecida en las Condiciones Particulares, en el cual no se reconocerá ninguna cobertura o gasto. En la presente póliza, no se activará ninguna cobertura durante el periodo de carencia. El periodo de carencia no resultará aplicable en caso se trate de enfermedades oncológicas que requieran de la continuidad de la atención médica, y que hayan estado cubiertas por un contrato de seguro en el periodo inmediato anterior, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 28770.

Esta póliza otorga cobertura luego de transcurridos 90 días calendario desde la fecha de inicio de la póliza. En caso que el Asegurado experimente cáncer dentro del período de carencia establecido en las Condiciones

Particulares de la Póliza, La Positiva se limitará a devolver todas las primas pagadas, por dicho Asegurado, bajo esta póliza hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares y el Asegurado liberará a La Positiva de cualquier otro pago o beneficio.

y) Póliza: Es el documento emitido por la Aseguradora que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Aseguradora y el Contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada, esto es, cláusulas adicionales, solicitud del seguro, cuestionario o declaración personal de salud y exámenes médicos, cuando corresponda; y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato, esto es los endosos respectivos.

Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

z) Prima: Es el valor determinado por la Aseguradora como contraprestación o precio por las coberturas de seguro contratadas, que debe ser pagada con la periodicidad establecida en el condicionado particular, a efectos de mantener la cobertura vigente.

aa) Siniestro: Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.

ab) Solicitud-certificado: Documento que se entrega al Asegurado y que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo siempre que sean masivos.

2. OBJETO DEL SEGURO:

El presente contrato tiene como objeto otorgar las coberturas y sumas aseguradas establecidas en las presentes condiciones generales, en las condiciones particulares, cláusulas adicionales, especiales y Plan de Beneficios a favor del Asegurado o Beneficiario y serán exigibles dentro del territorio de la República del Perú. El Asegurado Titular se obliga al pago de la prima convenida.

Los importes de las coberturas de este seguro, el monto de la prima y cualquier otro concepto a cargo del Asegurado y/o Contratante están detallados en las condiciones particulares, plan de beneficios y/o Certificado de Seguro, cuando corresponda, que forman parte integrante de la presente póliza.

COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA:

3.1 Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

La Asegurada otorga el monto indemnizatorio establecido en las condiciones particulares, certificado de seguro o solicitud certificado, cuando se diagnostique cáncer por primera vez al Asegurado. El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

3.2 Tratamiento Oncológico

La Aseguradora otorgará cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud especificadas en la presente póliza ante el padecimiento, por parte del Asegurado, de alguna enfermedad oncológica

diagnosticada dentro de la vigencia del presente contrato. Asimismo, brinda las prestaciones preventivas y promocionales, descritas en el Plan Beneficios referidas también a la prevención del riesgo oncológico.

Las coberturas de prestaciones preventivas y promocionales que otorga la Aseguradora, tales como el otorgamiento de exámenes de despistaje del cáncer en función a la periodicidad y amplitud descrita en el Plan de Beneficios del presente contrato. El íntegro de las prestaciones se realizará en la infraestructura propia del proveedor de salud que la Aseguradora determine en el Plan de Beneficios, el mismo, resultando este beneficio personal y discrecional para el Asegurado, no siendo transferible ni acumulable. El Asegurado podrá hacer uso del íntegro de ese derecho en un periodo no mayor de treinta (30) días calendarios, contados desde el inicio del despistaje preventivo.

Las prestaciones que se detallan a continuación se otorgarán conforme a los límites, condiciones, proveedores de salud según el detalle del Plan de Beneficios que acompañará a las condiciones particulares, certificado de seguro o solicitud-certificado, según corresponda.

Prestaciones ambulatorias

Honorarios médicos por consulta y/o procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

- b) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica, Adaptadas de la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- d) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- e) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
- f) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- g) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-CT).
- h) Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia, operaciones y de recuperación.

Prestaciones hospitalarias

- a) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- c) Medicamentos oncológicos para quimioterapia y terapia biológica, Adaptadas de la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- d) Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos, incluyendo: catéteres permanentes, líneas de infusión, mallas marlex, grapas, oxígeno y anestésicos, relacionados con el tratamiento de la enfermedad oncológica.
- e) Exámenes de laboratorio relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.
- f) Exámenes histopatológicos postquirúrgicos, incluyendo exámenes de inmunohistoquímica para clasificación o tipificación.
- g) Estudios de imágenes, tales como ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética.
- h) Estudios de medicina nuclear, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET-scan).
- i) Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, quimioterapia y radioterapia, incluyendo salas de quimioterapia,

operaciones y de recuperación.

j) Nutrición Parenteral Total, para pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia, o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fistulas que impidan la alimentación enteral del paciente.

Prestaciones domiciliarias para cuidados paliativos y terapias del dolor

Asistencia de personal técnico de enfermería para el manejo de los equipos especiales de administración de medicamentos.

b) Médico paliativista para la evaluación y prescripción del tratamiento paliativo y terapia del dolor, originado por el avance de la enfermedad oncológica.

c) Enfermera para la administración del tratamiento endovenoso, exclusivamente prescrito por el médico paliativista del proveedor de salud de la Aseguradora y la curación de heridas.

d) Medicamentos relacionados al tratamiento paliativo y terapia del dolor por la enfermedad oncológica, incluyendo materiales e insumos para su administración, tales como catéteres permanentes, líneas y bombas de infusión, oxígeno.

e) Equipos cama clínica mecánica.

Las atenciones antes señaladas se prestarán conforme a las siguientes consideraciones:

Honorarios profesionales: Remuneración o contraprestación al personal de salud relacionado a los servicios médicos brindados a los pacientes del Programa Oncológico, sean ambulatorios y hospitalarios, clínicos o quirúrgicos, siempre que sean brindados exclusivamente por los profesionales asignados por el proveedor de salud de la Aseguradora

Quimioterapia: Tratamiento farmacológico cuyo objetivo es detener el crecimiento o multiplicación de las células cancerosas. Puede administrarse en forma ambulatoria u hospitalaria de acuerdo al esquema de quimioterapia establecido por el profesional del proveedor de salud de la Aseguradora. Se cubre los medicamentos quimioterápicos convencionales, los insumos necesarios para su administración (incluyendo catéteres y bombas de infusión), así como los servicios ambulatorios u hospitalarios.

Terapia Biológica: Tratamientos y/o fármacos definidos como terapia biológica llamados también modificadores de la respuesta biológica, terapia blanco dirigida, bioterapia o terapia modificadora de respuesta biológica y otros definidos como sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia, inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa y proteosomas e inmunoterapia. Tales como:

- Anticuerpos monoclonales: Fármacos utilizados para bloquear las células tumorales con la intención de destruirlas de manera selectiva, sin provocar mayor daño de las células sanas.

- Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim): Fármacos que se administran a los pacientes para estimular las células de la médula ósea a que produzcan más células sanguíneas.

- Inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa y proteosomas: Moléculas que bloquean el funcionamiento de un conjunto de enzimas del tipo tirosinkinasa implicadas en activar la multiplicación celular, la cual está sobre estimulada en muchos tipos de tumores. El producto Imatinib tendrá cobertura diferenciada, establecida en el

plan de beneficios, solo para los casos de leucemia mieloide crónica y tumor del estroma gastrointestinal (GIST)

- Inmunoterapia (BCG): Suministrado si es prescrito por el médico tratante del proveedor de salud de la Aseguradora para cáncer de vejiga, durante el tiempo que dure el tratamiento o hasta recurrencia.

Asimismo, se cubren los insumos necesarios para su administración, incluyendo catéteres y bombas de infusión, así como los servicios ambulatorios u hospitalarios. Coberturas y copagos detallados en el plan de beneficios según programa contratado.

Radioterapia: Uso de radiación de alta energía proveniente de partículas u ondas, tales como los rayos X, rayos gamma, u otras fuentes, cuyo objetivo es lesionar o destruir las células cancerosas en el área que recibe tratamiento y reducir el tamaño de los tumores. La cobertura incluye radioterapia convencional y 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía. Siempre que sea indicado por el médico radioterapeuta asignado por el proveedor de salud de la Aseguradora, cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por el proveedor de salud de la Aseguradora.

Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, anatomía patológica e inmunohistoquímica para clasificación o tipificación, estudios de imágenes (ecografías, rayos X, tomografía computarizada y resonancia magnética) y medicina nuclear, relacionados al control y seguimiento del tratamiento de la patología oncológica.

Estudios de medicina nuclear: Estudios que usan sustancias radiactivas, llamadas también radiofármacos, para crear imágenes en base a la dinámica química del cuerpo, tales como: gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET Scan). También se incluye, en este beneficio, el tratamiento con lodo radioactivo.

Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Estudio de imágenes no invasivo que utiliza radio-isótopos emisores de positrones para generar imágenes moleculares del organismo. La cobertura incluye el examen y la sustancia radioactiva FDG, siempre que sea indicado por el médico tratante asignado por el proveedor de salud de la Aseguradora y cumpla con los criterios de pertinencia recomendados en las Guías de la NCCN adoptadas por el proveedor de salud de la Aseguradora.

Atención domiciliaria para cuidados paliativos y terapias de dolor: Servicio de asistencia médica, de enfermería o técnico de enfermería para el suministro de tratamiento paliativo y/o terapia del dolor, de equipos médicos que faciliten la estancia del paciente en su domicilio a partir de un estado terminal (que no sean tributarios de tratamiento oncológico curativo), agónicos y/o completa postración.

El otorgamiento de estas prestaciones y asignación del personal técnico y/o de enfermería se encuentra condicionado a la previa asignación permanente de un cuidador principal, por cuenta propia de la familia, durante la estancia del paciente en el domicilio, el cual tendrá a su cargo las actividades de alimentación, baño e higiene, vestido y acalamiento, uso de servicios higiénicos, mitigar soledad y potenciar la autoestima.

La asignación del tratamiento paliativo, del personal técnico y de enfermería y asignación de horas del mismo se encontrará exclusivamente a cargo del Profesional Paliativista asignado por el proveedor de salud de la Aseguradora. El otorgamiento de horas del personal se hará por periodos y frecuencias específicas, en turnos

diurnos variables de 12, 6 y 3 horas; con frecuencia diaria, interdiaria o semanal; sujetos a variación según la criticidad evolutiva o involutiva del paciente.

Estas prestaciones se entregarán solo en el domicilio declarado del paciente, no consintiendo bajo ninguna circunstancia el traslado del personal asignado y equipos fuera de este lugar (incluyendo entre otras: instalaciones médicas, de cuidados intermedios y/o albergues).

Trasplante de médula ósea histocompatible: Se otorga en el territorio nacional y solo en los proveedores específicamente autorizados por el proveedor de salud de la Aseguradora y que cuenten con la autorización por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA para realizar estos procedimientos y siempre que se encuentre médicamente indicado y recomendado en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Previa autorización por la junta médica permanente del proveedor de salud de la Aseguradora. Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del Asegurado receptor. No incluye estudio de donantes.

Nutrición Parenteral Total (NPT): Alimentación endovenosa que se otorga solo durante la estancia hospitalaria hasta por un periodo máximo de hasta 3 semanas, a pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia y/o quimioterapia o sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y/o fístulas que impidan la alimentación enteral del paciente, siempre y cuando no tengan carcinomatosis y/o enfermedad metastásica sistémica. Se otorgará solo con autorización previa del proveedor de salud de la Aseguradora bajo indicación médica pertinente evaluada por la junta médica permanente.

Prestaciones Complementarias

La Aseguradora, a través del proveedor de salud establecido en el Plan de Beneficios, otorgará las siguientes prestaciones siempre que se ejecuten con la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

Biopsia para descarte de cáncer de mama: Se cubrirá el costo de la biopsia al Asegurado con sospecha de cáncer demostrada por estudios de imágenes y bioquímicos, y con diagnóstico anátomo patológico final positivo.

Reconstrucción mamaria y de pezón: Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas dentro de la cobertura del programa oncológico bajo la vigencia del presente CONTRATO y solo a cargo de los cirujanos designados por del proveedor de salud de la Aseguradora para este propósito. Esta cirugía deberá realizarse exclusivamente en la red propia de la del proveedor de salud de la Aseguradora y con el único propósito de restablecer la usual apariencia del órgano comprometido, previa autorización por la junta médica permanente del proveedor de salud de la Aseguradora.

Prótesis de mama: Se otorga, por única vez, solo para casos de mastectomía radical por cáncer de mama atendidas bajo la cobertura del programa oncológico, siempre que haya transcurrido como mínimo un año desde la contratación de la póliza y solo a cargo de los cirujanos designados por el proveedor de salud de la Aseguradora para este propósito. La prótesis será la establecida por la IAFAS (Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud) de acuerdo a las características del paciente. No se cubrirá el cambio de la prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.

Prótesis testicular post orquidectomía por cáncer de testículo o próstata: Aplica, por única vez, solo para casos de cáncer de testículo y/o próstata orquidectomizados, atendidos bajo la cobertura del programa oncológico, siempre que haya transcurrido como mínimo un año desde la contratación de la póliza y solo a cargo de los cirujanos designados por el proveedor de salud de la Aseguradora para este propósito. La prótesis será la establecida por el proveedor de salud de la Aseguradora de acuerdo a las características del paciente.

Foniatría en cáncer primario de laringe: Se otorgará solo a pacientes con disfonía severa o pérdida del habla, posterior a cirugía por cáncer primario de laringe y cuerdas vocales hasta un máximo de 12 sesiones, siempre que se programen con la regularidad de 03 veces por semana y de manera ininterrumpida.

Psicooncología: Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, curadores o responsables), 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente. Adicionalmente, asistencia a talleres programados por el proveedor de salud de la Aseguradora durante el año.

Nutricionista: Asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). 03 consultas programadas por la especialidad dentro de los primeros 90 días contados a partir de su admisión como paciente. Adicionalmente, asistencia a talleres programados por el proveedor de salud de la Aseguradora durante el año.

Segunda opinión médica: Solo en casos que el médico tratante solicite opinión a la junta médica permanente del proveedor de salud de la Aseguradora, ante la falta de respuesta esperada a los estándares de manejo clínico de la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y previo consentimiento del paciente.

Ambulancia terrestre: Se otorgará, al alta hospitalaria en caso de pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse, con destino a su domicilio, previa solicitud con un mínimo de 24 horas de anticipación. La programación del servicio está sujeta a disponibilidad de unidades. No es aplicable para urgencias y/o emergencias médicas.

Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Cobertura de 01 boleto aéreo nacional (ida y vuelta) al año (por cada renovación), en vuelo comercial, para aquellos pacientes domiciliados en provincia que por causa médica, evaluada por el proveedor de salud de la Aseguradora, deban desplazarse desde su lugar de origen hacia el lugar de tratamiento. La solicitud del beneficio deberá hacerse con mínimo 30 días de anticipación y la programación de fechas de ida y retorno estará sujeta a disponibilidad de ruta aérea comercial y cupos disponibles de la aerolínea asignada por la Aseguradora.

Terapia física: Se otorgará terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de 12 sesiones durante los 3 primeros meses posteriores a la cirugía antes descrita y previa autorización por la junta médica permanente del proveedor de salud de la Aseguradora.

Alimentación para acompañante: Beneficio para un (01) acompañante de paciente pediátrico (hasta los 17 años) hospitalizados, compuestos por un desayuno, un almuerzo y una cena del menú estándar que la clínica

establezca para el día y en el mismo horario de los pacientes, debiendo ser solicitado con la anticipación establecida por la clínica. Máximo hasta por cinco (5) días.

Despistaje Oncológico: Paquete de exámenes preventivos, diseñado, según sexo y edad del Asegurado, para detectar la sospecha de enfermedad oncológica. Aplica para todos los Asegurados a partir de la primera renovación del presente contrato de seguro y con una periodicidad detallada en el plan de beneficios elegido, teniendo en cuenta desde su último despistaje efectivo.

Las prestaciones de salud que la Aseguradora otorga a favor del Asegurado en virtud del presente contrato, comprende las condiciones asegurables y atenciones oncológicas contenidas en el Plan de Beneficios, que correspondan a los conceptos de pertinencia, según la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), con base al cumplimiento de los siguientes criterios:

- Que los procedimientos oncológicos se encuentren recomendados y comprendidos en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), estos procedimientos deben estar acordes a su diagnóstico oncológico y sustentarse hasta en un nivel de evidencia 2A.
- Que el tratamiento de quimioterapia y el(los) fármaco(s) oncológico(s) indicado(s), hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico y se encuentren comprendidos en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- Que los procedimientos y tratamientos oncológicos se encuentren estrictamente relacionados al/los diagnóstico(s) oncológico(s) admitido(s) y sea(n) autorizado(s) por la Aseguradora.
- Que los tratamientos, exámenes y/o medios diagnósticos se encuentren disponibles y se ejecuten íntegramente en el país.
- Que los medicamentos cuenten con la aprobación de DIGEMID y de la Food and Drug Administration (FDA) y se encuentren disponibles en el país.

La Aseguradora podrá otorgar coberturas adicionales de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

4. EXCLUSIONES:

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

- a) **Enfermedad oncológica 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. No aplicará la presente exclusión en caso que el tratamiento oncológico haya sido objeto de cobertura en una póliza inmediatamente anterior, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770.**
- b) **Todo diagnóstico anatómico patológico positivo para neoplasia maligna, siempre y cuando se haya producido antes de culminado el periodo de carencia señalado en las condiciones generales de la póliza.**

- 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 presente 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 presente 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, salvo la prótesis mamaria y testicular.**
- i) **Reconocimiento de gastos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y sus derivados como albúmina, entre otros; así como las pruebas de tamizaje de donantes.**
- j) **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 presente contrato.**
- k) **Trasplante de médula ósea y radiofrecuencia, búsqueda y análisis de compatibilidad del donante de médula ósea, salvo el trasplante de médula ósea histocompatible.**
- l) **Radioterapia con intensidad modulada (IMRT), salvo las expresamente señaladas en el numeral 3.2 del presente contrato.**
- m) **Tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de los procedimientos de atención establecidos en el presente contrato, así como las complicaciones que se puedan derivar de ellas.**
- n) **Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas por los médicos de los proveedores de salud, según lo establecido en el presente contrato.**
- o) **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.**
- p) **Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.**

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

r) 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.

s) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH / SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.

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

a) Enfermedades oncológicas preexistentes o anterior diagnóstico oncológico del asegurado.

b) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH / SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.

c) Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico Anátomo Patológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.

d) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.

e) Cáncer cérvico uterino "In situ".

f) Cualquier diagnóstico oncológico 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.

5. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

El presente contrato de seguro tendrá la vigencia establecida en las condiciones particulares y/o certificado de seguro y/o solicitud certificado, según corresponda. De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la prima o cuota de seguro correspondiente.

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 prima o cuota de seguro, 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.

6. RENOVACIÓN

La Póliza podrá renovarse automáticamente, según se establezca en las Condiciones Particulares y/o Certificado y/o solicitud-certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

7. CAUSALES DE TERMINACIÓN, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

7.1 La terminación de la póliza y/o certificado de seguro y/o solicitud-certificado se produce sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

Código SBS N° AE0416400250 - Póliza adecuada a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

- a) Al fallecimiento del Asegurado
- b) Al término de la vigencia de la póliza, en caso no sea renovada
- c) La cobertura del seguro se extingue por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago de la prima establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.
- d) Si el Asegurado experimenta cáncer dentro del periodo de carencia, de acuerdo a lo indicado en el literal v) de la cláusula 1. En dicho caso, La Positiva se limitará a devolver la prima pagada por el Asegurado Titular. Para dichos efectos, a partir del día siguiente de producida la terminación del contrato, el Asegurado Titular podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima, reembolso que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. En caso de corresponder, el reembolso se hará efectivo en las Oficinas de la Aseguradora luego de quince (15) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.

7.2 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza y/o certificado de seguro, según corresponda, durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita dirigida al Contratante y Asegurado Titular con treinta (30) días calendario de anticipación.

b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante o Asegurado Titular, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, presentando la siguiente documentación:

Carta dirigida a la Compañía en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.

Original y copia de documento nacional de identidad

La solicitud de resolución del Contrato y la devolución de prima correspondiente, se podrá requerir conjuntamente, dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de La Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado Titular, según corresponda, tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia de DNI y vigencia de poder del apoderado.

El reembolso se podrá hacer efectivo en las Oficinas de La Aseguradora luego de haberse producido la resolución del contrato de seguro o luego de quince (15) días calendarios de haber sido presentada la solicitud de devolución de primas, según corresponda, en tanto el contrato se encuentre resuelto.

c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo o aprobación del siniestro, dentro del plazo señalado en la cláusula 10,

informará la resolución del contrato de seguro, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Asimismo, en la misma comunicación, la Aseguradora informará al Asegurado Titular que en plazo de quince (15) días calendarios posteriores a recibida la comunicación, podrá acercarse a las Oficinas de la Aseguradora para percibir el reembolso de la prima en caso corresponda, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

d) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario por El Contratante, facultará a la Aseguradora a resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días calendario mencionados precedentemente.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

e) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 15 del presente condicionado general, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo del seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- (i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- (ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
- (iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- (iv) La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales (i), (ii) y (iii) precedentes, La Aseguradora tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Asegurado Titular, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional al periodo efectivamente cubierto.

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por la Aseguradora y el Asegurado Titular tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendario de la resolución del contrato de seguro. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidad o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.
- d) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Asegurado Titular el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

- i) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- ii) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.
- iii) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- iv) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8.- PRIMA:

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura durante el plazo de vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las condiciones particulares y/o Certificado de Seguro.

El pago de la prima se realizará a través del medio de pago convenido con la Aseguradora. En caso que se utilice un medio de pago diferente al pago en efectivo, como el cargo en cuenta o a través de tarjeta de débito o crédito, el Asegurado Titular será responsable de verificar que los pagos se realicen satisfactoriamente. La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca el atraso en el pago de las primas, salvo lo previsto en el numeral 20 del presente condicionado general.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora –vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro)- comunicará al Contratante y Asegurado Titular dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima. El mencionado plazo no podrá ser menor a los treinta (30) días antes indicados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver la póliza de seguro o certificado, según corresponda. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver la póliza de seguro o certificado, según corresponda, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Asegurado Titular cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago.

Si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que la póliza de seguro o certificado, según corresponda queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Asegurado Titular y Contratante del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias.

Las primas podrán ser reajustadas por la La Aseguradora en base a los análisis técnicos de: (i) la siniestralidad histórica y la esperada, (ii) el índice de inflación, (iii) tablas de mortalidad y morbilidad y/o (iv) incremento de los tarifarios de la Red de Proveedores de Salud.

PERSONAS ASEGURABLES:

Podrán ingresar como asegurado de la presente póliza:

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza cualquier persona residente en la República del Perú y que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y con las edades establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro y/o Certificado, permaneciendo como Asegurados de la Póliza sin límite de edad.

Código SBS N° AE0416400250 - Póliza adecuada a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse con documento fehaciente en los casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del Siniestro amparado por este Contrato de Seguro.

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 EN CASO DE SINIESTRO:

Aviso del siniestro.

Para activar las coberturas de la presente póliza, el Asegurado tendrá un plazo máximo de 30 días calendarios desde que se tiene conocimiento del diagnóstico oncológico o del beneficio:

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, así como también en el Certificado de Seguro.

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 211-0-213 y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

Si el Asegurado o Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro en ambos casos precedentes, y de ello resulta un perjuicio a La Aseguradora, ésta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado o Beneficiario, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Asegurado o Beneficiario, pierde el derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o en aquellos casos que La Positiva haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Activación de la cobertura - Tratamiento Oncológico

Posteriormente, los siguientes documentos deberán ser presentados al proveedor de salud en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

Código SBS N° AE0416400250 - Póliza adecuada a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

- 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), según corresponda

Para activar la cobertura de tratamiento de salud, la documentación previamente detallada deberá ser revisada por el proveedor de salud, quien coordinará con la Aseguradora a efectos de que esta última se pronuncie sobre la cobertura en un plazo máximo de 30 días calendario contados desde la fecha de presentación de la documentación por parte del Asegurado, salvo que el Plan de Salud establezca un plazo menor al previamente indicado.

Activación de la cobertura - Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

Se deberá presentar a la Aseguradora, los documentos indicados en los párrafos precedentes y, además, la Historia Clínica foliada y fedateada del Asegurado.

En el 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, salvo que solicite una prórroga al Contratante o Asegurado, según corresponda, para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante o Asegurado, según corresponda, 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 presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde conocida la existencia del beneficio de la póliza en el caso de los seguros con cobertura de fallecimiento.

Investigación de siniestros

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 de la investigación realizada resultara que el siniestro no estaba cubierto, el Asegurado 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 su enfermedad 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.

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE:

El Beneficiario perderá el derecho a ser indemnizado, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquier Beneficiario o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso que exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

12. 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.

13. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Contratante, Asegurado y el Beneficiario, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614 , y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y La Aseguradora sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la Aseguradora.

14. INDISPUTABILIDAD:

Esta póliza será indisputable, es decir, la Aseguradora no podrá invocar reticencia o falsa declaración, una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contados a partir de la fecha de su perfección, excepto en los casos que medie actuación dolosa del Contratante y/o Asegurado.

15. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Las comunicaciones dirigidas por la Aseguradora al Contratante y/o Asegurado podrán realizarse a través del correo electrónico que se señala en la solicitud de seguro, o, por escrito, para lo cual serán dirigidas al domicilio del Contratante y/o Asegurado.

Para los efectos del presente contrato la Aseguradora, el Contratante y/o Asegurado señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares o certificado de seguro, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones físicas en general.

Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a la Aseguradora por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

16. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, resultante, 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 y/o Asegurado y/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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de Comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el Contratante podrá resolver la póliza y el Asegurado Titular el certificado de seguro, 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 o nota de cobertura provisional o Certificado de Seguro, 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. 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 y/o Asegurado Titular podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

18.1 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, debiendo la Aseguradora remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

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.

18.2 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.

La Positiva deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado Titular las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato. El Contratante tiene la responsabilidad de informar al Asegurado Titular las modificaciones propuestas.

19. PROTECCION DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el Contratante/Asegurado queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de la Aseguradora, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Aseguradora utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, la Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Contratante/Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El Contratante reconoce y acepta que la Aseguradora podrá encargarse del tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el Contratante/Asegurado son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Contratante decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la Aseguradora. Conforme a ley, el Contratante/Asegurado está facultado a ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

La Aseguradora es responsable frente al Contratante/ Asegurado por la cobertura contratada. Asimismo es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

Código SBS N° AE0416400250 - Póliza adecuada a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

Las comunicaciones cursadas por el Contratante/Asegurado o sus beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza de seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido dirigidos a la Aseguradora. Así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a la Aseguradora.

21. CESION DE CARTERA

El Contratante y/o Asegurado declaran conocer que la Aseguradora tiene la facultad de ceder su cartera de seguros del que forma parte el presente producto, cumpliendo de manera previa con el procedimiento establecido en la normativa vigente.

En dicho supuesto, la Aseguradora pondrá en conocimiento del Contratante y/o Asegurado, el inicio del procedimiento de cesión de cartera, a través de los medios de comunicación que usó para la contratación del seguro, otorgándoles un plazo de 60 días calendarios para que se pronuncie, luego de cual se entenderá por aceptada la decisión de ser cedidos, aun cuando no se haya manifestado en contra de la comunicación recibida.

El Contratante y/o Asegurado tiene derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso el contrato de seguro terminará a la finalización de la vigencia que corresponda, siendo la Aseguradora la que se haga cargo de las obligaciones del contrato.

22. TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

22.1 Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato que tenía contratado el Contratante y/o Asegurado en el periodo inmediato anterior al de la presente póliza, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto. Las preexistencias deberán ser informadas por el Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación del seguro; sin embargo, la Aseguradora podrá efectuar recargos por producto o clase.

El Asegurado y/o Beneficiario podrá contratar en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquiera aseguradora del sistema de seguros peruano. Ello para efectos de no ser considerada enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el Asegurado y/o Beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia del contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior.

22.2 El Contratante y/o Asegurado deberá informar el tipo de preexistencia que adolece y la empresa que le viene cubriendo.

22.3 La Aseguradora ofrecerá seguros a las personas que migren de otras empresas de seguros y/o EPS, los cuales tendrán como mínimo las mismas coberturas del producto anterior del Contratante y/o Asegurado.