

# PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL - PEAS

## Condiciones Generales

### CAPITULO I DEFINICIONES

#### 1.1. Accidente

Evento fortuito, originado por una fuerza o agente externo repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura y afectó al Asegurado causándole heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas médicamente con certeza.

#### 1.2. Asegurado

Se denomina Asegurado a:

- a) El titular que aparezca como tal en esta póliza.
- b) Los dependientes de dicho titular, siempre y cuando hayan sido inscritos y aceptados bajo los términos de esta póliza y se encuentren expresamente nominados como tales en los Condicionados Particulares.

#### 1.3 Atención médica quirúrgica de emergencia

Es la que se presta en un establecimiento de salud a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad. La cobertura es al 100% sólo hasta la estabilización de la emergencia, de allí en adelante se aplicará los copagos y coaseguros correspondientes a la atención ambulatoria y hospitalaria.

#### 1.3. Aseguramiento Universal de Salud (AUS)

El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del PEAS.

#### 1.4. Clausulas Adicionales

Son aquellas condiciones especiales, accesorias que forman parte de la presente póliza, que permiten extender o ampliar las coberturas, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos en las condiciones generales.

#### 1.5. Coaseguro

Código SBS AE0416410248 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias

Porcentaje de los gastos cubiertos que el Asegurado debe asumir una vez aplicado el deducible correspondiente, según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

#### 1.6. Condiciones Generales

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas que rigen el presente contrato. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.

#### 1.7. Condiciones Particulares

Documento que contiene los datos de identificación del Contratante y/o Asegurado y del interés asegurado y demás condiciones del aseguramiento relativas al riesgo individualizado aplicables a este seguro. La Tabla de Beneficios forma parte de las Condiciones Particulares.

#### 1.8. Condiciones Especiales

Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

#### 1.9. Condición Pre-existente

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 pre-existente 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 que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. En ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión.

#### 1.10. Contratante

Persona que celebra con La Positiva el contrato de seguro, no necesariamente es la misma persona que el Asegurado, recaen sobre esta persona los derechos –si corresponde- y/u obligaciones emanados del contrato de seguro. El contratante es el único que puede solicitar enmiendas a la póliza. Asimismo es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que necesita.

#### 1.11. Declaración Jurada de Salud

Cuestionario que el Asegurado completa al momento de solicitar el seguro, en el cuál manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro.

#### 1.12. Deducible

Importe fijo de gastos cubiertos que será por cuenta del Asegurado y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en la Tabla de Beneficios de esta póliza de seguro.

### 1.13. Dependiente

El cónyuge, hijos y/o pareja que sean declarados como dependientes al momento de la contratación del seguro o en el transcurso de vigencia del mismo. Los titulares podrán inscribir a sus dependientes bajo los términos de esta póliza, en los casos y circunstancias siguientes:

- En la fecha en que el titular se inscribe.
- En la fecha en que el titular los declara ante La Positiva como dependientes, comunicación que debe ser efectuada, dentro de un periodo máximo de treinta (30) días celebrado el matrimonio, o de declarada la adopción, de ser el caso.
- Los hijos cuyo nacimiento haya sido cubierto por la presente póliza deben ser inscritos dentro de los 30 días siguientes al alumbramiento.

Los recién nacidos estarán cubiertos desde la fecha de su nacimiento, y no estarán sujetos al periodo de espera ni a selección médica siempre que la solicitud de inclusión en la póliza se realice antes de que se cumplan treinta (30) días contados desde la fecha de nacimiento. Si no se notifica oportunamente, La Positiva tiene derecho a exigir la Declaración Jurada de Salud del niño(a), cuyo formato será entregado por La Positiva reservándose el derecho de aceptarlo o excluirlo de acuerdo a las condiciones de riesgo evidenciadas.

### 1.14. Emergencia Accidental

Accidente que requiere atención médica dentro de las 48 horas de ocurrido el evento y que pone en peligro la salud del Asegurado como por ejemplo:

- a) Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas, etc.
- b) Heridas cortantes de cualquier etiología.
- c) Quemaduras de cualquier etiología.
- d) Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

### 1.15. Endoso

Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifican algunos de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero total o parcialmente los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la póliza, el mismo que surte efectos una vez que ha sido suscrito por La Positiva y el Contratante.

### 1.16. Enfermedad

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 de seguro.

### 1.17. Enfermedad Congénita

Toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo

a la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición de la Organización Mundial de Salud.

#### 1.18. Enfermedad Hereditaria

Toda aquella enfermedad cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

#### 1.19. Inicio del Seguro

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

#### 1.20. Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)

Son aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciben, captan y/o gestionan fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que ofertan cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. Asimismo, su registro ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, es requisito indispensable para la oferta de las coberturas antes señaladas.

#### 1.21. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

Son los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos, que tienen como objetivo la prestación de servicio de salud. Estas instituciones son acreditadas, autorizadas, categorizadas y registradas, de acuerdo a los dispositivos legales vigentes e involucra a los Centros médicos, Centros de salud, Clínicas, Consultorios, Hospitales, Institutos, Policlínicos y Puestos de salud.

#### 1.22. Medicamento necesario o Necesidad Médica

Servicio o suministros ordenados y proporcionados por un Hospital, un Médico u otro Proveedor de servicios de salud, y:

- Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad del Asegurado o al accidente;
- Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas;
- Que no exceden en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico, o tratamiento seguro y adecuado.
- Que no sean primordialmente para el confort ó la conveniencia personal del Asegurado, de su familia, de su Médico u otro Proveedor;
- Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado, y el que, en el caso de la atención de un paciente internado, no pueda administrarse a un paciente externo sin incurrir en riesgo.

#### 1.23. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

Plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones

Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), que incluyen garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

#### 1.24. Período de beneficio

Lapso de un (1) año a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y continúa por períodos sucesivos de un (1) año contados a partir de las fechas respectivas de renovación. Se encuentra estrictamente ligado y restringido al periodo de vigencia de la póliza.

#### 1.25. Período de Carencia

**El periodo de días calendario, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares, en el cual no se reconocerá ninguna cobertura o gasto, a excepción de las coberturas por accidentes o de las siguientes enfermedades agudas: Apendicitis, Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular (hemorragia cerebral aguda), las cuales demandan una atención por el servicio de emergencia. Estas excepciones no se aplicaran en los casos que se identifiquen como condiciones pre-existentes.**

**El periodo de carencia no será aplicable a las enfermedades pre-existentes indicadas en la Declaración Jurada de Salud por el Asegurado que se hayan generado o por las que el Asegurado haya recibido coberturas durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediato anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.**

**No aplicará carencia a enfermedades para cuyo diagnóstico confirmatorio resulta necesario una Tomografía o Resonancia, aunque dichos exámenes no se encuentren cubiertos según las condiciones del Periodo de Espera.**

#### 1.25. Periodo de Espera

**Aquel periodo de días calendario contados a partir del inicio de vigencia de la póliza establecida en las Condiciones Particulares, durante el cual La Positiva no cubre determinados riesgos establecidos en la presente póliza. Los periodos de espera son los siguientes:**

**a) Procedimientos ambulatorios asociados a:**

- Resonancia Magnética 12 meses.
- Cirugía de Cataratas 12 meses.
- Tomografías (TAC, TACH, TEM, PET, Ocular-OCT) 12 meses.
- Cirugía para enfermedades benignas de la mama 12 meses.
- Tratamiento quirúrgico del Glaucoma 12 meses.
- Escisión de chalazión y orzuelo 12 meses.

**b) Procedimientos hospitalarios asociados a:**

- Colectectomía (Extracción de vesícula) 12 meses.
- Cirugía de hernia discal 12 meses.
- Histerectomía (Extracción del útero) 12 meses.

- Angiografía / Cinecoronariografía 12 meses.
  - Prostatectomía y Resección tras uretral de próstata (RTU) 12 meses.
  - Colporrafía (Cirugía reparadora de prolapso genital) 12 meses.
  - Miomectomía (Extracción de fibromas uterinos) 12 meses.
- c) Condiciones transmisibles:
- Infección por VIH, SIDA 30 meses.
- d) Condiciones mentales:
- Esquizofrenia, Ansiedad, Depresión, Alcoholismo 15 meses.
- e) Condiciones congénitas:
- Diagnósticos/enfermedades congénitas 15 meses.

Los periodos de espera estipulados en el presente artículo no regirán para los dependientes, cuyo nacimiento hubiere sido amparado por la Póliza, siempre y cuando fueren incluidos en la póliza dentro de un periodo máximo de 30 (treinta) días calendario contados a partir de su nacimiento.

El periodo de espera no será aplicable a las enfermedades preexistentes indicadas en la Declaración Jurada de Salud por el Asegurado que se hayan generado o por las que el Asegurado haya recibido coberturas durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediato anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

Para el caso de Maternidad, será suficiente que la Asegurada o la dependiente hayan estado inscritas al momento de la concepción.

#### 1.27. Póliza

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

#### 1.28. Prima

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

#### 1.29. Proveedores Afiliados

Proveedores de salud, clínicas, hospitales o instituciones médicas que se detallan en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y que se encuentran detallados en el Listado de Proveedores de La Positiva.

#### 1.30. Solicitud de Seguro

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

### 1.31. Siniestro

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

### 1.32. Tabla de Beneficios

Documento que contiene las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, beneficios y servicios otorgados por la presente póliza.

## CAPITULO II BASES DEL CONTRATO

### 2.1. Contratantes

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

### 2.2. Inicio de la cobertura

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

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

### 2.3. Pago de primas

2.3.1 El Contratante se encuentra obligado a pagar la prima establecida en el lugar, forma y oportunidad acordada en las condiciones particulares.

**2.3.2. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida origina la suspensión de las coberturas una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento pactada en el convenio de pago. La Positiva deberá comunicar de manera cierta al Contratante y/o asegurado el incumplimiento incurrido y sus consecuencias, al domicilio declarado en la presente póliza, indicando el plazo que tiene para pagar la prima antes que se produzca la suspensión antes mencionada. La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que se haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato. Durante el período en que la cobertura se mantenga suspendida, La Positiva puede optar por la resolución del contrato de seguro para lo cual deberá remitir una comunicación por medio escrito al Contratante, al domicilio consignado en la Póliza o a través del medio de comunicación acordado, informando tal decisión, el contrato quedará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en el que el Contratante recibe dicha comunicación. Producida la resolución por falta de pago, La Positiva quedará**

liberada de toda responsabilidad. En tal supuesto La Positiva tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.

**2.3.3. Producida la suspensión de la cobertura, La Positiva no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La cobertura solo podrá rehabilitarse en tanto La Positiva no haya manifestado su voluntad de resolver el contrato de seguro debido a la falta de pago.**

**2.3.4 Si La Positiva no reclama el pago de la prima adeudada por el Contratante transcurridos los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de la cuota vencida con mayor antigüedad el contrato de seguro queda extinguido de pleno derecho.**

2.3.5 Los corredores de seguros, salvo disposición legal diferente, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de La Positiva. El pago hecho por el Contratante al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de La Positiva o a la entidad financiera autorizada por La Positiva para recaudar el pago.

2.3.6. La Positiva puede compensar la prima pendiente de pago, contra cualquier indemnización derivada de la presente póliza a favor del Asegurado. En caso de siniestro que consuma el total de la Suma Asegurada, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse su pago a la indemnización correspondiente. En caso la indemnización deba ser cancelada directamente al Asegurado, este autoriza a La Positiva a descontar de la misma el importe de la prima adeudada.

## 2.4. Aceptación y conformidad a las condiciones

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

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

2.4.3. El Contratante tendrá derecho al reembolso de toda suma pagada en exceso por concepto de prima, incluso a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus propias declaraciones, únicamente en caso formule la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los numerales precedentes y ésta sea aceptada y comunicada por La Positiva. En los demás casos, la prima se entiende válidamente pagada a La Positiva.



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

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

## 2.5 Importancia de la veracidad de las declaraciones del Asegurado

El Contratante y/o Asegurado está(n) obligado(s) a declarar a La Positiva, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozca, que pudieran haber impedido la celebración de este último o modificar sus condiciones. La exactitud de las declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para La Positiva. La reticencia o declaración inexacta por parte del Contratante y/o Asegurado de hechos o circunstancias conocidas por este último que pudieran impedir la celebración del contrato o modificar sus condiciones es causal de nulidad siempre y cuando medie dolo o culpa inexcusable.

Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a La Positiva adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la solicitud de cobertura y/o resolución de la póliza, o la modificación de la misma.

## 2.6 Firmas autorizadas

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

## 2.7 Nombramiento de un Corredor de Seguros

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

## 2.8 Avisos y comunicaciones

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

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

## **2.9 Agravación del riesgo**

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

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

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

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

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

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

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

## **2.10 Resolución del contrato de seguro**

El contrato de seguro podrá ser resuelto sin expresión de causa por el Contratante, debiendo este comunicar tal decisión a La Positiva con una antelación no menor a treinta (30) días calendario. La comunicación podrá realizarse utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante opta por la resolución del contrato, La Positiva tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, el mismo que no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

En los supuestos en que corresponda a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso a La Positiva, esta será cancelada al Contratante dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de resolución.

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

**a) Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.**

**b) Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima no devengada.**

**c) Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada por escrito oportunamente por el Contratante y/o Asegurado. Se procederá a la devolución de la prima no devengada.**

**d) Por ocultamiento intencional por parte del Contratante y/o Asegurado de información necesaria para la evaluación y valorización de los daños, así como de las causas y consecuencias del siniestro. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima no devengada.**

**e) El Contratante no acepte la propuesta formulada por La Positiva de ajuste de primas y/o cobertura al haber descubierto ésta antes de ocurrido un siniestro, la reticencia y/o declaración inexacta no dolosa por parte del Contratante y/o Asegurado sobre circunstancias que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones de haber sido conocidas por La Positiva. 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.**

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

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por La Positiva, por causas pactadas en la póliza, se devolverá al Contratante la parte de la prima no devengada proporcionalmente al tiempo que no haya tenido cobertura.

**2.10.2 En los casos en que la cobertura del seguro se encuentre suspendida por incumplimiento en el pago de las primas por parte del Contratante o Asegurado con convenio de pago, La Positiva puede optar por la resolución de contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. El contrato de seguro se considera resuelto transcurridos treinta (30) días contados a partir del día en que el**

Contratante, recibe una comunicación escrita de La Positiva informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produce por incumplimiento en el pago de la prima, La Positiva tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

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

## 2.11 Causas de nulidad del contrato de seguro

a) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que hubiesen impedido la celebración del contrato de seguro o modificado sus condiciones si La Positiva hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, siempre que medie dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. En este supuesto, La Positiva tendrá derecho a retener el 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.

b) Si hubo intención manifiesta del Asegurado o el Contratante al momento de la contratación, de enriquecerse a costa del presente contrato de seguro.

c) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.

d) Cuando al tiempo de la celebración del contrato se habría producido el siniestro o habría desaparecido la posibilidad que se produzca.

2.11.1 En cualquiera de los casos previstos en el presente numeral, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario de una póliza individual no gozarán de cobertura bajo la presente póliza y en consecuencia, no podrán reclamar cualquier beneficio, cobertura, gasto y/o indemnización relacionada con la misma.

2.11.2 Si el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario hubieran 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 seguro, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario quedarán automáticamente obligados a devolver a La Positiva toda suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos que pudieran corresponder.

2.11.3 En los supuestos comprendidos en los numerales 2.11 b) c) y d) La Positiva procederá a la devolución de la prima, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de nulidad del contrato.

## 2.12 Caso de reclamo fraudulento

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

## 2.13 Deduciones por otros seguros

En el caso de que el titular y dependientes tuvieren otros seguros con los mismos beneficios, podrán tramitar los reintegros correspondientes, siempre que la sumatoria de lo cubierto por esta póliza y lo recuperable por otras fuentes, no supere el total del gasto incurrido.

## 2.14 Renovación de la Póliza:

No procederá la renovación automática de la póliza.

## 2.15. Solución de Controversias

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

**Sin perjuicio de lo señalado, Todos los conflictos o desavenencias que surjan de la ejecución e interpretación del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, las partes podrán someterse de común acuerdo a la competencia del Centro de Conciliación o Arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en Salud que consideren pertinente, ya sea en el propio contrato o una vez suscitada la controversia.**

**Cuando las partes no alcancen un acuerdo sobre el Centro de Conciliación o Arbitraje, en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles de suscitada la controversia deberá someterse a la competencia del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD.**

## 2.16 Defensoría del Asegurado

El Contratante, el Asegurado y/o beneficiario expresamente identificado en la póliza tiene el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre él y La Positiva, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable por parte de La Positiva pero no del Asegurado quien mantiene inalterable su derecho de recurrir a otras instancias.

## 2.17 Domicilio

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

## 2.18 Prescripción liberatoria

Código SBS AE0416410248 Póliza adecuada a la Ley N.º 29946 y sus normas reglamentarias

**Los beneficios derivados de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la fecha del siniestro o desde que el beneficiario tomó conocimiento de la póliza, de acuerdo con lo señalado en el artículo 80° de la Ley del Contrato de Seguro**

#### 2.19 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](http://www.lapositiva.com.pe), mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

#### 2.20 Criterios y procedimientos para la actualización de la prima

Al finalizar el período anual de contratación del seguro, las primas serán reajustadas:  
- Como mínimo en función al índice de inflación señalado en el grupo N° 5 de Cuidado y Conservación de la Salud para Lima Metropolitana que publica el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, para el período materia de evaluación y  
- Adicionalmente cuando el Índice de Siniestralidad sea mayor al 63%. En este caso la nueva prima comercial será calculada según la siguiente fórmula:

Nueva Prima Comercial = (Recargo en las primas)(Prima Comercial)  
Recargo en las primas = (Índice de Siniestralidad obtenido / 63%)

Dónde:

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

## **2.21 Tratamiento de Preexistencias.**

**Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. En ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables de la presente póliza será pasible de exclusión.**

**La cobertura de preexistencias en los seguros de salud no se restringe a una sola empresa de seguros o EPS, sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano. En tal sentido, se encuentran cubiertas todas las condiciones asegurables descritas en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - Ley 29344**

**El asegurado y/o beneficiario podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora o EPS del sistema asegurador peruano, aplicándose lo señalado en el párrafo precedente.**

## 2.22 Asegurabilidad

### 2.22.1 Son condiciones de Asegurabilidad:

- El Asegurado deberá ser residente del Perú.
  - No permanecer fuera del Perú durante tres (03) o más meses ininterrumpidamente de vigencia del Seguro.
  - El límite de ingreso es de 60 años, 11 meses y 29 días con permanencia ilimitada.
- 2.22.2 Si el Contratante y/o Asegurado ha venido renovando la póliza de seguro, por lo menos en los últimos cinco (05) 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 Positiva modifique las primas, deducibles, proveedores afiliados, y copagos de acuerdo a los criterios y procedimientos para actualización de las primas.

### 2.23. Jurisdicción territorial

**Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza rigen únicamente para el territorio del Perú.**

## CAPITULO III

### COBERTURA DEL SEGURO:

#### 3.1 Cobertura del Seguro

La Positiva otorga al Asegurado y sus dependientes debidamente inscritos en esta póliza, comprenden las siguientes prestaciones respetando lo establecido en el Anexo del Decreto Supremo N° 016-2009-SA, el cual forma parte integrante de la póliza:

3.1.1 Prestaciones de recuperación de la salud respetando los límites de cobertura y la vigencia de la Póliza. Éstas incluyen:

- a) Atención médica, ambulatoria, hospitalaria y de emergencia.
- b) Medicinas e insumos médicos.
- c) Servicios de rehabilitación.

3.1.2 Prestación de maternidad, que consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

3.1.3 Prestaciones de prevención y promoción de la salud.

3.2 Adicionalmente, se podrán contratar coberturas complementarias y adicionales, las cuales se regirán por los límites y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares. Las preexistencias podrán ser objeto de cobertura complementaria.

#### **CAPITULO IV EXCLUSIONES DEL SEGURO**

**4.1 No se activará ninguna cobertura de la presente póliza y La Positiva no pagará ningún gasto en los siguientes supuestos:**

**4.1.1 Curas de reposo o de sueño.**

**4.1.2 Cirugía plástica que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente por ser de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.**

**4.1.3 Cirugía estética para fines de embellecimiento.**

**4.1.4 Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.**

**4.1.5 Odontología estética, periodoncia y ortodoncia.**

**4.1.6 Lentes de contacto.**

**4.2 La Positiva podrá establecer otras exclusiones que serán aplicables únicamente a las coberturas complementarias y adicionales. Para la validez de dichas exclusiones es requisito indispensable que las mismas consten en las Condiciones Particulares.**

**4.3 La atención del parto se sujeta a las limitaciones establecidas en el numeral 1.27**

**4.4 Las exclusiones y gastos no cubiertos se extienden a:**

- **Accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción. Se considera que el Aseguro se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 g/l de alcohol en la sangre, según certificado de dosaje etílico o el grado de alcoholemia que establezca la norma vigente al momento del accidente.**
- **Atenciones y/o exámenes fuera del país.**
- **Enfermedades oncológicas, excepto las incluidas en la cobertura del PEAS.**
- **Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.**
- **Exoprótesis y/o zapatos ortopédicos y prótesis no quirúrgicas, así como frenillos, aparatos auditivos, equipos mecánicos o electrónicos u otros.**
- **Lesiones o secuelas derivadas de accidentes de trabajo.**



- Enfermedades profesionales, y sus secuelas o complicaciones.
- Lesiones o secuelas derivadas de: la participación activa en guerra internacional, civil, insurrección o rebelión; participación activa en alteraciones del orden público y/o conmoción civil; el servicio militar de cualquier clase, participación en actos delictivos o criminales, contaminación nuclear.
- Prestaciones económicas (subsidio por incapacidad temporal para el trabajo, subsidio por maternidad, subsidio por lactancia y prestación por sepelio).
- Procedimiento terapéutico de cámara hiperbárica y litotricia.
- Trasplante de órganos y tejidos.
- Tratamiento por fertilización o inseminación artificial o esterilidad o implantación de embriones in vitro, ginecomastía o mastoplastía, cambio de sexo o tratamiento por disfunción eréctil.
- Tratamiento u operaciones por obesidad, excepto el tratamiento médico de la obesidad secundaria a enfermedad endocrina.
- Vacunas o inmunizaciones no incluidas en el programa nacional de inmunización del Ministerio de Salud (MINSA).

## **CAPITULO V**

### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO**

#### **5.1. Obligaciones del Asegurado:**

Al ocurrir un siniestro, el Asegurado, o Contratante, o Beneficiario o la persona que esté actuando en su representación deberá:

Informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha de ocurrido el siniestro o de que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio correspondiente, 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 solicitando la cobertura respectiva bajo sistema de créditos ante alguna IPRESS contenida en las Condiciones Particulares de su póliza. Si el Contratante o Asegurado o 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 Asegurado o 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 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.

5.1.1. Suministrar toda aquella información y pruebas documentales que La Positiva le requiera, conforme a los numerales siguientes, siempre y cuando guarden consistencia y proporcionalidad con la indemnización reclamada.

## **5.2. Procedimientos para la atención del siniestro**

**5.2.1. Las prestaciones se otorgarán en los Proveedores de Salud que se detallan en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y que se encuentran detallados en el Listado de Proveedores de La Positiva.**

**5.2.2. Las atenciones se realizarán de la siguiente manera:**

**a) Atención Ambulatoria: Se otorga en los proveedores afiliados con la presentación del documento de identidad del Asegurado.**

**El Asegurado abonará el importe correspondiente al deducible y coaseguro de los gastos efectuados y de ser el caso los gastos no cubiertos por la presente póliza.**

**b) Atención Hospitalaria: El asegurado deberá solicitar a La Positiva una carta de garantía, presentando la orden de internamiento de su médico en la que se especifique el Proveedor Afiliado, la dolencia que padece y el presupuesto de dicho proveedor afiliado correspondiente. Con la carta de garantía, podrá hospitalizarse abonando, al momento del alta, únicamente los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro a cargo del asegurado estipulado en la Tabla de Beneficios.**

**5.2.3 Todos los pagos correspondientes a gastos cubiertos por este seguro serán efectuados directamente por La Positiva a los proveedores afiliados que en exclusividad brindarán sus servicios, de acuerdo a las coberturas que se señalan en la Tabla de Beneficios.**

## **5.3 Investigación y revisión de siniestros**

**La Positiva, podrá hacer revisar a los Asegurados por médicos designados por ella, durante el internamiento de éstos en una clínica, en un hospital, en una maternidad, en su domicilio particular o citarlos al consultorio de dichos médicos para comprobar la procedencia del pedido de los beneficios, así mismo, se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aún cuando ya hubiere pagado la indemnización y el Asegurado y/o Beneficiario queda obligado a cooperar con esta investigación.**

**Si el Asegurado y/o Beneficiario no cooperara con la investigación o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto, el Asegurado y/o Beneficiario perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, debiendo reintegrar a La Positiva las sumas pagadas más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar. En general, La Positiva podrá disponer las medidas proporcionales para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas. Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con el siniestro fuera simulada o fraudulenta, perderá el Asegurado y/o Beneficiario todo derecho a indemnización, sin perjuicio que La Positiva inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.**

## **CAPITULO VI**

### **LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO**

#### **6.1. Reducción de la Suma Asegurada**

**La suma asegurada de la cobertura afectada, quedará automáticamente reducida en una cantidad igual al monto del o los siniestros asumidos por La Positiva respecto de los siniestros amparados por esta póliza.**

## 6.2. Subrogación

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