

RESUMEN INFORMATIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

La Positiva Seguros y Reaseguros
Francisco Masías N°370, San Isidro, Lima,
RUC: 20100210909,
Telf.: (0511) 211-0211,
www.lapositiva.com.pe

RIESGOS CUBIERTOS

Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

Tratamiento Oncológico

EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedad oncológica preexistente, considerada como aquella condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo de la contratación del seguro o de la presentación del cuestionario de salud, de ser el caso. No aplicará la presente exclusión en caso que el tratamiento oncológico haya sido objeto de cobertura en una póliza inmediatamente anterior, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770.
- b) Todo diagnóstico anatómo patológico positivo para neoplasia maligna, siempre y cuando se haya producido antes de culminado el periodo de carencia, señalado en las condiciones generales de la póliza.,
- c) Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el Asegurado, así como gastos efectuados en el extranjero.
- d) Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento.
- e) Cualquier requerimiento de asistencia prestacional y/o de pagos a terceros, por concepto de gastos de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole, incurridos sin la autorización previa y escrita por parte del prestador de salud de la Aseguradora o anterior a la activación de la cobertura de la póliza.
- f) Cualquier requerimiento o prescripción médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico oncológico, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del presente contrato.
- g) Tratamientos psicológicos, psiquiátricos, curas de reposo, suicidio e intento de suicidio y/o todo daño derivado de la autoeliminación, así como tratamientos estéticos, kinésicos o de cualquier tipo de rehabilitación.
- h) Suministro de prótesis de todo tipo, así como también material de osteosíntesis, salvo la prótesis mamaria y testicular.
- i) Reconocimiento de gastos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y sus derivados como albúmina, entre otros; así como las pruebas de tamizaje de donantes.
- j) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del presente contrato.
- k) Trasplante de médula ósea y radiofrecuencia, búsqueda y análisis de compatibilidad del donante de médula ósea, salvo el trasplante de médula ósea histocompatible.
- l) Radioterapia con intensidad modulada (IMRT), salvo las expresamente señaladas en el numeral 3.2 del presente contrato.
- m) Tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de los procedimientos de atención establecidos en el contrato, así como las complicaciones que se puedan derivar de ellas.
- n) Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas por los médicos de los proveedores de salud, según lo establecido en el presente contrato.
- o) Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado, prescrito o suministrado por el médico designado por los proveedores de salud y/o que su realización no se lleve a cabo a través de la red prestacional que contempla el plan prestacional elegido.

RESUMEN INFORMATIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

- p) Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
- q) Fármacos como ansiolíticos, psicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, proteínas, productos naturales o productos no medicinales y cualquier otro medicamento no oncológico.
- r) Tratamientos con fármacos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la FDA o que no se recomienden en las Guías de prácticas clínicas adaptadas de la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) del proveedor de salud o no comercializados o no disponibles en el mercado farmacéutico nacional.
- s) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH / SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.

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

- a) Enfermedades oncológicas preexistentes o anterior diagnóstico oncológico del asegurado.
- b) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH / SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.
- c) Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico Anatómo Patológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.
- d) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- e) Cáncer cérvico uterino "In situ".
- f) Cualquier diagnóstico oncológico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, conforme a las leyes del país en que haya sido emitido el diagnóstico.

CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que pueden ser incorporadas a la póliza de acuerdo a la decisión del **Asegurado Titular**, se regirán por los términos y condiciones expuestos en las condiciones particulares y en el texto de la respectiva cláusula.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.

Conforme a lo indicado en la cláusula 17 de las Condiciones Generales.

MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES.

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.

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

RESUMEN INFORMATIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

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

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Todo litigio o controversia 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, Asegurado y/o Beneficiario pueden pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el contrato de seguro, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el Asegurado fuese igual o superior a 20 UIT.

RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA
El Contratante y Asegurado Titular tienen derecho a resolver el contrato de seguro de forma unilateral y sin expresión de causa, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días.

PERSONAS ASEGURABLES

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

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

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

PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA

Aviso del siniestro

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

a) En el caso de tratamiento oncológico, deberá coordinar su cita a través del call center del proveedor de salud que la Aseguradora designe para tal efecto, cuyos números se encuentran establecidos en las condiciones particulares o el plan de beneficios, así como también en el Certificado de Seguro.

Si el asegurado está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo un familiar en primer grado consanguinidad o un representante debidamente facultado, debiendo entregar copia de su documento de identidad.

b) Para la cobertura de Indemnización por primer diagnóstico de cáncer, el Asegurado deberá comunicar por escrito directamente en las oficinas de la Aseguradora. Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

Los teléfonos de la Aseguradora son 211-0-213, en la ciudad de Lima y en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora

RESUMEN INFORMATIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

Activación de la cobertura - Tratamiento Oncológico

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

- Solicitud de activación de cobertura (proporcionado por el proveedor de salud y/o Aseguradora).
- Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
- Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributivos al diagnóstico.
- Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- Copia del DNI del Asegurado.
- Prueba de cotinina (nicotina), según corresponda

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

Activación de la cobertura - Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

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

En el caso de la cobertura de Indemnización por primer diagnóstico de cáncer, la Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura, salvo que solicite una prórroga al Contratante o Asegurado, según corresponda,

para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante o Asegurado, según corresponda, no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días calendario de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

Las acciones derivadas de la póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde conocida la existencia del beneficio de la póliza en el caso de los seguros con cobertura de fallecimiento.

AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS

La Positiva atenderá los reclamos a través del "Área de Servicio al Cliente".

El Contratante, Asegurado y sus Beneficiarios pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono 211-0-213, (ii) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en www.lapositiva.com.pe, y, (iii) a través del

RESUMEN INFORMATIVO DE LA PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO

formulario virtual de la página web antes indicada.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO El **Contratante, Asegurado y el Beneficiario** también podrán realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la “Defensoría del Asegurado” - Lima, llamando al 01-4210614 o en www.defaseg.com.pe

FECHA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Según la forma de recaudación y de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado, SBS, INDECOPI, entre otros, según corresponda.

INFORMACIÓN ADICIONAL

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Contratante y Asegurado se encuentran obligados a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

La información aquí proporcionada es a título parcial. Prevalen las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales del Seguro Oncológico de **La Positiva Seguros** y Reaseguros. Para las pólizas grupales, las coberturas específicas para cada **Asegurado** se encuentran detalladas en el Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado de Seguro, según corresponda.