

PÓLIZA DE MICROSEGURO MULTIRIESGO DE ACCIDENTES Y SALUD POR INDEMNIZACION

CONTENIDO

CAPÍTULO I	5
CONDICIONES GENERALES	5
1. Bases del Contrato.	5
1.1. Contratantes.	5
1.2. Pago de la Prima.	5
1.3. Aceptación y Conformidad a las Condiciones.	5
1.4. Firmas Autorizadas.	6
1.5. Avisos y Comunicaciones.	6
1.6. Resolución del Contrato de Seguro.	6
1.7. Causas de Nulidad del Contrato de Seguros.	6
1.8. Caso de Reclamo Fraudulento.	7
1.9. Otros Seguros.	7
1.10. Vigencia del Seguro.	7
1.11. Gastos.	7
1.12. Solución de Controversias.	7
1.13. Defensoría del Asegurado.	7
1.14. Fuero Jurisdiccional y Determinación de la Competencia.	8
1.15. Domicilio.	8
1.16. Jurisdicción Territorial.	8
1.17. Prescripción Liberatoria.	8
CAPÍTULO II	8
DEFINICIONES	8
2. Definiciones.	8
2.1. Accidente.	8
2.2. Accidente de Tránsito.	8
2.3. Accidente Cerebro Vascular:	9
2.4. Asegurado.	9
2.5. Ataque Cardíaco o Infarto al Miocardio:	9

2.6. Beneficiario.	9
2.7. Cáncer.	10
2.8. Condición Preexistente.	10
2.9. Condiciones Generales.	10
2.10. Contratante.	10
2.11. Declaración de Salud:	10
2.12. Distrofia(s) Muscular(es).	11
2.13. Diagnóstico Clínico:	11
2.14. Diagnóstico Patológico Positivo:	11
2.15. DOI.	11
2.16. Enfermedad:	11
2.17. Esclerosis Múltiple.	11
2.18. Establecimiento de Salud.	11
2.19. Evidencia Documentada:	11
2.20. Fecha de Incorporación del Asegurado al Seguro.	12
2.21. Fecha de Siniestro.	12
2.22. Hospitalización.	12
2.23. Informe Histopatológico.	12
2.24. Invalidez Permanente Total.	12
2.25. Médico.	12
2.26. Paciente Interno.	12
2.27. Pago Diario.	13
2.28. Parálisis.	13
2.29. Póliza.	13
2.30. Prima.	13
2.31. Solicitud - Certificado de Seguro.	13
2.32. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VHI / SIDA).	13
2.33. Suma Asegurada.	13
2.34. Vehículo Automotor.	13
2.35. Vía de Uso Público.	14
2.36. Retardo en el Aviso del Siniestro.	14

CAPÍTULO III	14
ASEGURADOS, INICIO DE LA COBERTURA Y TERMINO DE LA	
COBERTURA	14

3. Asegurados.	14
-----------------------	-----------

3.1. Titular del Seguro.	14
3.2. Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro.	14

4. Inicio de la Cobertura.	14
-----------------------------------	-----------

5. Término de la Cobertura.	14
CAPÍTULO IV	15
COBERTURAS Y LÍMITES	15
6. Coberturas Principales.	15
6.1. Muerte por Accidente del Titular del Seguro	15
6.2. Invalidez Permanente Total por Accidente del Titular del Seguro.	15
6.3. Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro	16
6.4. Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente.	16
6.5. Muerte por Accidente de Tránsito del Titular del Seguro.	16
6.6. Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Titular del Seguro.	16
6.7. Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Titular del Seguro.	16
7. Beneficios Adicionales.	17
7.1. Línea Positiva de Salud.	17
CAPÍTULO V	18
EXCLUSIONES	18
8. Condiciones, Circunstancias y/o Causas Excluidas y No Cubiertas.	18
8.1. Para el caso de Muerte por Accidente del Titular del Seguro, Invalidez Permanente Total por Accidente del Titular del Seguro, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Titular del Seguro:	18
8.2. Para el caso de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Titular del Seguro:	19
8.3. Para el caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Titular del Seguro:	19
CAPÍTULO VI	20

OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA INDEMNIZACIÓN **20**

9. Obligaciones. **20**

9.1. **Aviso del Siniestro.** **20**

10. Procedimientos. **20**

10.1. **Documentos Necesarios para la Entrega del Beneficio.** **20**

10.2. Pago de la Indemnización. **21**

10.3. Investigación y Revisión de Reclamos. **22**

10.4. Procedimientos para la Atención de Reclamos. **22**

CAPÍTULO VII **22**

DISPOSICIONES FINALES **22**

11. Disposiciones. **22**

11.1. Subrogación. **22**

11.2. Moneda. **22**

11.3. Primas. **22**

11.4. Reajuste de Primas. **22**

CAPÍTULO I

CONDICIONES GENERALES

1. Bases del Contrato.

1.1. Contratantes.

La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y de la otra parte el **Contratante**.

1.2. Pago de la Prima.

1.2.1. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima origina la resolución automática del contrato de seguro, una vez transcurridos los treinta (30) días calendario de período de gracia, de acuerdo a lo establecido por el Reglamento de Microseguros.

1.2.2. Este seguro podrá comercializarse y ser distribuido a través de empresas del sistema financiero, empresas de transferencias de fondos, cooperativas de ahorro y crédito no autorizadas para operar con recursos del público, empresas proveedoras de bienes y servicios y organizaciones gremiales y/o comunales y/o sociales, en adelante denominadas el **Contratante**, por lo tanto los pagos efectuados por el **Asegurado** al **Contratante**, se considerarán abonados a **La Positiva** o en su defecto, los pagos por cobertura de riesgo serán efectuados por el **Contratante** a **La Positiva** en nombre de los directos **Asegurados**.

1.3. Aceptación y Conformidad a las Condiciones.

1.3.1. Si el contenido de la póliza no concordara con lo solicitado por el **Contratante**, éste podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que la póliza hubiera sido entregada al **Contratante** o corredor de seguros que lo represente y de la cual tomó conocimiento efectivo. Transcurrido dicho plazo sin que mediara observación del **Contratante** o su corredor de seguros, o instrucción de resolución, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida.

1.3.2. La solicitud de rectificación propuesta por el **Contratante** no obliga a **La Positiva**, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al **Contratante** o corredor de seguros su decisión de aceptar las rectificaciones solicitadas. Si **La Positiva** no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de diez (10) días calendario de haber recibido la misma, se entenderán por rechazadas dichas rectificaciones y, por ende, no perfeccionado el contrato de seguro.

1.3.3. Mientras la póliza no fuera observada dentro de los límites precitados su fuerza vinculatoria estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitida.

1.3.4. Esta póliza no permite establecer condiciones especiales ni verificaciones previas en relación con el **Asegurado**, siendo suficiente la suscripción de la Solicitud - Certificado de Seguro para que opere la cobertura.

1.3.5. En caso de producirse discrepancias entre las Condiciones Generales y la Solicitud - Certificado de Seguro, prevalecerán estas últimas.

1.4. Firmas Autorizadas.

La copia de la póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de **La Positiva** y por el **Contratante** o su representante legal, quien deberá devolver un ejemplar a **La Positiva**. La Solicitud – Certificado es el documento que firma el **Asegurado**.

1.5. Avisos y Comunicaciones.

1.5.1. Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

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

1.5.3. De igual forma todas las comunicaciones cursadas por el **Asegurado** al **Contratante** por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tiene el mismo efecto que si se hubieren dirigido a **La Positiva**.

1.6. Resolución del Contrato de Seguro.

1.6.1. **El Asegurado podrá dejar sin efecto su Solicitud – Certificado de Seguro y sin expresión de causa. Para tal efecto deberá cursar una comunicación simple por escrito con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario.**

1.7. Causas de Nulidad del Contrato de Seguros.

1.7.1. El contrato de seguros será nulo, en los siguientes casos:

- a) Por mala fe probada del **Asegurado** al tiempo de celebrar el contrato, tenga o no incidencia en la estimación y/o aceptación del riesgo.
- b) Por inexacta declaración, reticencia, omisión u ocultación por el **Asegurado**, de hechos o circunstancias, aún hechas de buena fe, siempre que hubieran podido influir en la celebración del contrato o en la estimación y/o aceptación del riesgo.
- c) Por otras causas previstas en la ley y/o disposiciones vigentes aplicables.

1.7.2. En cualquiera de los casos referidos en el numeral precedente, el **Asegurado** y/o el Beneficiario perderá automáticamente todo derecho a reclamar la indemnización o beneficio alguno relacionado con la póliza emitida en su favor.

1.7.3. Asimismo, si el **Asegurado** y/o el Beneficiario ya hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, bajo cualquiera de los casos referidos en el numeral 1.7.1, quedará automáticamente obligado a devolver a **La Positiva** la suma percibida.

1.8. Caso de Reclamo Fraudulento.

La Positiva quedará relevada de toda responsabilidad y el **Asegurado** perderá todo derecho a la indemnización bajo esta póliza en los siguientes casos:

- a) Si el **Asegurado** presenta un reclamo fraudulento o simula circunstancias engañosas o recurre a declaraciones falsas.
- b) Si en cualquier momento, el **Asegurado** o terceras personas que obran por cuenta de éste o con su conocimiento, emplean medios o documentos falsos, engañosos o dolosos para sustentar un reclamo o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

No obstante, el Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por la vía que considere adecuada el reconocimiento de la cobertura

1.9. Otros Seguros.

Cuando ocurra un siniestro, que implique otorgar una indemnización conforme a los términos y condiciones de la presente póliza y exista otro u otros seguros con las mismas coberturas, independientemente de haber sido contratados por el **Asegurado** o por terceros, **La Positiva** estará igual obligada a pagar la indemnización que corresponda por esta póliza.

1.10. Vigencia del Seguro.

La presente póliza tiene vigencia indefinida y no requiere renovación anual. La Solicitud - Certificado de Seguros se mantendrá vigente siempre y cuando el **Asegurado** cumpla con pagar la prima mensual correspondiente.

1.11. Gastos.

Todos los gastos de este contrato y los derechos de póliza, tanto en el caso de primas correspondientes a la póliza como al caso de reclamo por siniestro, serán a cargo del **Asegurado** o del **Contratante**, de acuerdo a lo señalado en la Solicitud – Certificado de Seguro.

1.12. Solución de Controversias.

La Positiva deberá atender las quejas y reclamos en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado por el **Asegurado**. En caso de persistencia del reclamo o queja, los **Asegurados** podrán optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos, en caso consideren hayan sido conculcados.

1.13. Defensoría del Asegurado.

El **Asegurado** tiene el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Arias Araguez N° 146, Miraflores – Lima, cuyo número telefónico y página web es 446-9158 y www.defaseg.com.pe, respectivamente, para resolver las controversias que surjan entre él y **La Positiva**, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable por parte de **La Positiva** pero no del **Asegurado** quien mantiene inalterable su derecho de recurrir a otras instancias una vez concluido el trámite ante la Defensoría del Asegurado.

1.14. Fuero Jurisdiccional y Determinación de la Competencia.

En caso las partes optaren por resolver sus controversias ante el poder judicial deberán someterse a la competencia de los jueces y tribunales de la República del Perú según las reglas de competencia territorial establecidas en el Código Procesal Civil.

1.15. Domicilio.

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

1.16. Jurisdicción Territorial.

Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza rigen en todo el mundo.

1.17. Prescripción Liberatoria.

Los beneficios derivados de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en el marco legal vigente aplicable a la materia, que es de diez (10) años.

CAPÍTULO II

DEFINICIONES

2. Definiciones.

2.1. Accidente.

Se entiende por accidente todo 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 afecta al **Asegurado** causándole heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas por un médico con certeza.

2.2. Accidente de Tránsito.

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

2.3. Accidente Cerebro Vascular:

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

2.4. Asegurado.

Es la persona que está expuesta al riesgo asegurado y a cuyo favor se extiende el seguro. Su personalidad puede o no coincidir con la del titular de los derechos indemnizatorios.

2.5. Ataque Cardíaco o Infarto al Miocardio:

La muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:

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

- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
- Estudio radistópico del músculo cardíaco.

2.6. Beneficiario.

Los Beneficiarios en el caso de las coberturas de Muerte por Accidente del Titular del Seguro, Muerte por Accidente de Tránsito del Titular del Seguro y Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente serán los indicados por el Titular del Seguro en la Solicitud - Certificado de Seguro. En caso, no haya tal designación, la indemnización será pagada en el siguiente orden de precedencia:

- a) El cónyuge sobreviviente.
- b) Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo.
- c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años.
- d) Los padres.
- e) Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo.
- f) Los herederos legales del Titular del Seguro, previa presentación del testamento o de la declaratoria de herederos. Si fueren dos o más los beneficiarios designados y no se hubiera establecido la proporción en la ficha de beneficiarios, el importe se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuere el vínculo que ligare a los beneficiarios con el Titular del Seguro.

En el caso del beneficio por la cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente del Titular del Seguro, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro, Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Titular del Seguro e Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Titular del Seguro, el Beneficiario será el mismo Titular del Seguro.

2.7. Cáncer.

Para los propósitos de esta Póliza, el “Cáncer” se define como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraído y comenzado luego de la fecha de vigencia de la póliza.

Incluye: leucemia, enfermedad Hodgkins y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros.

Excluye: carcinomas no-invasivos en situ (tumores con células malignas que no producen metástasis y que se encuentren focalizados en un solo lugar); tumores no-invasivos (tumores que no producen metástasis) que sólo exhiben cambios malignos recientes; tumores por la presencia del virus de auto-inmunodeficiencia humano (SIDA); Kaposi’s Sarcoma y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de la piel que no fuera melanoma maligno.

2.8. Condición Preexistente.

Es toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del **Asegurado**, anteriores al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.

El **Asegurado** no se encuentra obligado a someterse a exámenes médicos de forma previa o como requisito para la suscripción de la Solicitud – Certificado de Seguro, mediante la que declara encontrarse en perfecto estado de salud y que no ha padecido de la enfermedad para la que solicita cobertura antes del inicio del seguro, por lo que basta la suscripción de la Solicitud – Certificado de Seguro para que opere la cobertura.

2.9. Condiciones Generales.

Se entiende por el documento que contiene las coberturas y exclusiones básicas, así como las cláusulas generales de contratación aplicables a este seguro.

2.10. Contratante.

Es el tomador de la póliza. Es la persona natural o jurídica que celebra con **La Positiva** el Contrato de Seguro y un Contrato de Comercialización. El **Contratante** es el único que puede solicitar modificaciones a la póliza. Asimismo, es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos cubiertos del **Asegurado**.

2.11. Declaración de Salud:

Es la declaración que efectúa el **Asegurado** al momento de solicitar el seguro, mediante la cual declara encontrarse en perfecto estado de salud y que tanto él y su cónyuge no padecen o han padecido de una enfermedad anterior al inicio de este seguro. Las condiciones preexistentes conocidas no declaradas pueden determinar el rechazo de una reclamación.

2.12. Distrofia(s) Muscular(es).

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

2.13. Diagnóstico Clínico:

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

2.14. Diagnóstico Patológico Positivo:

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

2.15. DOI.

Documento Oficial de Identidad.

2.16. Enfermedad:

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

2.17. Esclerosis Múltiple.

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

Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión.

2.18. Establecimiento de Salud.

Es el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos para los pacientes, quirófano y equipo de rayos X, que proporciona servicios de enfermería a tiempo completo y son atendidos por personal profesional especializado. **No se consideran establecimientos de salud, las instituciones mentales o utilizadas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas así como los institutos o sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

2.19. Evidencia Documentada:

Se refiere a los resultados por escrito de las pruebas realizadas, incluyendo las interpretaciones

que realice el médico (originales o copias legalizadas).

2.20. Fecha de Incorporación del Asegurado al Seguro.

Corresponde a la fecha que se estipula como inicio de vigencia en la Solicitud - Certificado de Seguro.

2.21. Fecha de Siniestro.

En caso de Muerte por Accidente del Titular del Seguro, Invalidez Permanente Total por Accidente del Titular del Seguro, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro, Muerte por Accidente de Tránsito del Titular del Seguro y Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente: Corresponde a la fecha en que se produce el accidente amparado bajo esta póliza, que ocasiona la muerte o la invalidez permanente total del **Asegurado**.

En caso de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Titular del Seguro: Corresponde desde la fecha de ingreso en el establecimiento de salud por un periodo de hasta trescientos sesenta y cinco (365) días al año a consecuencia de un accidente o enfermedad.

En caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Titular del Seguro: Corresponde a la fecha en que se realiza el Diagnóstico Patológico Positivo.

2.22. Hospitalización.

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

2.23. Informe Histopatológico.

Se refiere a la documentación de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Histopatológico bajo los términos de este beneficio, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.

2.24. Invalidez Permanente Total.

Imposibilidad absoluta e incurable del **Asegurado** para realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida, por causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.

2.25. Médico.

Profesional de la medicina legalmente autorizado para ejercer su profesión de acuerdo a las leyes del país en el cual ejerce.

2.26. Paciente Interno.

Persona cuyo ingreso a un establecimiento de salud se realiza por recomendación de un médico debidamente autorizado quien lo justifica con la finalidad de prestarle atención médica en

relación a un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza y de este modo indicarle el tratamiento indicado bien sea quirúrgico o no.

2.27. Pago Diario.

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

2.28. Parálisis.

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

2.29. Póliza.

Se entiende por póliza el documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las Condiciones Generales y las Solicitudes - Certificado de Seguro.

2.30. Prima.

Es el precio que **La Positiva** establece por la cobertura otorgada.

2.31. Solicitud - Certificado de Seguro.

Documento que acredita la contratación del Seguro, el mismo que contiene los datos de identificación del **Contratante** y del **Asegurado**, las coberturas, sumas aseguradas y demás condiciones del seguro relativas al riesgo individualizado.

2.32. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (VHI / SIDA).

Se denomina a la infección, en su etapa activa, del virus VIH que destruye al sistema inmunológico natural del organismo, causando infecciones graves por agentes que normalmente son controlados. Se incluye en esta definición a las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias a este síndrome.

2.33. Suma Asegurada.

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor máximo por el cual **La Positiva** se responsabiliza del pago de la indemnización en caso de siniestro cubierto por esta póliza.

2.34. Vehículo Automotor.

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

2.35. Vía de Uso Público.

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

2.36. Retardo en el Aviso del Siniestro.

Se considera que ha ocurrido retardo en el aviso del siniestro si este se realiza luego de transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la fecha en que ocurrió el siniestro.

CAPÍTULO III

ASEGURADOS, INICIO DE LA COBERTURA Y TERMINO DE LA COBERTURA

3. Asegurados.

3.1. Titular del Seguro.

El término Titular del Seguro, como se emplea en esta póliza, se refiere a la persona natural, cliente del **Contratante**, que celebra el presente contrato, siempre y cuando sea mayor de dieciocho (18) años inclusive y menor de ochenta (80) años, es decir que al momento de su aseguramiento tenga como máximo setenta y nueve (79) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. No obstante, para los planes que contengan las coberturas de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad o Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves el límite para el ingreso es sesenta y cinco (65) años de edad cumplidos y la permanencia es hasta que el Titular cumpla los setenta (70) años de edad. Para los demás planes no existe límite de edad para la permanencia en el seguro.

3.2. Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro.

Los términos Cónyuge o Concubino(a), como se emplea en esta póliza, se refieren al Cónyuge o Concubino(a) declarado(a) por el Titular del Seguro en la Solicitud - Certificado de Seguro que sea mayor de dieciocho (18) años inclusive y menor de ochenta (80) años, es decir que al momento de su aseguramiento tenga como máximo setenta y nueve (79) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días. No existe límite de edad para la permanencia en el seguro.

4. Inicio de la Cobertura.

Es la fecha que aparece en la Solicitud - Certificado de Seguro a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro.

5. Término de la Cobertura.

El Seguro con respecto a cualquier **Asegurado** terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

- a) El fallecimiento del **Asegurado**.
- b) Pérdida de la condición de **Asegurado**, de conformidad con los términos previstos en la presente póliza.
- c) Sí el **Asegurado** deja de efectuar el pago de la prima respectiva una vez transcurridos los treinta (30) días calendario del período de gracia establecido en las condiciones de la presente póliza.
- d) Por renuncia escrita a seguir asegurado, previo aviso con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario, de acuerdo a los términos previstos en la presente póliza.

Ningún Beneficio será reconocido bajo la presente póliza después de la conclusión del seguro.

CAPÍTULO IV

COBERTURAS Y LÍMITES

6. Coberturas Principales.

Con sujeción a las condiciones generales de la presente póliza y de acuerdo con lo indicado en la Solicitud – Certificado de Seguro y hasta por los límites expresamente contratados, La Positiva pagará los beneficios establecidos, según se define en ésta póliza y por las siguientes coberturas:

6.1. Muerte por Accidente del Titular del Seguro

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

6.2. Invalidez Permanente Total por Accidente del Titular del Seguro.

La Positiva pagará al Beneficiario la suma asegurada estipulada en la Solicitud – Certificado de Seguro como consecuencia de invalidez permanente total, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza y se manifieste a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente, de acuerdo a lo indicado a continuación:

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

Asimismo, se considerará lo siguiente:

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

6.3. Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro

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

6.4. Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente.

La Positiva pagará la suma asegurada indicada en la Solicitud - Certificado de Seguro en caso de fallecimiento del Titular del Seguro y su Cónyuge o Concubino(a) declarado(a) en un mismo accidente. Ambos fallecimientos deben ocurrir dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido dicho accidente.

6.5. Muerte por Accidente de Tránsito del Titular del Seguro.

La Positiva pagará al Beneficiario la suma asegurada estipulada en la Solicitud - Certificado de Seguro en caso que el fallecimiento del Asegurado ocurra como consecuencia de un accidente de tránsito, siempre que su causa directa y única se encuentre amparada por esta póliza y se manifieste a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

6.6. Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Titular del Seguro.

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

6.7. Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Titular del Seguro.

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

6.7.1. **Cáncer.**

El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

6.7.2. **Ataque Cardíaco.**

El diagnóstico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:

- (1) Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardiaca isquémica.
- (2) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- (3) Aumento de las enzimas cardiacas por sobre los valores normales.
- (4) Estudio radistópico del músculo cardíaco.

6.7.3. **Accidente Cerebro Vascular.**

El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico ya se reversible o irreversible.

6.7.4. **Esclerosis Múltiple.**

El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebroespinal; un episodio anterior episodio único de esclerosis múltiple no será esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso La Positiva pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha efectiva de la póliza.

6.7.5. **Distrofia Muscular.**

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). Las copias de cualquier informe de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

7. Beneficios Adicionales.

7.1. **Línea Positiva de Salud.**

Línea Positiva de Salud brinda al Asegurado los siguientes beneficios, siempre y cuando se señalen en la Solicitud - Certificado de Seguro, llamando al 211-0-211 desde Lima y al 0800-1-0800 desde provincias.

7.1.1. **Servicio de Atención Ambulatoria en los Centros de Atención de La Positiva.**

En las oficinas establecidas por La Positiva para la atención a los Asegurados, en horario de atención al público y de manera gratuita para los Asegurados afiliados a este producto

hasta dos veces por mes. Se brindan consultas médicas en las especialidades de medicina general y pediatría.

7.1.2. **Consultoría Médica Telefónica.**

Este servicio consiste en brindar orientación médica telefónica preliminar a los asegurados, sin costo alguno, durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana, para que en función de la información recibida y sin que se constituya un diagnóstico médico, se impartan recomendaciones, orientaciones e instrucciones de autocuidado por parte de los médicos teleoperadores a los pacientes, ya que no se pretende con éste servicio reemplazar la Consulta Médica.

7.1.3. **Segunda Opinión Médica.**

Servicio brindado por un staff de médicos locales para casos de cirugía o tratamientos médicos complejos, obtención de diagnósticos y/o recibir sugerencias de tratamiento médico según el caso. Se proporciona al Asegurado y a sus dependientes directos que vivan en el mismo domicilio, el contacto con un especialista de reconocido prestigio para confirmar el diagnóstico y/o las posibilidades terapéuticas. La Positiva dará respuesta al Asegurado por escrito, una vez recibida la documentación completa y en un plazo de máximo siete (7) días útiles. Total confidencialidad de los casos y pacientes tratados. Para hacer uso del servicio el cliente deberá solicitar la Solicitud de Segunda Opinión Médica, el mismo que se enviará al cliente vía e-mail o por fax. La entrega de la documentación solicitada se hará a La Positiva:

En Lima: Francisco Masías 370 esquina con Av. Javier Prado – Piso 8 San Isidro (Área de Asistencia Médica)

En Provincias: A las oficinas de Piura, Trujillo, Chiclayo y Arequipa.

CAPÍTULO V

EXCLUSIONES

8. Condiciones, Circunstancias y/o Causas Excluidas y No Cubiertas.

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

8.1. **Para el caso de Muerte por Accidente del Titular del Seguro, Invalidez Permanente Total por Accidente del Titular del Seguro, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Titular del Seguro:**

- a) Guerra civil o internacional, declarada o no.
- b) Radiación nuclear.
- c) Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.

- d) Accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas, siempre que guarden relación causal con el accidente.

8.2. Para el caso de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Titular del Seguro:

- a) Exclusiones a), b) y c) del numeral 8.1.
- b) Hospitalización para el tratamiento a la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental o cirugía plástica o cosmética salvo que sea necesaria como resultado de un accidente que haya ocurrido después del inicio de la vigencia de la póliza.
- c) Hospitalización del Asegurado si éste es un residente fuera de Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.
- d) Exámenes de rutina y curas de reposo.
- e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- f) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- g) Condiciones preexistentes y sus secuelas.
- h) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- i) VIH / SIDA.
- j) Consecuencias de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
- k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

8.3. Para el caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Titular del Seguro:

- a) Exclusiones g), i) y j) del numeral 8.2. y exclusión b) del numeral 8.1.
- b) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- c) Adicción a drogas y alcoholemia.
- d) Consecuencias de accidente previo al seguro.
- e) Consecuencias de fármacos usados sin prescripción.
- f) Lesiones auto infligidas.
- g) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- h) Cáncer cérvico uterino “in situ”.
- i) Lesiones por participación activa en servicio militar, actos delictivos, subversivos o terroristas, guerra civil o internacional, declarada o no
- j) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

CAPÍTULO VI

OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA INDEMNIZACIÓN

9. Obligaciones.

9.1. Aviso del Siniestro.

- 9.1.1. Ocurrido el siniestro, el Beneficiario deberá presentar el reclamo a **La Positiva** o al **Contratante** quien tramitará el pago de la indemnización correspondiente ante **La Positiva**, debiendo entregar los documentos que más adelante se indican.
- 9.1.2. La omisión o el retardo sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Se deja expresa constancia que lo consignado en el presente numeral, en ningún caso limita el derecho del **Asegurado** de acudir a cualquier instancia judicial o administrativa, si así lo considerara pertinente.

10. Procedimientos.

10.1. Documentos Necesarios para la Entrega del Beneficio.

El beneficiario deberá presentar a **La Positiva** los siguientes documentos:

- 10.1.1. Para el caso de Muerte por Accidente del Titular del Seguro, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Titular del Seguro, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Titular del Seguro:
 - a) Copia del Parte Policial.
 - b) Fotocopia del DOI del fallecido.
 - c) Acta o Partida de Defunción.
 - d) Certificado de Defunción.
 - e) Fotocopia del DOI del Beneficiario. Partida de matrimonio del cónyuge o partida de nacimiento de los hijos, según fuera el caso.
 - f) Testamento o declaratoria de herederos, exigible sólo en caso el **Asegurado** no haya designado Beneficiarios o habiéndolo hecho, dicha designación sea ineficaz.
 - g) Protocolo de necropsia.
- 10.1.2. Para el Caso de Invalidez Permanente Total del Titular del Seguro:
 - a) Copia del Parte policial.
 - b) Fotocopia del DOI del **Asegurado**.
 - c) Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió; así como el nombre y domicilio de los testigos, si los hubiera.

- d) Un certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
- e) Certificado de Invalidez Permanente Total, emitida por la entidad legal correspondiente.

10.1.3. Para el caso de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Titular del Seguro:

- a) Comprobante de pago emitido por el Establecimiento de Salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de hospitalización.
- b) Certificado Médico con diagnóstico y donde se señale el requerimiento de hospitalización.
- c) Fotocopia del DOI del **Asegurado**.

10.1.4. Para el caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves:

- a) Fotocopia del DOI del **Asegurado**.
- b) Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos indicados en la sección 6.7. de las Condiciones Generales de ésta póliza, y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
- c) Copia de la historia clínica del **Asegurado**.

Todos los certificados, información o evidencia requerida por **La Positiva**, deberán ser costeados por el reclamante y deberán ser presentados en la forma que **La Positiva** solicite.

El seguro no obliga a **La Positiva** si no se dejare libre acceso a los médicos u otros funcionarios, autorizados por **La Positiva**, al lugar donde se encuentre el **Asegurado**.

La Positiva tendrá siempre el derecho de solicitar, ya sea al **Asegurado** o Beneficiario, cualquier otro antecedente o documento que se estime necesario, además y sin perjuicio de los ya citados, para la evaluación del siniestro correspondiente si procediere.

10.2. Pago de la Indemnización.

El pago de las indemnizaciones correspondientes será efectuado por **La Positiva** en un plazo máximo de diez (10) días calendario contados desde la fecha de presentación de la documentación sustentatoria del reclamo indicada en las condiciones de la presente póliza, la misma que deberá estar referida únicamente a la comprobación de la ocurrencia del siniestro cubierto.

El pago de la indemnización a cargo de **La Positiva** podrá efectuarse a través del **Contratante** o directamente a los Beneficiarios.

En los casos de reclamaciones efectuadas por los **Asegurados** por la falta de pago de la indemnización, el trámite correspondiente podrá efectuarse a través del **Contratante**. Para tales efectos, **La Positiva** cuenta con un plazo máximo de quince (15) días calendario para resolver el reclamo presentado.

Las indemnizaciones provenientes de las coberturas de esta póliza son independientes y en adición de cualquier beneficio que el Beneficiario tenga derecho a exigir de alguna institución de salud pública o privada, sistema de bienestar u otro cualquiera sea su origen o naturaleza.

10.3. Investigación y Revisión de Reclamos.

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

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

En general, **La Positiva** podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas. Si cualquier información referente a un **Asegurado** o relacionada con el siniestro fuera simulada o fraudulenta, perderán los Beneficiarios todo derecho a indemnización, sin perjuicio que inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

10.4. Procedimientos para la Atención de Reclamos.

La Positiva recibirá las quejas y reclamos de los **Asegurados** en su “Área de Servicio al Cliente” llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 0800-1-0800 o en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES FINALES

11. Disposiciones.

11.1. Subrogación.

La Positiva no subrogará al **Asegurado** en sus derechos y acciones para repetir contra terceros responsables por el importe de la indemnización pagada.

11.2. Moneda.

Todos los pagos que deba efectuar **La Positiva** bajo esta póliza se harán en la moneda en que se contraten las primas, salvo que disposiciones legales lo prohíban.

11.3. Primas.

Las primas que abonará el **Asegurado** por los beneficios de esta póliza se indican en la Solicitud - Certificado de Seguro.

11.4. Reajuste de Primas.

Esta póliza está sujeta a revisión semestral sobre su comportamiento respecto a la siniestralidad, pudiendo **La Positiva** de común acuerdo con el **Contratante** reajustar las primas o modificar

las condiciones de cobertura de la póliza. En caso fuera necesario efectuar tales modificaciones a las condiciones de la póliza, **La Positiva** utilizará los medios necesarios para que todos y cada uno de los **Asegurados** tomen conocimiento en detalle de dichas modificaciones, por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación entregando un detalle de dichas modificaciones para que el **Asegurado** manifieste su conformidad con los nuevos términos de la cobertura. **La Positiva** conservará la evidencia de la comunicación efectuada y ante el silencio del **Asegurado**, entenderá que ha aceptado las nuevas condiciones del seguro.

Asimismo, **La Positiva** deberá informar al **Asegurado** que en caso de no aceptar las condiciones modificadas del contrato, la cobertura terminará en el plazo previsto o en su defecto, cuando venza el periodo de gracia correspondiente al momento en que el **Asegurado** deje de pagar la prima.

Asm041108