

MICROSEGURO MULTIRIESGO DE ACCIDENTES Y SALUD POR INDEMNIZACIÓN

Condiciones Generales

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 y afecta al asegurado ocasionando la muerte o heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas por un médico.

Es condición esencial para la cobertura que la muerte, sea consecuencia directa del accidente y ocurra dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

1.2. Accidente de Tránsito

Evento súbito, imprevisto y violento en el que participa un vehículo automotor en marcha o en reposo en la vía de uso público, causando daño al Asegurado, sea ocupante o un tercero no ocupante del vehículo, y que pueda ser determinado de manera cierta.

1.3. Accidente Cerebro Vascular

Es una enfermedad vascular, por la que se da la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, ocasionando secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y/o son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extracraneal. **El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.**

1.4. Asegurado

Es la persona identificada como tal en la Solicitud-Certificado y en las Condiciones Particulares, en caso corresponda.

1.5. Ataque cardíaco o infarto al miocardio

La muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante.

1.6. Beneficiario

Es el titular de los derechos indemnizatorios.

Los beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental del Asegurado, Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado y Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente serán los designados en la Solicitud-Certificado de Microseguro. En caso no haya tal designación o en caso de muerte del Beneficiario, la indemnización será pagada de acuerdo al siguiente orden de precedencia:

- a) Cónyuge o concubino sobreviviente,
- b) Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años inválidos de manera total y permanente para el trabajo,
- c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años,
- d) Los padres,
- e) Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años inválidos de manera total y permanente para el trabajo,
- f) Los herederos legales del Asegurado de acuerdo a la inscripción ante la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos de la Sucesión Intestada o Testamento, en caso corresponda. Si fueran dos o más los beneficiarios, el importe se dividirá y abonará en partes iguales.

Para las coberturas de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado e Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado.

1.7. Cáncer

Para los efectos de la presente póliza, se considera cáncer como aquella enfermedad en la que está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas. La enfermedad deberá haberse diagnosticado después del inicio de vigencia del microseguro.

Incluye: Leucemia, Enfermedad Hodgkins y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros.

Excluye: carcinomas no-invasivos en situ (tumores con células malignas que no producen metástasis y que se encuentre focalizados en un solo lugar); tumores no-invasivos (tumores que no producen metástasis) que sólo exhiben cambios malignos reciente; 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.

1.8. Condiciones Generales

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

1.9. 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.

No se considera condición preexistente aquella que se haya generado o por la que el Asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro o Plan de la EPS, que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica o Plan de la EPS diferente.

1.10. Contratante

Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y cuyo nombre figura en la solicitud-certificado, quien además podrá tener la condición de un comercializador de la presente póliza, en caso corresponda.

1.11. Conviviente (Concubino)

Aquel que establece una unión de hecho, voluntariamente realizada y mantenida por un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial, que procuran alcanzar las finalidades y deberes semejantes a los del matrimonio, según lo establecido en el artículo 326 del Código Civil.

1.12. Declaración de Salud

Es la declaración que efectúa el Asegurado al momento de solicitar el seguro, mediante la cual declara no haber sido diagnosticado ni recibido tratamiento por enfermedades graves con anterioridad a la solicitud del microseguro. Las condiciones preexistentes conocidas y no declaradas pueden determinar el rechazo de una reclamación.

1.13. Distrofia(s) Muscular(es)

Es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por una progresiva pérdida de la capacidad muscular.

1.14. Diagnóstico Clínico

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

1.15. Diagnóstico Patológico Positivo

Es aquel realizado por un patólogo legalmente calificado, quien deberá basar su diagnóstico de acuerdo a las definiciones establecidas para una enfermedad grave bajo esta póliza, luego de haber realizado estudio del examen histopatológico y el diagnóstico clínico.

1.16. Enfermedad

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

1.17. Esclerosis Múltiple

La enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, consistentes con la impariedad de función, pero las que no lleven necesariamente al Asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

1.18. Establecimientos de Salud

Es el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar servicios generales de medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos, para los pacientes, quirófano y equipo de rayos X, que proporcione 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 larga duración como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcoholismo, o terapias ocupacionales.**

1.19. Evidencia Documentada

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

1.20. Hospitalización

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

1.21. Informe Histopatológico

Informe que contempla como resultado positivo la presencia de cáncer. El informe deberá ser fechado (mes, día, año) y firmado por un médico especialista. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.

1.22. Interés Asegurable

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

1.23. Invalidez Permanente Total

Casos en los que se produzca la pérdida o disminución de la fuerza física o intelectual que genere un menoscabo en el Asegurado, de acuerdo a los supuestos detallados en el punto 3.2 del presente condicionado.

1.24. Médico

Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina.

1.25. Medios de Transporte Público

Para efectos de la presente póliza, se considera como tal a cualquier medio de transporte público, regular, masivo y autorizado para el transporte de pasajeros, sea terrestre, aéreo, marítimo o fluvial de uso comercial y de itinerario regular por el cual el usuario deba pagar una tarifa. **Se excluye de este tipo de transporte los taxis, taxi colectivos y todo tipo de vehículos automotores de dos y tres ruedas.**

1.26. Pago Diario

Corresponde a la indemnización pagadera por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización del Asegurado en un establecimiento de salud a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en la Solicitud-Certificado de Microseguro.

1.27. Parálisis

La pérdida completa y permanente de la función motora, de una o más extremidades a causa de una enfermedad o accidente.

1.28. Prima

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

1.29. Póliza

Se entiende por póliza, el presente contrato de seguro constituido por la Solicitud-certificado, 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 del mismo.

1.30 Relación Causal

Relación entre el daño originado y el hecho que lo ha producido, como elemento necesario para determinar las responsabilidades de su autor, de ser el caso.

1.31. Siniestro

Es la manifestación concreta del riesgo asegurado del que resultan lesiones personales o daños materiales amparados por la presente póliza.



1.32. Solicitud - Certificado de Microseguro

Documento que acredita la contratación del microseguro bajo la modalidad de seguro de grupo o colectivo.

1.33. Suma Asegurada

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor de indemnización que La Positiva pagará en caso de siniestro cubierto por esta póliza.

1.34. Vehículo Automotor

Aquel que se desplaza por vías de uso público terrestre con propulsión propia.

1.35. Vías de Uso Público

Carretera, camino o calle abierta al tránsito de peatones u vehículos automotores.

2.1 Contratantes

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

2.2 Pago de primas

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

2.2.2 Si la prima no es pagada dentro del plazo indicado, se otorga un plazo de gracia adicional de treinta (30) días calendario contados desde el día siguiente al último día que el Asegurado o Contratante, según corresponda, tuvo para cancelar la prima. Durante el periodo de gracia la cobertura de la póliza permanecerá vigente.

2.2.3 Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida, una vez transcurridos los 30 días calendario de periodo de gracia, origina la resolución automática del microseguro, sin necesidad que La Positiva comunique de forma previa.

2.2.4 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. En el caso de que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero u otra persona natural o jurídica debidamente autorizada que haya suscrito un contrato de comercialización con La Positiva, los pagos efectuados por el Asegurado al comercializador se consideran abonados a La Positiva.

2.3 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.

2.4 Comunicaciones y domicilio

2.4.1 Los avisos y comunicaciones que intercambien La Positiva, el Contratante y/o el Asegurado y que deban realizarse de manera escrita, serán efectuadas al domicilio físico y/o correo electrónico que aparecen registrados en la póliza o Solicitud - Certificado.

2.4.2 Si el Contratante y/o Asegurado cambiara de domicilio y/o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a La Positiva por escrito. Todo cambio de domicilio y/o de correo electrónico surtirá efectos desde su notificación, sin embargo aquellas modificaciones que se realicen sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

2.5 Causales de terminación de la cobertura, resolución y nulidad contractual:

2.5.1 La cobertura de la solicitud-certificado termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

a) Cuando la Positiva pague la totalidad de las coberturas contratadas.

b) A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las presente condiciones.

2.5.2 La resolución deja sin efecto la póliza o la solicitud-certificado, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

a) Por la falta de pago de la prima. En dicho supuesto, la Positiva tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.

b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Asegurado o Contratante o de la Positiva, cuando corresponda enviando una comunicación a la contraparte con una anticipación no menor a treinta (30) días. Deberá presentar la siguiente documentación:

• Original y copia de documento nacional de identidad

Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Positiva, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o el comercializador cuya dirección se indica en la solicitud-certificado o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro.

c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo del siniestro, dentro del plazo señalado en la cláusula 6, informará la resolución del contrato de seguro.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, El Contratante o Asegurado podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Positiva, el reembolso de la prima que corresponda por el

periodo no corrido, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las oficinas de La Positiva o el Comercializador luego de treinta (30) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva. La Positiva tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

2.5.3 La nulidad supone la ineficacia total de la póliza o solicitud-certificado de seguro, según corresponda desde el momento de su celebración. El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

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 íntegro 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.

Si existen 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 contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de 10 días 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 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.

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.

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.

Si el Asegurado hubiera cobrado cualquier suma correspondiente a un siniestro cubierto bajo la presente póliza, y luego se revelara 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 y tributos que pudieran corresponder.

En los supuestos comprendidos en los numerales 2.5.3 b), c) y d) La Positiva procederá a la devolución de la prima, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de nulidad del contrato.

2.6 En Caso de Solicitud de Cobertura fraudulenta

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

2.7 Renovación del seguro

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares, siempre que el Contratante y/o Asegurado cumpla con pagar la prima correspondiente.

El presente contrato de seguro podrá no renovarse de forma automática, debiendo para tal efecto comunicarlo cualquier de las partes por escrito con sesenta (60) días calendarios de anticipación a la fecha la renovación.

2.8 Procedimiento para la atención de reclamos y consultas

La Positiva atenderá los reclamos y consultas en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado por el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario. En caso de persistencia del reclamo o consulta, el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrán optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos, en caso consideren hayan sido vulnerados.

La Positiva Seguros recibirá los reclamos y consultas del Asegurado, Contratante y/o Beneficiario en su "Área de Servicio al Cliente" llamando al 211-0-211 desde Lima o al 74-9000 desde provincias, en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional (relación de direcciones en la web: www.lapositiva.com.pe), así como a través de la misma página web de La Positiva Seguros.

2.9 Defensoría del Asegurado

El Asegurado, Contratante y/o Beneficiario tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre ellos 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 para La Positiva pero no para el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario quienes mantienen inalterable su derecho de recurrir a otras instancias

2.10 Prescripción liberatoria

Los beneficios derivados de la presente póliza prescriben en los plazos establecidos en el marco legal vigente aplicable a la materia.

2.11 Modificación de Condiciones Contractuales

2.11.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación escrita y detallando las modificaciones en caracteres destacados, remitida por La Positiva a través de los mecanismos de comunicación pactados, 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 Positiva; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Positiva 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.

2.11.2 Durante la vigencia del contrato, la Positiva 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 Positiva 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 información suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento de los Asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato.

2.12 Tratamiento de datos personales

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el 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 Positiva, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Positiva 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 Positiva utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El Asegurado reconoce y acepta que La Positiva podrá encargar el 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 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 Asegurado decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Positiva. Conforme a ley, el 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.



2.13 Registro Nacional de Información

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, regulado mediante Ley N° 29355.

2.14 Condiciones de Asegurabilidad

Son asegurables conforme a esta póliza, las personas desde los 18 años de edad cumplidos hasta los 65 años de edad cumplidos (64 años, 11 meses y 29 días), con permanencia hasta los 84 años de edad y 365 días.

3. Cobertura del seguro

Con sujeción a las Condiciones Generales de la presente póliza y hasta por los límites expresamente contratados, los endosos y/o cláusulas adheridas a ella, La Positiva cubre los siguientes riesgos:

3.1. Muerte Accidental del Asegurado

La Positiva pagará al Beneficiario la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado del Microseguro como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. **Queda entendido y convenido que la muerte deberá ocurrir a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.**

3.2 Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado

La Positiva pagará al Asegurado las sumas estipuladas en la Solicitud-Certificado del Microseguro, como consecuencia de invalidez permanente total, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. Queda entendido y convenido que la invalidez permanente total del Asegurado debe ocurrir a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente. **Se considera invalidez permanente total únicamente los siguientes supuestos:**

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- b) Fractura de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- c) Pérdida completa de ambos ojos.
- d) Pérdida completa de los brazos o de ambas manos.
- e) Pérdida completa de ambas piernas o de ambos pies.
- f) Pérdida completa de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna.
- g) Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie.

Aclaraciones

- Por pérdida completa se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- Por pérdida de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada.
- Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por muerte o invalidez permanente total. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez permanente total, La Positiva no estará obligada a pagar el beneficio de Muerte Accidental del Asegurado, señalada en el numeral 3.1.

3.3 Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado
La Positiva pagará al Asegurado la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado de Seguro como consecuencia del fallecimiento del Cónyuge o Concubino (a) del Asegurado declarado en la póliza, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. **Queda entendido y convenido que la muerte debe ocurrir a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.**

3.4 Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente

La Positiva pagará la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado del Microseguro en caso de fallecimiento del Asegurado y de su Cónyuge o Concubino declarado (a) expresamente en la Solicitud-Certificado, **dicho fallecimiento deberá producirse en un mismo accidente y ocurrir dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente.**

3.5 Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado

La Positiva pagará la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado del Microseguro al Beneficiario como una indemnización adicional solo en caso el fallecimiento del Asegurado se deba a un accidente sufrido en un medio de transporte público, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. **Queda entendido y convenido que la muerte del Asegurado debe ocurrir a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.**

3.6 Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado

La Positiva pagará al Beneficiario la suma de asegurada indicada en la Solicitud-Certificado de Microseguro por cada día, superior a veinticuatro (24) horas de internación en un establecimiento de salud, si como consecuencia de un accidente o enfermedad, haya sido necesario su hospitalización debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independiente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

3.7 Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado

La Positiva pagará al Beneficiario la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado de Microseguro en caso se le diagnosticara al Asegurado, durante la vigencia de esta póliza, cualquiera de las siguientes enfermedades:

3.7.1 Cáncer

A efectos de contar con la cobertura contratada bajo la presente póliza, el diagnóstico clínico deberá ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de 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.**

3.7.2 Ataque Cardíaco o Infarto al Miocardio

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico de esta enfermedad deberá estar basado en todas las siguientes situaciones:

- a) Un historial del típico dolor de pecho, propio de una enfermedad cardiaca isquémica.
- b) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- c) Aumento de las enzimas cardiacas por sobre los valores normales.
- d) Estudio radistópico del músculo cardíaco.

3.7.3 Accidente Cerebro Vascular

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico deberá ser inequívoco y registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.

3.7.4 Esclerosis Múltiple

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico deberá estar sustentado en la historia clínica, exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro espinal, un episodio anterior o un episodio único de esclerosis múltiple no será esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso La Positiva pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

3.7.5 Distrofia Muscular

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). Los informes de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico, pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

4. EXCLUSIONES

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

4.1 Para las coberturas de Muerte por accidente del Asegurado, Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado,

Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado:

- a) Guerra civil o internacional, declarada o no.
- b) Radiación nuclear.
- c) Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.
- d) Los accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas o en estado de sonambulismo y cuando guarde relación causal con el accidente, siempre que sea el Asegurado quien fuese el conductor al momento del accidente. Esta póliza se rige por las disposiciones legales actualmente vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora o por fracción. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.

4.2 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado:

- a) Exclusiones a), b) y c) del numeral 4.1
- b) 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.
- c) Hospitalización del Asegurado si éste vive fuera de Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.
- d) Exámenes de rutina y curas de reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones preexistentes no declaradas y sus secuelas.
- h) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- i) VIH / SIDA.
- j) Consecuencias de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

4.3 Para la cobertura de Indemnización por diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:

- a) Exclusiones g) i) y j) del numeral 4.2 y exclusión b) del numeral 4.1
- b) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- c) Adicción a drogas y alcoholemia.
- d) Consecuencias de accidente previo al seguro
- e) Consecuencias de fármacos usados sin prescripción.
- f) Lesiones auto infligidas.
- g) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- h) Cáncer cérvico uterino “in situ”.
- i) Lesiones por participación activa en servicio militar, actos delictivos, subversivos o terroristas, guerra civil internacional, declarada o no.
- j) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

5.1. Obligaciones del Beneficiario - Aviso de siniestro

Al ocurrir un siniestro cubierto bajo la presente póliza, el Beneficiario deberá:

5.1.1 Informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro del plazo de 7 días calendario de ocurrido el siniestro, de tomar conocimiento del mismo, o de conocida la existencia del beneficio, llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias al teléfono 74-9000 o 0800-1-0800 ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional o a las oficinas del Comercializador.

5.1.2 Si el Beneficiario, 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. El Beneficiario 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 Beneficiario, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del 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.

5.2 Procedimiento para la Solicitud de la cobertura.

5.2.1 Para la cobertura Muerte por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado, se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Copia certificada de la Denuncia Policial, de corresponder
- b) Acta o Partida de defunción
- c) Certificado de defunción
- d) DNI del Beneficiario.
- e) Documento que acredite su calidad de beneficiario de acuerdo al orden de precedencia, en caso corresponda (partida de nacimiento, partida de matrimonio, declaración de unión de hecho, certificado o dictamen de invalidez), dependiendo el tipo de beneficiario del que se trate.
- f) En caso de no existir Beneficiarios nombrados o los establecidos en el orden de precedencia, deberá presentar Copia Literal de la Inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento debidamente expedida por los Registros Públicos.
- g) Protocolo de necropsia, de corresponder,
- h) Dosaje etílico, en caso corresponda.

5.2.2 Para la cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado:

Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Copia certificada de la Denuncia Policial, de corresponder.
- b) Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente, el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió; así como el nombre y domicilio de los testigos, si los hubiera.
- c) Un certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- d) Certificado o Dictamen de invalidez permanente total, expedido por la autoridad competente (MINSA, EsSalud, COMAFP o COMEC, INR, de forma indistinta) en donde se detalle la fecha de la configuración de la invalidez y el porcentaje del menoscabo.
- e) Dosaje etílico, en caso corresponda.

5.2.3 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado:

Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Original de comprobante de pago emitido por el establecimiento de salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de hospitalización.

b) Certificado médico con diagnóstico y donde se señale el requerimiento de hospitalización.

c) Dosaje etílico, en caso corresponda.

5.2.4 Para el caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:

Se deberá presentar la siguiente documentación, en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

a) Copia foleada y fedateada de la Historia Clínica del Asegurado

b) Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos indicados a continuación y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.

- **Cáncer:** Diagnóstico clínico deberá ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de 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.

- **Ataque Cardíaco o Infarto al Miocardio:** Diagnóstico de esta enfermedad deberá estar basado en todas las siguientes situaciones:

- Un historial del típico dolor de pecho, indicando de una enfermedad cardiaca isquémica.

- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.

- Aumento de las enzimas cardiacas por sobre los valores normales.

- Estudio radistópico del músculo cardíaco.

- **Accidente Cerebro Vascular:** Diagnóstico deberá ser inequívoco y registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.

- **Esclerosis Múltiple:** Diagnóstico deberá estar sustentado en la historia clínica, exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro espinal, un episodio anterior o un episodio único de esclerosis múltiple no será esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso La Positiva pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

- **Distrofia Muscular:** Diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). Los informes de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico, pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

En todos los casos, los documentos antes mencionados podrán ser entregados en cualquiera de las oficinas La Positiva a nivel nacional o a través del comercializador del microseguro.



6. Pago de Indemnización

La Positiva efectuará el pago de la indemnización dentro del plazo máximo de veinte (20) días calendarios, contados desde la fecha en que recibió la documentación completa señalada en el numeral 5.2, directamente o a través del comercializador del microseguro.

7. Investigación y Revisión de Siniestros

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

En general, La Positiva podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información o documentación recibida. Si la información o documentación presentada fuera simulada o fraudulenta, perderán los beneficiarios todo derecho a indemnización, sin perjuicio que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.