

**PÓLIZA DE SEGURO
CREDISALUD INTEGRAL**

ÍNDICE

CAPITULO I DEFINICIONES	2
CAPITULO II BASES DEL CONTRATO	7
CAPITULO III COBERTURA DEL SEGURO	16
CAPITULO IV EXCLUSIONES DEL SEGURO	21
CAPITULO V PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO	26
CAPITULO VI LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO	28

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. Beneficiario
Persona designada en la póliza que goza de los beneficios indemnizatorios contenidos en la Póliza.
- 1.4. Beneficio Máximo Anual por Persona
Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte de la póliza, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada **Asegurado**, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.
- 1.5. Beneficio Máximo Anual por Enfermedad
Límite máximo de indemnización que se reconocerá por cada enfermedad cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.
- 1.6. Beneficio Máximo de por Vida por Persona
Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte de la póliza, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada **Asegurado** durante toda su vida, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.
- 1.7. 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.
- 1.8. Certificado de Seguro
Tratándose de Seguros de Grupo, es el documento que acredita la incorporación del asegurado a la póliza, el mismo que contiene los datos de identificación del Contratante y del **Asegurado**, la Tabla de Beneficios y demás condiciones del seguro relativas al riesgo individualizado.
- 1.9. Coaseguro
Porcentaje de los gastos cubiertos que el **Asegurado** debe asumir una vez aplicado el deducible correspondiente, según lo indicado en la Tabla de Beneficios.
- 1.10. 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.
- 1.11. 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.

- 1.12. Condiciones Especiales
Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.
- 1.13. 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 que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

- 1.14. 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.
- 1.15. 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.
- 1.16. 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.
- 1.17. 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.

- 1.18. Donante
Persona, viva o fallecida, a la cual se le ha extraído uno o más órganos y/o tejidos para que sirvan de trasplante al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico diagnosticado médicamente necesario.
- 1.19. 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.
- 1.20. 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.
- 1.21. 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.
- 1.22. 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. Está 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.
- 1.23. Enfermedad Hereditaria
Toda aquella enfermedad cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.
- 1.24. Gastos cubiertos bajo el beneficio máximo anual por persona
Gastos usuales, acostumbrados y razonables, incurridos por un **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza, en exceso del deducible y coaseguro, que son amparados por esta póliza hasta los límites contratados, y se encuentren incluidos en la Tabla de Beneficios.
- 1.25. 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.
- 1.26. 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.
- 1.27. 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.

1.28. 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.

1.29. 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 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.

1.30. 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) El periodo de espera para el Beneficio de Maternidad será de 18 (dieciocho) meses contados a partir del inicio de la vigencia de la póliza.
- b) Solo se cubrirán después de 10 (diez) meses de incorporación en la Póliza, siempre y cuando no hayan sido pre-existentes al inicio de la misma, el tratamiento y/o cirugía relacionados con:
 - Extracción de amígdalas, adenoides y resección submucosa del septum nasal de los cornetes.
 - Cataratas, Pterigion y Glaucoma.
 - Cáncer.
 - Tumores malignos, oncológicos y Tumoraciones benignas.
 - Sinusitis.
 - Utero y/o anexos, quistes, mamas y prolapsos genitales.
 - Cirrosis Hepática.
 - Enfermedades de la próstata.
 - Enfermedades de la columna vertebral.
 - Hemorroides y Várices.
 - Hernias de cualquier tipo.
 - Diabetes, Dislipidemia y Enfermedades Metabólicas.
 - Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.
 - Enfermedades neurológicas, hipertensión arterial, cerebrales y cardiovasculares (con

excepción de Infarto agudo al miocardio y accidente cerebro

vascular).

- Artrosis, artritis y meniscopatías.
- Enfermedades de la Vesicular Biliar.
- Litiasis Vesicular, de la vía Biliar o de las vías Urinarias.
- Eventración.
- Ulcera Gastroduodenal.
- Asma, Tuberculosis e Hiperactividad bronquial.
- Procedimiento de Artroscopía.
- Procedimiento de Litotricia.
- Hiperhidrosis.

- c) El periodo de espera para Trasplante de órganos será de 24 (veinticuatro) meses contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.

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.

1.31. 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.

1.32. Prima

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

1.33. 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.

1.34. 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.

1.35. Suma Asegurada

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor máximo por el cual **La Positiva** se responsabiliza para el pago de la indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual significará que es el monto máximo que **La Positiva** puede indemnizar por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

1.36. Siniestro

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

1.37. Tabla de Beneficios

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

1.38. Trasplante de órganos y/o tejido

Se refiere al procedimiento quirúrgico, declarado médicamente necesario, que se requiera efectuar durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se reemplaza o trasplanta total o parcialmente, de un donante vivo o fallecido, cualquier órgano y/o tejido.

1.39. Terapia médica experimental

Se refiere a todo aquel tratamiento, medicación, droga, dispositivo, procedimiento o servicio relacionado a un diagnóstico o condición particular cuando una de las siguientes características existe:

- La terapia para la condición médica particular, no es aprobada por la FDA (Food and Drug Administration – Agencia del Gobierno de Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, suplementos alimenticios, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y productos hemáticos).
- La terapia no cumple con los niveles de evidencia Ia y IIa bajo el parámetro de la Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a las guías (National Guideline Clearinghouse) de la Agency for Health Care, Research and Quality de los EE.UU.
- La terapia está sujeta a:
 - a) Protocolo de investigación escrito.
 - b) Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.
 - c) Ensayos clínicos en fase I y II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase II, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS).

1.40. Usual, Acostumbrado y Razonable

1.40.1. Usual: Es el cargo cobrado con mayor frecuencia por un proveedor, correspondiente a un servicio o suministro específico.

1.40.2. Acostumbrado: Es el cargo que está dentro del rango de los honorarios usuales cobrados por los Proveedores con capacitación y experiencia similares (con respecto a Proveedores profesionales), o instalaciones y equipos disponibles (con respecto a Proveedores institucionales) por el mismo servicio o suministro dentro de una zona geográfica o socioeconómica determinada.

1.40.3. Razonable: Es el cargo usual y acostumbrado o, en la opinión del Médico Auditor de **La Positiva**, se justifica en virtud de las circunstancias especiales de un caso específico.

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 4º de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

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

2.3. Pago de primas

2.3.1 El **Contratante o Asegurado** se encuentra obligado a pagar la prima establecida en el lugar, forma y oportunidad acordada en la Póliza de Seguro o Certificado de Seguro, respectivamente.

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 Asegurado y/o Contratante el incumplimiento incurrido y sus consecuencias, al domicilio declarado en la presente póliza o certificado de seguro, 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, o del certificado de seguro en aquellos casos de pólizas grupales, para lo cual deberá remitir una comunicación por medio escrito al Contratante o Asegurado respectivamente, al domicilio consignado en la Póliza o a través del medio de comunicación acordado, informando tal decisión. Producida la resolución por falta de pago, La Positiva quedará liberada de toda responsabilidad y procederá a la liquidación de la prima correspondiente a prorrata por el periodo en que la cobertura estuvo vigente.**

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 o certificado de seguro, según corresponda, debido a la falta de pago.**

2.3.4 **Si La Positiva no reclama el pago de la prima adeudada por el Contratante o Asegurado transcurridos los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de la cuota vencida con mayor antigüedad, el contrato de seguro o certificado de seguro, según corresponda 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 Asegurado al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de La Positiva o a la entidad financiera autorizada por La Positiva para recaudar el pago.

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

- 2.4. Aceptación y conformidad a las condiciones
- 2.4.1. Si el contenido de la presente póliza no concordara con lo solicitado por el **Contratante**, éste podrá formular observaciones y solicitar las modificaciones correspondientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la póliza le hubiera sido entregada a él o al corredor de seguros que lo represente. Para estos efectos, **La Positiva** se encuentra obligada a remitir al **Contratante**, en documento aparte de la presente póliza, el detalle de las diferencias que puedan existir entre esta última y la solicitud de seguro, indicando expresamente que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Transcurrido el plazo de treinta (30) días sin que mediara observación del Contratante o de su corredor de seguros, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida.
- 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 cancelación 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 celebraría o lo haría en condiciones más gravosas. Comunicada a **La Positiva** la agravación de riesgo, esta manifestará en el plazo de 15 días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlo o resolverlo.

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

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

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

- a) El **Contratante** 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 de contrato de seguro

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, el **Contratante** y/o **Asegurado** podrán resolver el presente contrato de seguro o Certificado de Seguro, mediante comunicación escrita que cursará con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación a **La Positiva**.

La resolución no afecta los derechos devengados a favor del **Asegurado** durante la vigencia de la póliza o certificado de seguro en particular en aquellos casos que quien ejerza el derecho de resolución sea el **Asegurado** de una póliza grupal.

Si el contrato de seguro es resuelto por decisión de La Positiva, se devolverá al Asegurado la parte de la prima no devengada proporcionalmente al tiempo que no haya tenido cobertura.

Si el Asegurado opta por la resolución del contrato, La Positiva tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

2.10.1 El contrato de seguro o certificado de seguro, según sea el caso, quedará resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza o Certificado de Seguro respectivamente, 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 total por el periodo de seguro en curso.
- c) Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada por escrito oportunamente por el Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- 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 total por el periodo de seguro en curso.
- 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.

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

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

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

2.10.2 En los casos en que la cobertura del seguro se encuentre suspendida por incumplimiento en el pago de las primas por parte del Contratante o Asegurado con convenio de pago individual por certificado, 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 o Asegurado con convenio de pago individual por certificado, 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 y/o certificado 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.

- 2.10.4 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. En los seguros grupales, el Asegurado tiene derecho a resolver el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento.

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, debiendo éste entregarla a los asegurados en caso corresponda.

- 2.10.5 Son aplicables todas las disposiciones contenidas en los numerales precedentes como causales de resolución de los Certificados de Seguro emitidos bajo un seguro grupal. Para dichos efectos, la resolución será comunicada por escrito a los Asegurados Titulares en los domicilios o correo electrónico señalados en el Certificado de Seguro, sin perjuicio de la comunicación que se realice al Contratante

2.11 Causas de nulidad del contrato de seguro

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

2.11.4 Son aplicables todas las disposiciones contenidas en los numerales precedentes como causales de nulidad de los Certificados de Seguro emitidos bajo un seguro grupal. Para dichos efectos, la comunicación a través de la que se invoque la nulidad, será comunicada por escrito a los Asegurados Titulares en los domicilios o correo electrónico señalados en el Certificado de Seguro, sin perjuicio de la comunicación que se realice al Contratante. El procedimiento para la devolución de prima en los casos que corresponda, será el mismo que se señala en el numeral 2.11.3.

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 Deducciones 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 del seguro

2.14.1 La renovación del contrato de seguro es automática, y bajo las mismas condiciones en que fue emitida para el periodo anterior, siempre que expresamente las Condiciones Particulares de la póliza así lo contemplen.

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

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

El Tribunal Arbitral estará conformado por tres (3) árbitros los que deberán ser abogados con no menos de tres (3) años de reconocida experiencia en materia de seguros, de los cuales cada una de las dos

partes designará a uno de sus miembros y éstos de común acuerdo nombrarán el tercer árbitro y Presidente de Tribunal Arbitral.

Si las partes no se pusieran de acuerdo en un plazo de treinta (30) días, cualquiera de ellas podrá solicitar su designación a la Cámara de Comercio de Lima, la cual para el indicado propósito presentará una terna de tres (3) abogados especialistas en la materia. Cada una de las partes podrá observar, sin expresión de causa, a uno de los miembros propuestos, nombrando la citada entidad al tercer Árbitro y Presidente entre quienes no hubieran merecido observación alguna.

Dentro de los treinta (30) días posteriores a la constitución del Tribunal, las partes de común acuerdo deberán establecer las reglas a las que sujetará el proceso. De no ponerse de acuerdo en el indicado plazo cada una de las partes presentará su propuesta por escrito al Tribunal dentro de los cinco (5) días del vencimiento del indicado término el que en un plazo no mayor de quince (15) días determinará en forma definitiva las reglas a las que se sujetará el proceso correspondiente.

Queda expresamente convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, está en suspenso el derecho que pudiese tener el Asegurado para cobrar el importe de la indemnización, de manera que en ningún caso y por ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

Cada parte pagará los honorarios profesionales del árbitro que designe y ambas partes a prorrata cubrirán los honorarios del Presidente del Tribunal y los auxiliares de justicia que intervengan. Los costos y gastos del arbitraje, serán de cargo de la parte vencida, salvo decisión distinta del Tribunal.

El Laudo Arbitral podrá ser revisado por el Poder Judicial con arreglo a lo dispuesto en la legislación vigente.

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

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

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, 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:

$$\text{Nueva Prima Comercial} = (\text{Recargo en las primas})(\text{Prima Comercial})$$

$$\text{Recargo en las primas} = (\text{Índice de Siniestralidad obtenido} / 63\%)$$

Donde:

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

2.21 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.

La cobertura de preexistencias en los seguros de salud no se restringe a una sola empresa de seguros, sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano.

En tal sentido, se encuentran cubiertas bajo la presente póliza, toda aquella condición preexistente 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.

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 del sistema asegurador peruano, aplicándose lo señalado en el párrafo precedente.

2.22 Derecho de Arrepentimiento

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto fuera de los locales comerciales de La Positiva o de quienes se encuentren autorizados a operar como corredores de seguros, el Contratante de un seguro individual o Asegurado, de un seguro grupal podrá resolver el contrato de seguro o certificado de seguro respectivamente, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario, contado desde que el Contratante o Asegurado recibe la póliza o nota o cobertura provisional, o certificado de seguro, respectivamente. Este derecho se puede ejercer a través del canal de comercialización o en las oficinas donde se contrató. En caso el Contratante o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la empresa procederá a la devolución total de esta.

2.23 Asegurabilidad

2.23.1 Son condiciones de Asegurabilidad:

- El Asegurado deberá ser residente del Perú.
- No permanecer fuera del Perú durante tres (03) o más meses ininterrumpidamente por cada vigencia del Seguro.
- El límite de ingreso es de 70 años, 11 meses y 29 días con permanencia ilimitada.

2.23.2 Si el Contratante y/o Asegurado ha venido renovando la póliza de seguro o certificado 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.

2.24 Jurisdicción territorial

Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza rigen únicamente para el territorio del Perú. En el caso de las pólizas con cobertura internacional, las condiciones particulares de las mismas serán indicadas en la Tabla de Beneficios respectiva que forma parte de las Condiciones Particulares, y serán efectivas siempre que la permanencia del Asegurado fuera del Perú con motivo de viaje no sea superior a 90 días, salvo en el caso de Asegurados que por el tratamiento de una enfermedad cubierta por el seguro, tengan que permanecer en el extranjero.

CAPITULO III
COBERTURA DEL SEGURO

3. Cobertura del Seguro

La Positiva conforme a las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, endosos, anexos y/o cláusulas del contrato de seguro, pagará los gastos cubiertos bajo la presente póliza, hasta por las sumas fijadas como límites expresamente contratados.

El detalle sobre la forma de atención para cada una de las coberturas (crédito o reembolso) estará precisado en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza o Certificado de Seguro, según corresponda.

La Positiva podrá designar los centros de atención para exámenes de laboratorio, especiales radiografías, ecografías, densitometrías, mamografías, resonancias, tomografías entre otros.

La medicación prescrita por un médico tratante no podrá ser mayor a 30 días de tratamiento. Asimismo, se indica que las atenciones mediante el sistema de crédito deberán ser prestadas en proveedores afiliados. En dicho caso el asegurado será responsable solamente por el deducible, coaseguro y gastos no cubiertos por la póliza.

La Positiva pagará los gastos cubiertos de acuerdo al diagnóstico y necesidades de tratamiento, con respecto a las siguientes coberturas:

3.1. Cobertura de Atención Ambulatoria

Los gastos cubiertos, en exceso del deducible, siempre y cuando aplique, incurridos en relación al servicio ambulatorio, serán reconocidos conforme al porcentaje de coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

- Honorarios médicos por tratamiento ambulatorio.
- Medicinas, radiografías, exámenes, análisis de laboratorio, oxígeno, radioterapia, fisioterapia, enyesado, entablado, vendas y otros gastos similares.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.2. Cobertura de Atención Hospitalaria

Los gastos cubiertos, en exceso del deducible, siempre y cuando aplique, incurrido en relación al servicio hospitalario, serán reconocidos conforme al porcentaje de coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

- Habitación unipersonal y alimentación (incluyendo dietas especiales), en un hospital o clínica autorizada como tal por el Ministerio de Salud y/o organismos competentes.
- Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario, por ayudantía y por anestesiólogo.
- Sala de operaciones, anestesia, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes, análisis de laboratorio, oxígeno, radioterapia, tomografías, ecografías, resonancia magnética, fisioterapia, enyesado, entablado, vendas y otros gastos similares.
- Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. Este servicio ofrece un desayuno, un almuerzo y una cena al día, servidos por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento, para pacientes menores de 18 años y mayores de 60 años. Este beneficio no aplica para Maternidad, solo se brindará en Perú en cualquier red de clínicas y solo por el sistema de crédito. Para internamientos por tratamiento oncológico el servicio será brindado sin tomar en consideración la edad del paciente.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.3. Emergencia Accidental

Ampara al 100% los gastos ambulatorios de emergencias accidentales, incurridos durante las primeras 48 horas de ocurrida la emergencia, siempre que el Asegurado no requiera la hospitalización, en cuyo caso serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de la Cobertura de Atención Hospitalaria.

Los controles posteriores de una emergencia accidental ambulatoria, serán cubiertos al 100% siempre que se continúe en tratamiento en la misma clínica y hasta un plazo máximo de 90 días.

Queda entendido que si a causa de un accidente el Asegurado tuviera que hospitalizarse los gastos cubiertos derivados del accidente serán reconocidos como una hospitalización normal.

Se consideran emergencias accidentales:

- Luxaciones, esguinces, fracturas entre otros traumatismos.
- Heridas cortantes de cualquier etiología.
- Quemaduras.
- Picaduras de insectos con reacción alérgica y mordeduras de animales.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.4. Cirugías Ambulatorias

Las intervenciones quirúrgicas menores, que no requieran hospitalización, realizadas en consultorio, se cubrirán como gastos ambulatorios, sin aplicación del deducible.

Los gastos cubiertos, incurridos en relación al servicio ambulatorio, serán reconocidos conforme al porcentaje indicado en la Tabla de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares y hasta los límites indicados en ella, quedando la diferencia a cargo del Asegurado.

Los mismos incluyen:

- Honorarios médicos por cirugía ambulatoria por ayudantía y por anestesista.
- Sala de operaciones, anestesia, isótopo, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.5. Transporte por Evacuación por Emergencia

El transporte por evacuación se cubrirá si y solo si el Asegurado requiere tratamiento médico quirúrgico y no exista la capacidad profesional o resolutive en el establecimiento de salud en donde se encuentre. La Positiva pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea aérea comercial autorizada de pasajeros dentro del territorio peruano bajo las siguientes condiciones:

- 3.5.1. Para cualquier traslado de emergencia se requerirá previamente una coordinación entre el equipo médico de **La Positiva** con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar, según la evaluación de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre o avión de línea aérea comercial autorizada) hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado.
- 3.5.2. Luego de validarse la necesidad del traslado de emergencia, el médico tratante deberá coordinar con el médico que recibirá al asegurado según las normas de referencia y contra-referencia del Ministerio de Salud (Minsa).
- 3.5.3. En el caso de traslado por avión de línea aérea comercial autorizada por emergencia, se cubre por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (solo por motivos de evacuación) previa coordinación y aprobación de **La Positiva**.
- 3.5.4. En caso de traslado de emergencia se cubrirán los gastos de transporte mediante reembolso de un acompañante o un profesional de salud cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demanden la asistencia de un profesional de la salud con la limitación señalada en el numeral precedente.
- 3.5.5. Se cubren los retornos del asegurado, acompañante o profesional de la salud.
- 3.5.6. **No se consideran traslados por emergencia, por lo tanto no se cubren los gastos en los siguientes casos: Para realizarse exámenes auxiliares (laboratorio e imágenes), terapia física y rehabilitación.**

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.6. Consulta Médica a Domicilio

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el Asegurado y comprende lo siguiente:

Consulta Médica a Domicilio Regular. Se otorgará exclusivamente para enfermedades ambulatorias las mismas que se indican en la Tabla de Beneficios. Los gastos cubiertos de las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán reconocidos de acuerdo a las condiciones ambulatorias de su plan de salud contenido en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de la presente póliza.

En caso de que el Asegurado desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse llamando a Línea Positiva de acuerdo a lo indicado en su Tabla de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.7. Maternidad

Ampara los gastos cubiertos efectuados a consecuencia del embarazo, incluyendo el control de gestación y el parto, sea éste normal o con cesárea quirúrgica, siempre y cuando ésta sea médicamente necesaria, incluyendo los gastos cubiertos para el recién nacido, por concepto de sala de bebes, medicinas y consultas del médico pediatra.

La cobertura de fimosis o circuncisión se brindará únicamente mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto. No existe reembolso para el procedimiento de fimosis o circuncisión.

También están cubiertos por este beneficio, los casos de aborto y/o amenaza de aborto no provocados intencionalmente. Se considera aborto y/o amenaza de aborto el producido hasta el sexto mes de embarazo.

Las consultas, análisis, la estimulación temprana, psicoprofilaxis y ecografías pre natales, así como el parto múltiple y las complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo también se encuentran cubiertas por este beneficio.

Solo podrán gozar de este beneficio:

- La Titular de la póliza de seguro.
- La cónyuge o conviviente del Titular, o la pareja declarada del Titular al momento de la contratación del seguro.

No están cubiertos los gastos de las hijas calificadas como dependientes

Esta cobertura entrará en vigencia después de dieciocho (18) meses continuos de estar asegurada.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.8. Cobertura por Enfermedades Crónicas

Se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Este tipo de enfermedades podrían requerir y/o necesitar supervisión médica constante, medicación y otros exámenes o procedimientos necesarios. Ejemplos de enfermedades crónicas serían: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, entre otras. Los pacientes deben solicitar su ingreso a través de Línea Positiva.

El servicio es brindado a domicilio. Está restringido a ciertas ciudades y límites geográficos en Lima.

No existe reembolso para este beneficio.

**No se cobertura complicaciones ni consecuencias de las mismas.
Sólo se cubrirán las enfermedades crónicas señaladas en la Tabla de Beneficios.**

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.9. Odontología

Este beneficio cubre solamente los siguientes tratamientos:

- Examen oral inicial.
- Radiografías (Oclusal, Periapical y Bite Wing).
- Profilaxis general.
- Flúor (para menores de 12 años).
- Obturaciones - Curaciones: amalgamas simples y resinas simples.
- Exodoncias, Extracciones y Endodoncias.

Tiene un periodo de carencia de 90 días. No existe reembolso para este beneficio.

El deducible es por cada pieza tratada y terminada.

Los centros de atención serán designados por La Positiva.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.10. Oftalmología

Cubre un chequeo oftalmológico, una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada Asegurado, únicamente en los centros oftalmológicos designados por La Positiva.

La presente cobertura tiene un periodo de carencia de 90 días.

No existe reembolso para este beneficio.

Queda establecido que los Gastos cubiertos relacionados a Enfermedades o Accidentes de los ojos serán reconocidos como tratamientos ambulatorios u hospitalarios normales, según corresponda.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.11. Prótesis Quirúrgicas Internas y Material de Osteosíntesis

Cubre el valor de las prótesis internas y material de osteosíntesis quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidentes y/o enfermedades cubiertas por esta póliza, hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios. **Solo se cubre la prótesis interna en casos de procedimiento quirúrgicos.**

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.12. Cobertura de Enfermedad(es) Congénita(s) para hijos nacidos en póliza

Este beneficio cubre solamente los gastos incurridos en la atención de aquellos recién nacidos durante la vigencia del seguro y en los que los gastos del parto fueron cubiertos por esta póliza. La cobertura se limita a los gastos necesarios para el tratamiento de una enfermedad congénita con la aplicación de las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias respectivamente hasta el límite máximo establecido en la Tabla de Beneficios anexa que forma parte de las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.13. Liberación del Pago de Primas

En caso que el Asegurado fallezca, mientras se encuentre amparado por esta póliza, a consecuencia de

una enfermedad o accidente cubierto por este seguro, **La Positiva** obviará el pago de la prima en esta póliza por el lapso que faltase para concluir la vigencia anual de la póliza. Asimismo, los dependientes deberán presentar a **La Positiva** las pruebas y/o documentos que ésta solicite para certificar el fallecimiento del titular con el fin de acogerse a este beneficio.

El grupo familiar registrado al momento de hacerse efectivo este beneficio continuará gozando de la cobertura de la póliza, en tanto mantengan su condición de asegurabilidad hasta concluir la vigencia anual de la póliza.

3.14. Sepelio o Cremación

La Positiva pagará en caso de fallecimiento de un Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, los gastos incurridos por los siguientes conceptos:

- Ataúd.
- Nicho perpetuo.
- Capilla ardiente.
- Cargadores y velatorio.
- Carroza.
- Carro para flores.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.15. Evaluación Médica de Cortesía sin costo para el Asegurado

Este beneficio se otorga una sola vez previa cita. Se brinda de manera exclusiva en proveedores designados por La Positiva. El mismo incluye:

- Historia médica clínica.
- Evaluación médica clínica integral en medicina general.
- Funciones Vitales: pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial y peso.
- Examen General: aspecto general, piel y anexos, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, sistema osteomuscular y aparato locomotor.
- Examen Regional: cabeza y cuello (oído, garganta, nariz, boca y toroides), tórax y pulmones, aparato cardiovascular, sistema vascular periférico, abdomen y aparato digestivo.
- Índice de masa corporal (sobrepeso).
- Electrocardiograma en reposo.
- Espirometría (medición de capacidad pulmonar).

CAPITULO IV EXCLUSIONES DEL SEGURO

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

4.1. Accidentes aéreos en aviones privados

Gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados. Sólo se cubren cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.

4.2. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Gastos por lesiones o enfermedades que sean consecuencia de accidentes de trabajo y/o las enfermedades profesionales, así como cualquier otra lesión o enfermedad cuya indemnización esté garantizada por las leyes laborales.

4.3. Adicción y consumos de drogas, alcohol y otros

Gastos por accidentes y enfermedades resultantes del uso de/o la adicción a drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol y siempre que guarde relación causal con el accidente o la enfermedad. En caso de un 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. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.

Asimismo se excluye lesiones a consecuencias de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia vigente para hacerlo

4.4. Ansiolíticos y antidepresivos

Gastos efectuados por psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antisicóticos, psicoestimulantes, nootrópicos, psicotrópicos, anfetamínicos, derivados y afines).

4.5. Vacunas, Vitaminas, minerales y otros

Gastos relacionados a: Vacunas específicas o inespecíficas, tratamientos preventivos de enfermedades y/o estimulantes (Ej. eritropoyetina), Vitaminas, Minerales, Suplementos y/o complementos alimenticios y/o nutricionales, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes (flora intestinal y otros), energizantes y estimulantes de las funciones intelectuales cerebrales.

Gastos relacionados a: Medicina biológica (medicamentos, insumos, implantes u otro material de origen biológico), inmunoglobulinas e inmunoterapia, leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal) a base de plantas o hierbas y medicina homeopática, tónico cerebral, hepatoprotectores, hemostáticos, venoactivos, o las llamadas fórmulas magistrales y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.

Gastos relacionados a: Productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos.

Gastos relacionados a: Medicamentos para tratamientos a la dependencia del alcohol, tabaco y/o drogas ilícitas.

Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration-USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.

4.6. Aparatos ortopédicos, braqueros, muletas y similares.

Aparato y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas y dentales, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil, presión positiva continua de vía aérea – CPAP) audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de apnea obstructiva de sueño, narcolepsia o insuficiencia cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

4.7. Chequeo médico sin diagnóstico o síntomas

Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico, despistaje y/o descarte de enfermedades en una persona sin diagnóstico o síntomas de enfermedad. Se excluye a su vez medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.

4.8. Cirugía plástica o estética y tratamientos de embellecimiento

Gastos por cirugía plástica o estética y tratamientos para fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza. Se excluye también el tratamiento y/o consecuencias de melasma, várices con fines estéticos y escleroterapia en varices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso.

Asimismo, no están cubiertas las cirugías y/o consecuencias por mamoplastía reductora, ginecomastia, lipoescultura posparto y reconstrucción mamaria, así como las cirugías por reconstrucción de vías nasales, salvo que se encuentren expresamente contenidas en la Tabla de Beneficios.

4.9. Cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes

Gastos por cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza. Se entiende como cirugía plástica reparadora aquella usada con el fin de subsanar defectos de orden funcional, como por ejemplo la desviación del septum nasal, etc.

4.10. Condiciones cerebrales

Gastos relacionados a los cuidados médicos y personales en caso de senilidad, demencia o trastornos o pérdida de la función cognitiva.

4.11. Condiciones preexistentes

Gastos relacionados a Condiciones Preexistentes, las complicaciones de Condiciones preexistentes, salvo disposición legal en contrario.

4.12. Consecuencias de accidente previo a la contratación del seguro

Gastos que sean consecuencia directa o indirecta de un accidente previo a la contratación de este seguro.

4.13. Consecuencias de uso fármacos sin prescripción médica o en forma contraria a la prescripción médica

Gastos efectuados como consecuencia del inicio del tratamiento en fecha distinta a la señalada por el médico tratante, originados por negligencia del propio Asegurado en perjuicio de su rehabilitación; asimismo los gastos efectuados como consecuencia del uso de medicamentos sin prescripción médica. De igual forma no se cubren los gastos por uso o consecuencia el uso de fármacos para tratamientos y/o cirugías no cubiertos por esta póliza.

4.14. Control del niño sano

Se excluyen todos los gastos relacionados con el control del niño sano a excepción de los beneficios indicados en las Condiciones Particulares. Los gastos generados para el procedimiento de fimosis o circuncisión, solo se brindará mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto.

4.15. Cuidados del acompañante y objetos de confort personal

Gastos por cuidados del acompañante del Asegurado hospitalizado y/o artículos personales como papel higiénico, termómetro, toallas, pañales, biberón, leche, pulsera de identificación. Se excluye a su vez el alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipo para ejercicios.

4.16. Curas de reposo y trastornos nerviosos y mentales

Salvo que este expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, se excluye las curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y trastornos funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas

de lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático).

- 4.17. **Dermatología**
Gastos ocasionados por tratamiento de acné, incluyendo gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo y protectores solares aun si son por prescripción médica.
- 4.18. **Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)**
Todo tratamiento por trastornos de la articulación temporomandibular o maloclusión. Asimismo se excluye trastornos cráneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura.
- 4.19. **Enfermedades congénitas y hereditarias**
Salvo que este expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, se excluye los gastos a consecuencia directa o indirecta de una enfermedad congénita y enfermedad hereditaria. Asimismo no están cubiertos las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- 4.20. **Enfermeras privadas**
Gastos por cuidado de enfermeras privadas, a excepción de las primeras cuarenta y ocho (48) horas, posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que exista una autorización y/o prescripción médica y previa coordinación con La Positiva.
- 4.21. **Gastos en el extranjero**
Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubre los gastos efectuados en el extranjero.
- 4.22. **Gastos excesivos**
Gastos que excedan los límites razonables y acostumbrados, que no sean médicamente necesarios o gastos por los cuales no se han hecho cargos, o gastos por los que un Asegurado no está legalmente obligado a pagar.
- 4.23. **Gastos posteriores al fin de vigencia de la póliza**
Cualquier gasto médico incurrido o que se generen después de la fecha de expiración del contrato.
- 4.24. **Lesiones autoinfligidas**
Gastos por lesiones autoinfligidas o consecuencia de un estado de insania mental, suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de defensa propia.
- 4.25. **Lesiones por actos militares entre otros**
Gastos por lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa en servicio militar, actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.
- 4.26. **Lesiones a causa de accesorios externos estéticos y tatuajes**
Gastos relacionados a complicaciones generadas a partir de la colocación de accesorios estéticos externos (tipo Piercings) o a la realización de tatuajes.

- 4.27. Lesiones por práctica de deportes notoriamente peligroso y/o por ser profesional en la práctica de un deporte
Lesiones producidas a consecuencia de la práctica profesional de deportes, así como de actividades y/o deportes peligrosos, conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- 4.28. Lesiones o enfermedades por terapias de radiación
Gastos por lesiones o enfermedades producidas por energía atómica, radiaciones ionizantes, de rayos X, radioterapia, radium o isótopos, aplicada sin la supervisión o diagnóstico médico correspondiente.
- 4.29. Queratotomía radial, cirugía correctiva ocular y aditamentos para la vista y audición
Gastos por tratamiento de queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción, lasik, epi-lasik. Lasek, PRK o tratamientos similares. Asimismo, la adquisición de anteojos, cristales, lentes de contacto o aparatos auditivos.
Los honorarios del oculista sólo estarán cubiertos cuando ellos fueren parte de intervenciones quirúrgicas por enfermedades y/o accidentes del aparato ocular, cubiertos por esta póliza.
- 4.30. Sangre y Plasma
Compra de sangre y derivados, plasma, plaquetas y paquetes globulares dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente trasfundidas por su necesidad médica. Se cubre máximo 3 pruebas de donantes al año por asegurado.
- 4.31. Servicios médicos proporcionados por un pariente
Gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.
- 4.32. Siniestros cubiertos por error
Si La Positiva hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en la presente póliza y posteriormente detectase dicha situación, no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura.
- 4.33. Suministros y/o servicios no prescritos médicamente
Cualquier servicio o suministro no prescrito por un médico calificado. No se reconocerán los gastos por la práctica de intrusismo.
- 4.34. Trastornos de conducta y aprendizaje
Gastos por conceptos de trastornos de conducta y aprendizaje, desarrollo psicomotor, déficit de atención entre otros trastornos psicológicos.
- 4.35. Tratamientos de medicina alternativa y experimentales
Todo tratamiento y servicio no aceptado por la ciencia o la medicina tradicional, el tratamiento hiperbárico y sus medicamentos. Asimismo, y salvo que la Tabla de Beneficios expresamente lo contenga, se excluyen tratamientos pediátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food & Drug Administration) agencia del gobierno de EEUU responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, suplementos alimenticios, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y productos hemáticos, o EMEA (Agencia Europea de Medicina) y/o

Organización Mundial de la Salud.

- 4.36. Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización
Gastos por tratamiento de obesidad o raquitismo y/o de fertilización o esterilización, crecimiento, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- 4.37. Tratamiento por Trastornos de los pies
Gastos por tratamiento de callosidades, pie plano, cuidado podiátrico y otros similares.
- 4.38. Trasplantes de órganos y tejidos
Se excluye los gastos por servicios médicos suministrados en relación con, o como resultado de, cualquier trasplante de órgano o de tejido que originalmente no estuvo cubierto bajo esta póliza y se excluye cualquier gasto por el concepto de compra de órganos.
- 4.39. Unidades de calefacción y artefactos eléctricos
Gasto por alquiler de unidades de calefacción, teléfono y artefactos eléctricos.
- 4.40. VIH / SIDA
Tratamiento de Síndrome inmunológico deficiencia adquirida (SIDA) así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.

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 (01) 211-0-211 desde lima y/o provincia o 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. Comunicarse a Línea Positiva llamando al teléfono (01) 211-0-211 desde Lima y/o provincia ó acercarse a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional a efectos de coordinar la atención correspondiente, presentando los siguientes documentos:

5.2.2. Para la Cobertura de Sepelio o Cremación, el beneficiario deberá presentar:

- Acta o Partida de defunción original.
- Certificado de defunción original, con causal de fallecimiento.
- Fotocopia del DNI del Beneficiario.
- Testamento, sucesión intestada o declaratoria de herederos original si no hubiera beneficiarios declarados.
- Copia Certificada del Parte policial, Atestado Policial y/o Informe Policial, según corresponda.
- Protocolo de necropsia original, de haberse realizado.
- Facturas originales de gastos cubiertos.

5.2.3 Para la Cobertura de Liberación de pago de primas, el beneficiario deberá presentar en original:

- Acta o Partida de defunción.
- Certificado de defunción, con causal de fallecimiento
- Protocolo de necropsia, de haberse realizado.

5.2.4 Para todas las demás coberturas contratadas y de acuerdo a la modalidad de atención de siniestros (reembolso o crédito) el Asegurado o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación e información.

• **Sistema de Reembolso:**

Para el reembolso es necesario que se presenten las facturas respectivas y la Solicitud debidamente completada con los datos del paciente.

Las facturas deberán ser emitidas a nombre de La Positiva Seguros y Reaseguros con RUC 20100210909.

Este beneficio solo aplica para las coberturas de “Transporte por Evaluación por Emergencia” y para “Sepelio o Cremación”.

• **Sistema de Créditos:**

a. **Atención Ambulatoria:** Se otorga en los proveedores afiliados con la presentación del carnet del asegurado y/u otro documento de identidad.

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.

5.2.5 La Positiva podrá solicitar todos los documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación y liquidación del siniestro, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que los mismos guarden relación con el siniestro.

5.2.6 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 anexa o a los Asegurados titulares en los casos de los reembolsos permitidos por la póliza.

- 5.2.7 Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado y/o Beneficiario la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, La Positiva deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del mismo; de no pronunciarse en dicho plazo se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, debiendo atenderse dentro del plazo de los 30 días siguientes de dicho consentimiento.
- 5.2.8 La Positiva no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro.

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

5.2.9 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.



Código de Registro SBS
AE0416400244
Setiembre 2016
Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.