

CONDICIONES GENERALES

MEDISALUD PLUS

1. 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 que afecta al Asegurado causándole heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas médicamente con certeza.

1.2. Asegurado: Titular del interés asegurable. Persona natural cuya salud se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda. En esta definición está incluido el Asegurado Titular y Asegurado(s) Adicional(es). Asimismo, de ser el caso, el Asegurado podrá tener la calidad de Contratante del seguro, respectivamente.

1.3. Asegurado Titular: Cabeza del grupo asegurado. Asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste. Puede ser también el Contratante del Seguro.

1.4. Asegurados Adicionales: Son los dependientes del Asegurado Titular, los cuales deben necesariamente ser inscritos y aceptados bajo los términos de esta póliza y encontrarse expresamente nominados como tales en los Condicionados Particulares, Certificado de Seguro o solicitud-Certificado, de ser el caso. La relación de parentesco admitida para ser considerado como Asegurado Adicional, se encuentra debidamente indicada en las Condiciones Particulares.

1.5. 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.

1.6. Beneficio Máximo Anual

Límite máximo de indemnización que se reconocerá por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.

1.7. 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.

1.8. Clausulas Adicionales

Son aquellas condiciones especiales y opcionales que permiten extender o ampliar las coberturas del producto, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos en las condiciones generales.

1.9. Coaseguro

Código de Registro SBS: AE0416400252. Póliza adecuada a la Ley N°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.

1.10. 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

Aquellas condiciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general modificar el contenido de las Condiciones Generales.

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 haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

1.14. Contratante

Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. En caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado. 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. Corredor de Seguros

Persona física o jurídica que realiza la actividad de intermediación de seguros sin mantener vínculos contractuales con entidades aseguradoras, y que ofrece asesoramiento independiente, profesional e imparcial a quienes demanden la cobertura de los riesgos. El Contratante 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.

1.16. Declaración Jurada de Salud

Cuestionario que, de ser incluido, el Asegurado Titular completa al momento de solicitar el seguro, en el cuál manifiesta si él, los asegurados adicionales o parientes cercanos padecen o han

padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro. La declaración de salud será incluida en caso de ser comercializado el presente producto como seguro masivo.

1.17. 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 la póliza de seguro.

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.

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. Emergencia médica

Se entiende por emergencia médica toda condición repentina o inesperada que se manifieste en virtud a una enfermedad del Asegurado y que requiera atención inmediata al poner en peligro inminente su vida.

1.22. 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, que sea de causa no accidental y se encuentre dentro de la cobertura de esta póliza de seguro.

1.23. Enfermedad Congénita

Toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o durante 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.

1.24. Enfermedad Congénita No Conocida

Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha transcurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.

1.25. Enfermedad Hereditaria

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

1.26. Exclusiones

Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

1.27. FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION)

Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

1.28. Guías clínicas

Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo, el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

1.29. 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.

1.30. 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

1.31. Médicamente 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.

1.32. Medicina basada en la evidencia

Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

1.33. National comprehensive cancer network

Es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a incrementar la calidad y efectividad del cuidado brindado a los pacientes con cáncer. Se encarga de elaborar recomendaciones y guías de manejo que proporcionan valiosa información a los médicos para la toma de decisiones concernientes a la salud del paciente.

1.34. Nivel de evidencia II A

Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia "II A", según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia "II A" es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

1.35. Órgano

Es aquella parte del organismo humano que realiza una función fisiológica específica.

1.36. Obesidad

Presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Se clasifica fundamentalmente en base al índice de masa corporal (IMC) que se define como el peso en kilos dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado. Los distintos grados de obesidad se consideran mediante la siguiente escala: Grado I: Sobrepeso entre 25 - 29.9 IMC. Grado II: Obesidad 30 - 39.9 IMC. Grado III: Obesidad mórbida mayor 40 IMC.

1.37. 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.

El periodo de carencia no será aplicable a las enfermedades preexistentes indicadas, de corresponder, 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 haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad con la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

No se excluirán de la póliza aquellas enfermedades y/o dolencias diagnosticadas durante el Periodo de Carencia.

1.38. 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 Aseguradora 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 12 (doce) 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.
- Útero 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, salvo los casos derivados de una emergencia accidental

- Procedimiento de Litotricia.
- Hiperhidrosis.

Los periodos de espera estipulados en el presente artículo no regirán para los Asegurados Adicionales cuyo nacimiento haya sido amparado por la Póliza, siempre y cuando hayan sido 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, de corresponder, 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 o plan de salud diferente, conforme a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

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

1.40. Prima

Es la contraprestación establecida por la Aseguradora por la cobertura otorgada.

1.41. 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 Aseguradora.

1.42. Solicitud de Seguro

Documento en el cual el Asegurado solicita la cobertura del seguro para él y los asegurados adicionales que designe, el cual incluye la respectiva Declaración Jurada de Salud.

1.43. Suma Asegurada

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor máximo por el cual la Aseguradora 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 Aseguradora puede indemnizar por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

1.44. Siniestro

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

1.45. Tabla de Beneficios

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

1.46. Tejido

Se denomina al conjunto de células similares y especializadas que unidas realizan una función determinada.

1.47. 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).

1.48. 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.

1.49. Usual, Acostumbrado y Razonable

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

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.

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

1.50. Plan de Salud

Documento que contiene las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, beneficios y servicios otorgados por la presente póliza, también definido como Tabla de Beneficios

2. OBJETO DEL SEGURO

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

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

3. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO

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

3.1. Cobertura de Atención Ambulatoria

La Aseguradora cubrirá los gastos incurridos en relación al servicio ambulatorio, con la aplicación del deducible, de corresponder, y 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.

La presente cobertura podrá ser otorgada vía crédito o reembolso, según lo estipulado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado.

3.2. Cobertura de Atención Hospitalaria

Mediante la presente cobertura, se cubrirán los gastos incurridos en relación al servicio hospitalario, con la aplicación del deducible, de corresponder, y 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 y fisioterapia (enyesado, entablillado y vendas)
- Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) donante(s) calificado(s), incluyendo los exámenes de compatibilidad sanguínea para transfusión, de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas, sustentadas en la historia clínica bajo pertinencia médica.
- 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, según las condiciones particulares de la presente cobertura. **Este servicio no aplica para internamientos por Maternidad. Asimismo, solamente se brindará en Perú y por el sistema de crédito, en cualquier red de clínicas.** Para internamientos por tratamiento oncológico el servicio será brindado sin límites de edad.

3.3. Consulta Médica a Domicilio

En virtud a la presente cobertura, la Aseguradora otorgará atenciones de Médico a domicilio exclusivamente para enfermedades agudas de baja complejidad. Para dichos efectos, el Asegurado deberá solicitar una cita programada para atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la tabla de beneficios, debiendo pagar el copago establecido por consulta.

La presente cobertura está condicionada a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del Asegurado, cuyo tiempo de atención se informará en el momento de la solicitud de cobertura, siempre que se encuentre dentro del ámbito geográfico señalado en las Condiciones Particulares. Para dichos efectos, el Asegurado deberá comunicarse vía telefónica a Línea Positiva de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios.

Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos en la red de clínicas o centros médicos, bajo la cobertura de atención ambulatoria indicado en el Plan de Salud.

3.4. Atención de Emergencias

3.4.1. 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 hospitalizarse, como, por ejemplo:

- Luxaciones, esguinces, fracturas entre otros traumatismos.

- Heridas cortantes de cualquier etiología
- Quemaduras
- Picaduras de insectos con reacción alérgica y mordeduras de animales.

Y cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerado como un caso de emergencia accidental por el médico tratante. Los controles posteriores de una emergencia accidental, serán cubiertos al 100% siempre que se continúe el tratamiento hasta el plazo máximo indicado en las Condiciones Particulares.

Si a causa de la emergencia accidental el Asegurado tuviera que hospitalizarse o realizarse alguna cirugía, los gastos cubiertos derivados del accidente serán reconocidos de acuerdo a las condiciones de la cobertura Hospitalaria, según la tabla de beneficios.

3.4.2. Emergencia médica

Definida como crisis aguda e imprevisible en la salud del Asegurado que se manifieste en virtud a una enfermedad del Asegurado, con gravedad y severidad de tal magnitud que ponga en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos por lo que requiere de atención médica de emergencia.

Serán cubiertos los gastos ambulatorios de emergencias médicas, incurridos durante las primeras 24 horas de ocurrida la emergencia; siempre que el asegurado no requiera hospitalizarse, como, por ejemplo:

- Infarto Agudo al Miocardio, Angina de Pecho, Crisis Hipertensiva y edema agudo pulmonar.
- Crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda y neumonía.
- Cólico vesicular, Apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras y peritonitis.
- Cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda e insuficiencia renal aguda.
- Convulsiones, Accidentes Cerebro Vasculares (derrame cerebral, hemiplejías etc.).
- Síndromes febriles mayor a 38.5 (de 0 a 12 años) y síndromes febriles mayor a 39 (mayores de 12 años).
- Hemorragias de cualquier etiología.
- Pérdida de conocimiento súbita.
- Torsión testicular
- Intoxicaciones medicamentosas y alimentarias.

Y cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerado como un caso de emergencia médica por el médico tratante. Si a causa de la emergencia médica el asegurado tuviera que hospitalizarse o realizarse alguna cirugía, los gastos cubiertos derivados de la emergencia serán reconocidos de acuerdo a las condiciones de cobertura Hospitalaria según la tabla de beneficios.

3.4.3. Ambulancia a Domicilio

Atención Médica a Domicilio para situaciones de Emergencia. Previa comunicación a Línea Positiva se coordinará el envío de unidades móviles para la atención de emergencias accidentales o emergencias médicas a domicilio durante las 24 horas y todos los días del año.

3.4.4. Transporte por Evacuación Terrestre en caso de Emergencia

La Aseguradora cubrirá el transporte por evacuación del Asegurado en caso requiera tratamiento médico quirúrgico de Emergencia y no exista la capacidad profesional o resolutive en el establecimiento de salud en la localidad donde se encuentre, siempre que el médico tratante autorice la evacuación.

Para cualquier traslado de emergencia se requerirá previamente una coordinación entre el equipo médico de la Aseguradora 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 tipo I, Tipo II o Tipo III) hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado. 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).

En caso de traslado de emergencia se cubrirán los gastos de transporte mediante reembolso de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la salud.

No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el asegurado, ni acompañante.

3.5. Maternidad

Ampara los gastos efectuados a consecuencia del embarazo, incluyendo el control de gestación, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se cubre parto ya sea éste normal o cesárea quirúrgica; siempre y cuando este último sea médicamente necesario. Asimismo, se incluyen los gastos para el recién nacido por concepto de sala de bebés, 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 se otorgará reembolso para el procedimiento de fimosis o circuncisión.

La presente cobertura incluye los casos de aborto y/o amenaza de aborto no provocados intencionalmente. Se considera aborto y/o amenaza de aborto aquel producido hasta el sexto mes de embarazo.

La presente cobertura será otorgada únicamente a favor de la Asegurada Titular, o cónyuge del Asegurado Titular.

Periodo de espera: Esta cobertura entrará en vigencia después de doce (12) meses continuos de estar asegurada.

3.6. Control del Niño Sano

Mediante la presente cobertura, se ampara las consultas de control mensual del recién nacido hasta su primer año de vida, siempre y cuando el parto haya sido cubierto por la presente póliza y el recién nacido haya sido inscrito como Asegurado Adicional dentro de los treinta (30) días de su nacimiento.

3.7. Vacunas

En virtud de la presente cobertura, la Aseguradora brindará inmunizaciones que se encuentren establecidas en el Plan Nacional de Vacunación publicado por el Ministerio de Salud, según Tabla de Beneficios de la presente póliza.

3.8. Chequeo Médico Preventivo

La presente cobertura otorga un chequeo médico preventivo diseñado de acuerdo a la edad y sexo del Asegurado, en la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado, según corresponda. El detalle de la cobertura se encuentra indicado en la Tabla de Beneficios de la presente Póliza.

3.9. Oftalmología

Las enfermedades o cirugías de los ojos serán cubiertas según la red de proveedores y de acuerdo a las condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios.

3.10. Odontología

La cobertura odontológica se brinda de acuerdo a las condiciones estipuladas en el Plan de Salud, según lo siguiente:

- a) Examen oral inicial.
- b) Radiografías: Bitewings, periapical y oclusal. Radiografía panorámica sólo para casos de exodoncia impactada
- c) Profilaxis general, **(incluye limpieza manual simple sin uso de cavitrón o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual de la póliza),**
- d) Flúor y sellantes **(hasta los 12 años).**
- e) Restauraciones: resina, resina con luz alógena, curaciones simples y compuestas.
- f) Terapia Radicular (endodoncia).
- g) Pulpectomía y Pulpotomía
- h) Apiceptomía.
- i) Exodoncias simples y complementarias (extracciones dentales).

3.11. Oncología

En virtud a la presente cobertura, la Aseguradora cubrirá los gastos por enfermedades oncológicas que sufra el Asegurado de acuerdo con las condiciones señaladas en la Tabla de Beneficios. **Para la aprobación de la cobertura resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las siguientes condiciones:**

- 1) Que tanto el tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) haya(n) concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir, que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y se encuentren calificadas como categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las "Clinical Practice Guidelines in Oncology" (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la National Comprehensive CANCER Network (NCCN) de Estados Unidos de América.
- 2) Que los procedimientos oncológicos (CIRUGÍA ONCOLÓGICA, radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren estipulados en las "Clinical Practice Guidelines in Oncology" (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la National Comprehensive CANCER Network (NCCN), como

categorías de evidencia y consenso 1 o 2A. Mayor información con respecto a la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), podrá ser obtenida en la siguiente página web: www.nccn.org Las enfermedades que se presenten en el Asegurado como interurrencias o complicaciones y que no guarden relación directa con la enfermedad de cáncer serán cubiertas bajo las condiciones ambulatorias y hospitalarias establecidas en la Tabla de Beneficios de la póliza, siempre que no formen parte de las exclusiones de la póliza.

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

Para efectos de las coberturas detalladas en el presente capítulo, la medicación prescrita por un médico tratante no podrá **ser mayor a 30 días de tratamiento**. Asimismo, 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.

Si la Aseguradora reconoce y brinda alguna cobertura y luego de las investigaciones y revisiones realizadas se considera que la cobertura otorgada correspondía a un evento expresamente excluido por la presente Póliza, La Aseguradora no estará obligada a continuar asumiendo el gasto, y corresponderá el rechazo de las coberturas, de acuerdo al procedimiento descrito para tal efecto, en tanto las causales de rechazo del siniestro sean conocidas por la Aseguradora con posterioridad a la presentación del siniestro.

4. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACION DEL SEGURO

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

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

5. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

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

No procede la renovación del plan complementario si es que a su vencimiento el Asegurado no cuenta con un PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) vigente verificado por La Aseguradora a través del Registro de Afiliados de SUSALUD.

Cuando el asegurado haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida tendrá derecho a continuar renovando el contrato de seguro indefinidamente con coberturas no menores a las pactadas anteriormente.

6. EXCLUSIONES DEL SEGURO

No se activará ninguna cobertura de la presente póliza y la Aseguradora no pagará ningún gasto en los siguientes supuestos:

6.1 Accidentes aéreos en aviones privados, :

Gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados; con excepción de aquellos accidentes y/o lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.

6.2 Accidentes por la conducción de vehículos sin licencia

No se cubren lesiones a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados cuando el asegurado siendo conductor no cuente con licencia vigente para hacerlo.

6.3 Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales:

Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

6.4 Accidentes por consumo de drogas, alcohol y otros:

Gastos por accidentes resultantes del uso de drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, siempre que guarde relación causal con el accidente, por ejemplo: caídas, golpes, peleas u otros accidentes. No se brindará cobertura si existe evidencia de la evaluación médica y esté registrado en la historia clínica, o presente un dosaje etílico mayor a 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre, salvo que el accidente haya sido derivado de un diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.

6.5 Vacunas, Vitaminas, minerales y otros:

Gastos relacionados a la aplicación de Vacunas excepto las contempladas en el Plan Nacional de Vacunación y las vacunas indicadas por isoimmunización materno fetal, toxoide tetánico según indicación médica. Tratamientos preventivos de enfermedades (Vitaminas, Minerales, (a excepción de los contemplados en el Plan Materno-Infantil), 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. Sólo se cubren vitaminas y minerales en enfermedades que se haya evidenciado por laboratorio la carencia de los mismos.

No se contempla en esta exclusión la Nutrición Total Parenteral y la Nutrición Enteral que se cubre sólo en pacientes hospitalizados en los siguientes casos:

**Nutrición Parenteral: en pacientes con enfermedad que impide el uso del aparato digestivo y que no tengan contraindicaciones para su administración.
Nutrición Enteral: en pacientes que no puedan ingerir alimentos por boca pero que tienen el aparato digestivo utilizable (politraumatizados, coma, gran quemado, pancreatitis severa, en sedación o en ventilación mecánica).**

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, salvo la leche maternizada cuando hay imposibilidad documentable de lactancia materna, sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente en etapa puerperal.

6.6 Productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos:

No se cubren los gastos relacionados a productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos, salvo en casos de diarrea aguda infecciosa con reacción inflamatoria en heces negativa: *Saccharomyces boulardii* (Por ejemplo: Floratil), *Bacillus clausii* esporas (Por ejemplo: Enterogermina) y *Lactobacillus* (Por ejemplo: Florea, Biogaia).

6.7 Medicina biológica y/o sus complicaciones:

Medicamentos, insumos, implantes u otro material de origen biológico, inmunoglobulinas e inmunomodulares de origen biológico, salvo los utilizados en terapia oncológica y/o terapia biológica no oncológica, precisada en la Tabla de Beneficios.

6.8 Aparatos ortopédicos, bragueros, muletas y similares:

Aparato, equipos ortopédicos y ortésicos (zapatos ortopédicos, silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, collarines, cama clínica, mantas térmica, entre otros), 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. Con excepción de las prótesis quirúrgicas internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardíacas, para diálisis, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, diversores deflujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardíaco) bajo beneficio de prótesis. No se cubren Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina

6.9 Dispositivos para columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo): del grupo de separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Coflex –F,Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos ablativos para columna con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, rizotomía o neulolisis; proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca. Sí se cubren los bloqueos radiculares o facetarios con anestésicos o corticoides.

Se cubre los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas, bajo beneficio de prótesis.

6.10 Estudios de polisomnografía:

No se cubre el estudio de polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de apnea obstructiva de sueño, narcolepsia o insuficiencia cardiaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

6.11 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 que no sea parte del Programa de Anual de Chequeo Preventivo ofrecido por la presente póliza. Se excluye a su vez todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.

6.12 Cirugía plástica, estética, reconstructiva y tratamientos de embellecimiento
Gastos por cirugía plástica, estética, reconstructiva 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 complicaciones de tipo estética por mamoplastía reductora, ginecomastia, gigantomastia, 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.

6.13 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.

6.14 Cuidado domiciliario:

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

6.15 Condiciones preexistentes:

Gastos relacionados a Condiciones Preexistentes y las complicaciones de Condiciones Preexistentes. No aplicará la presente exclusión en caso que la enfermedad preexistente haya sido objeto de cobertura durante la vigencia de una póliza que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

6.16 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 del uso de fármacos para tratamientos y/ o cirugías no cubiertas por esta póliza.

6.17 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.

6.18 Curas de reposo, surmenaje, desarrollo psicomotor, déficit de atención, problemas de aprendizaje o lenguaje. Salvo se indiquen como diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.

6.19 Dermatología:

Gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo, protectores solares aun si son por prescripción médica y tratamiento de alopecia.

6.20 Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM):

Todo tratamiento por trastornos de la articulación temporomandibular o maloclusión. Asimismo, se excluye trastornos craneo 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 aun cuando se hayan producido como consecuencia de un accidente.

6.21 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 excepto para diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas cubiertos en esta póliza. No aplica screening.

6.22 Enfermeras privadas:

Gastos por cuidado de enfermeras privadas.

6.23 Epidemias:

Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubre los gastos por enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que hayan sido declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

6.24 Gastos en el extranjero

Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubren los gastos por tratamientos efectuados en el extranjero y medicamentos no comercializados a nivel nacional.

6.25 Gastos excesivos:

Gastos que excedan los límites razonables y acostumbrados, que no sean médicamente necesarios y que el Asegurado no está legalmente obligado a pagar, la evaluación se realiza con la auditoría del caso, según pertinencia médica.

6.26 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.

6.27 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.

6.28 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, o ciclismo de montaña.

6.29 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.

6.30 Terapia de sensibilización para Alergias y sus complicaciones, excepto la Prueba del Panal de Alergias, pruebas cutáneas o PRICK TEST.

6.31 Medicamentos para el tratamiento de la osteopenia.

6.32 Queratotomía radial, cirugía correctiva ocular y aditamentos para la vista y audición:

Gastos por tratamiento de queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción, técnicas de superficie 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 estos sean parte de intervenciones quirúrgicas por enfermedades y/o accidentes del aparato ocular, cubiertos por esta póliza.

6.33 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 cubiertos los exámenes de compatibilidad sanguínea para transfusión, de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas, sustentadas en la historia clínica bajo pertinencia médica.

6.34 Servicios médicos proporcionados por un pariente:

Gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.

6.35 Suministros y/o servicios no prescritos médicamente:

Cualquier servicio o suministro no prescrito por un médico u odontólogo colegiado. No se reconocerán los gastos por la práctica de intrusismo.

6.36 Tratamientos de medicina alternativa y experimentales:

Todo tratamiento y servicio no aceptado por la ciencia o la medicina tradicional. 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.

6.37 Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización

Gastos por tratamiento de obesidad o raquitismo y/o de fertilización o esterilización, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. Los trastornos de crecimiento a excepción de Pubertad Precoz. Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.

6.38 Tratamiento por Trastornos de los pies

Gastos por cuidado podiátrico y tratamiento de callosidades, pie plano, hallux valgus, hallux rigidus, dedo del pie en martillo, otras deformidades del pie similares.

6.39 Tratamientos odontológicos

Se excluyen gastos por tratamientos y operaciones de ortodoncias, prótesis dentales y todo lo relacionado con ellos y sus complicaciones, a excepción de los que se hubieren producido a consecuencia de un accidente, gasto cubierto por esta póliza y aquellos que expresamente se encuentran cubiertos de acuerdo a cobertura brindada.

6.40 Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.

6.41 Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual: VIH / SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones. Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.

6.42 Trasplantes de órganos y tejidos:

Se excluye los gastos por trasplantes de órganos y/o tejidos. Asimismo, 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.

6.43 Unidades de calefacción y artefactos eléctricos:

Gasto por alquiler de unidades de calefacción, teléfono y artefactos eléctricos.

6.44 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.

6.45 Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest).

6.46 Disfunción eréctil y trastorno de la libido.

6.47 Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.

6.48 Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.

6.49 Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.

6.50 Pruebas o tests con fines pronósticos (genéticas, de imágenes o de laboratorio) intra o extrauterino.

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

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

a) Al fallecimiento del Asegurado

b) Al término de la vigencia de la póliza, en caso no sea renovada

c) La cobertura del seguro se extingue por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago de la prima establecida en el

contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.

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

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

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

- Carta dirigida a la Compañía en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
- Original y copia de documento nacional de identidad

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

c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo del siniestro, dentro del plazo señalado en la cláusula 10, informará la resolución del contrato de seguro, mediante comunicación escrita. La resolución surtirá efectos desde su notificación.

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

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

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

e) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante o Asegurado en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La resolución será efectiva con ocasión de la fecha de recepción de la comunicación.

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

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

(i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
(ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.

(iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.

(iv) La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

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

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

En los supuestos en que corresponda, a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso a La Aseguradora se realizará en las Oficinas de la Aseguradora:

- En caso de seguros masivos, previa solicitud por escrito del Contratante o Asegurado en un plazo de treinta (30) días.
- En caso de seguros no masivos, La Aseguradora devolverá la prima pagada en exceso al Contratante o Asegurado, sin necesidad de requerimiento previo, dentro de los treinta (30) días siguientes de la fecha de resolución. En el supuesto del literal b), el plazo se computa desde presentada la solicitud de resolución.

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

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.

c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

d) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En los supuestos comprendidos en el numeral 7.3 del literal a), b) y d) La Aseguradora procederá a la devolución de la prima, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato. Tratándose del literal c) La Aseguradora tendrá derecho a retener el íntegro de la prima del primer año de duración del contrato a título indemnizatorio, procediendo a devolver la prima por el periodo posterior pagado dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de declaración de la nulidad del contrato. La devolución se realizará en las Oficinas de La Aseguradora.

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

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

i) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.

ii) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.

iii) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.

iv) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

Si el Asegurado hubiera cobrado cualquier suma correspondiente a un siniestro cubierto bajo la presente póliza, y luego se revelará que ésta es nula conforme a lo dispuesto en el marco legal que regula el contrato de seguro, la Aseguradora informará al Asegurado mediante comunicación escrita, quedando el Asegurado automáticamente obligado a

devolver a la Aseguradora toda suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos sustentados en comprobantes de pago admitidos por la administración tributaria y tributos vinculados al pago del siniestro. Los sustentos de los gastos y tributos mencionados serán enviados en la comunicación.

8. PRIMA:

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

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

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

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

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

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

Las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización debido a factores como inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad del programa, evolución de gastos médicos, tablas de morbilidad, edad, nuevas tecnologías, cambio en tarifario de los proveedores de salud y otros criterios técnicos-financieros y supuestos actuariales que determinan el reajuste de la prima. Los ajustes por actualización se realizarán en la renovación de la vigencia de la póliza.

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 Aseguradora. El pago hecho por el Contratante y/o Asegurado Titular al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de la Aseguradora o a la entidad financiera autorizada por la Aseguradora para recaudar el pago.

9. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Podrán ingresar como Asegurado de la presente póliza cualquier persona residente en la República del Perú y que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y con las edades establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro y/o Certificado.

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

Si el Contratante ha venido renovando la póliza de seguro, por lo menos en los últimos cinco (5) años consecutivos, tiene el derecho de continuar renovando la póliza de seguro indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas en el contrato anterior, sin perjuicio de que la Aseguradora modifique las primas, deducibles, proveedores afiliados, y copagos de acuerdo a los criterios y procedimientos para actualización de las primas.

10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

10.1 Aviso de siniestro:

Al ocurrir un siniestro, el Asegurado, beneficiario o cualquier tercero que corresponda, deberá:

Informar a la Aseguradora 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, llamando al teléfono (01) 211-0-213 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 Asegurado o beneficiario, debido a culpa leve, incumplen con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a la Aseguradora, esta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Asegurado, 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 Aseguradora haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura. El Asegurado deberá suministrar toda aquella información y pruebas documentales que la Aseguradora le requiera, conforme a los numerales siguientes, siempre y cuando guarden consistencia y proporcionalidad con la indemnización reclamada.

10.2 Procedimientos para la atención del siniestro

Las coberturas del seguro podrán solicitarse en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: www.lapositiva.com.pe. Para las coberturas atendidas bajo el Sistema de Créditos, las coberturas podrán solicitarse ante las IPRESS (proveedores) que se señalan en su Tabla de Beneficios. Para atención vía telefónica comunicarse a Línea Positiva llamando al teléfono (01) 211-0-213 desde Lima y/o Provincia a efectos de coordinar la atención correspondiente.

Asimismo, el Asegurado deberá presentar la siguiente documentación e información, según corresponda al siguiente correo siniestrossalud@lapositiva.com.pe

- Sistema de reembolso:

Para el reembolso de algún gasto médico cubierto, es necesario que se presenten documentos originales como, facturas y/o boletas de venta, indicaciones y recetas, la solicitud proporcionada por la Aseguradora y/o sus proveedores debidamente completada con los datos del paciente y con el informe médico, así como todos los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido, en un plazo no mayor a 90 días calendario.

Los recibos por honorarios profesionales deberán ser emitidos siempre a nombre del paciente asegurado.

- Sistema de Crédito:

Atención Ambulatoria: Se otorga en los proveedores afiliados con la presentación del documento de identidad o carné de extranjería.

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.

Atención Hospitalaria: El Asegurado deberá solicitar a la Aseguradora una carta de garantía, presentando la copia simple de 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 estipulados en la tabla de beneficios.

Todos los pagos correspondientes a gastos cubiertos por este seguro serán efectuados directamente por la Aseguradora a los proveedores afiliados que en exclusividad brindarán sus servicios, de acuerdo a las coberturas que se señalan en la tabla de beneficios que

forma parte de las Condiciones Particulares o a los Asegurados en los casos de los reembolsos permitidos por la póliza.

La Aseguradora podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales que considere necesario respecto de la documentación e información presentada por el asegurado para la evaluación y liquidación del siniestro, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que la misma guarde relación con el siniestro.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, la Aseguradora 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. La Aseguradora 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, resultase 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 devolverá a la Aseguradora el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

De igual manera, si la Aseguradora 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. Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro

10.3 Investigación y revisión de siniestros

La Aseguradora 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 de su solicitud de cobertura. Así mismo, se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización. El Asegurado queda obligado a cooperar con esta investigación.

Si el Asegurado no cooperara con la investigación o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto, el Asegurado perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, debiendo reintegrar a la Aseguradora las sumas pagadas más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

En general, la Aseguradora 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 todo derecho a indemnización, sin perjuicio que la Aseguradora inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

11. LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO

11.1 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 Aseguradora respecto de los siniestros amparados por esta póliza.

11.2 Subrogación

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

12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

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

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones.

13. QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS:

El Contratante y Asegurados podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la Aseguradora, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El Contratante y Asegurados, según corresponda, pueden (i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, (ii) presentar sus consultas y/o denuncias ante el Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI; o (iii) presentar sus quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

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

15. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

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

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

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

Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la Aseguradora surten todos sus efectos en relación al Contratante, con las limitaciones previstas en el marco legal vigente.

16. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante y/o Asegurado pueden pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el contrato de seguro, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el Asegurado fuese igual o superior a 20 UIT.

17. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

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

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

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

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

18.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación por escrito de La Aseguradora y detallándose las modificaciones que se realicen en caracteres destacados, la misma que deberá ser remitida con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas, debiendo la Aseguradora remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

18.2 Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Aseguradora y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

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

19. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados es **LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A.** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima**, en adelante, **LA ASEGURADORA**.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **03899**.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

Ejecutar la relación contractual.

- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web.

<https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link:

https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTW-ORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8 para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa.

<https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

20. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

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

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

21. CESION DE CARTERA

El Contratante y/o Asegurado declaran conocer que la Aseguradora tiene la facultad de ceder su cartera de seguros del que forma parte el presente producto, cumpliendo de manera previa con el procedimiento establecido en la normativa vigente. En dicho supuesto, la Aseguradora pondrá en conocimiento del Contratante y/o Asegurado, el inicio del procedimiento de cesión de cartera, a través de los medios de comunicación que usó para la contratación del seguro, otorgándoles un plazo de 60 días calendarios para que se pronuncie, luego de cual se entenderá por aceptada la decisión de ser cedidos, aun cuando no se haya manifestado en contra de la comunicación recibida.

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

En caso el Asegurado haya renovado sucesiva e ininterrumpidamente su póliza en los últimos cinco (5) años, la empresa cesionaria considerará la cesión como renovación.

22. TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

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

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

Para todo lo no previsto en la presente cláusula, se aplicará lo dispuesto en la Ley N° 28770, Ley N° 29946 y demás normas que resulten aplicables.

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

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