

PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR EMPRESA SALUD

La Positiva Seguros y Reaseguros en adelante denominada “**La Positiva**”, transcribe a continuación para información del contratante, asegurado o beneficiario en adelante denominado “**Asegurado**”, las coberturas básicas y exclusiones de la póliza en caracteres destacados de conformidad con el inciso 3 del artículo N° 326 de la Ley 26702.

CAPÍTULO I.- CONDICIONES GENERALES

1. Bases del contrato.

1.1. Contratantes.

La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y el contratante y/o beneficiario y/o **Asegurado** en adelante referido como el **Asegurado**.

1.2. Pago de la prima.

1.2.1. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima mensual convenida, es causal de suspensión inmediata de la cobertura del seguro.

1.2.2. Producida la suspensión de la cobertura, **La Positiva** no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida. Durante tal período, **La Positiva** puede optar por la resolución del contrato de seguro, para lo cual deberá remitir una comunicación al **Asegurado** en el domicilio consignado en la póliza informándole tal decisión. Para todos los efectos, el contrato de seguro se considerará resuelto a partir del día en que el **Asegurado** reciba la comunicación de **La Positiva**.

1.2.3. Los corredores de seguros, salvo disposición legal diferente, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de **La Positiva**. El pago hecho por el **Asegurado** al corredor se tiene por no efectuado, mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de **La Positiva** o a la entidad financiera autorizada. En el caso que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero, los pagos efectuados por el **Asegurado** a dicha empresa, se consideran abonados a **La Positiva**. De igual forma los pagos efectuados a la entidad recaudadora autorizada, también se consideran abonados a **La Positiva**.

1.2.4. De ser el caso, **La Positiva** procederá a compensar las primas pendientes de pago a cargo del **Asegurado**, correspondiente a la prima corrida, contra la indemnización debida al **Asegurado** en caso de siniestro.

1.2.5. Producida la resolución por falta de pago **La Positiva** quedará liberada de toda responsabilidad y procederá a la liquidación de la prima correspondiente aplicando la tarifa de la tabla de periodo corto, que consignamos a continuación, pudiendo ejercer la acción judicial respectiva para el cobro de la prima devengada durante la vigencia de la póliza.

Meses de Seguro	Proporción de la Prima	Meses de Seguro	Proporción de la Prima
1	25 %	6	80 %
2	40 %	7	85 %
3	55 %	8	90 %
4	65 %	9	95 %
5	75 %	10	100 %

Cualquier fracción del mes se computará como mes completo.

1.2.6. La prima total resultante de la financiación conjunta de dos (2) o más pólizas constituye una obligación indivisible y, por ende, el **Asegurado** no podrá imputar pagos parciales o desagregados a uno o más de los seguros que componen dicha financiación.

1.2.7. Cuando ocurriese un siniestro cuyo monto indemnizable supere el valor de la prima; estando toda o parte insoluble, **La Positiva** podrá dar por vencidos todos los plazos concedidos y exigir la cancelación del importe adeudado; deduciendo los intereses no devengados. En caso la indemnización deba ser cancelada directamente a el **Asegurado**, **La Positiva** procederá a descontar de la misma el importe de la prima adeudada.

1.3. Aceptación y conformidad a las condiciones.

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

1.3.2. La solicitud de rectificación se entiende como la propuesta del **Asegurado** de celebración de otro contrato y no obliga a **La Positiva**, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al **Asegurado** o corredor de seguros su decisión de aceptar las modificaciones 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 modificada la póliza emitida.

1.3.3. Mientras la póliza no hubiere sido observada, su fuerza vinculatoria estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitida.

1.3.4. El **Asegurado** perderá en beneficio de **La Positiva** toda prima que resultare pagando en exceso, a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus declaraciones, salvo el caso que hubiere formulado la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los artículos precedentes.

1.4. Importancia de la veracidad de las declaraciones del Asegurado.

1.4.1. El **Asegurado** está obligado a declarar a **La Positiva**, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozca y/o que debería conocer, en cuanto pudieran influir en la voluntad de **La Positiva** para la fijación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de las declaraciones constituye la

base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para **La Positiva**.

- 1.4.2. En caso de producirse discrepancias entre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, prevalecerán estas últimas. Las Condiciones Especiales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares. Son iguales en valor las estipulaciones impresas y mecanografiadas que forman parte del contrato de seguro; pero en caso de haber incompatibilidad entre ellas, prevalecerán lo que dispongan las mecanografiadas. El término "mecanografiadas" incluye a las impresas mediante el uso de ordenadores cualquiera que fuere la calidad de la impresión.

1.5. 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 **Asegurado** o su representante legal, quien deberá devolverlos a **La Positiva**.

1.6. Nombramiento de un Corredor de Seguros.

El **Asegurado** declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la póliza.

1.7. Avisos y comunicaciones.

- 1.7.1. Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.
- 1.7.2. Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y **La Positiva** surten todos sus efectos en relación al **Asegurado**, con las limitaciones previstas en la ley vigente.

1.8. Resolución del contrato de seguro.

- 1.8.1. Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, tanto **La Positiva** como el **Asegurado** podrán darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que, en el caso de **La Positiva** se cursará con no menos de quince (15) días calendario de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del **Asegurado** durante la vigencia de la póliza.
- 1.8.2. Si **La Positiva** da por terminado el contrato de seguro sin que medie causal de resolución o anulación imputable al **Asegurado**, devolverá la parte de la prima no devengada proporcionalmente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza (a prorrata).
- 1.8.3. Si el contrato de seguro termina por resolución solicitada por el **Asegurado**, se liquidará la prima a período corto, devengándose a favor de **La Positiva**, por cada mes o fracción de mes de vigencia del seguro, la prima resultante de la aplicación de la **tabla de período corto** que figura en el Art. 1.2.5.
- 1.8.4. Se resolverá automáticamente si el titular deja de efectuar el pago de su prima dentro de los periodos convenidos.
- 1.8.5. Si el **Asegurado** o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de **La Positiva**, estipulados en la presente póliza.

1.9. Causas de nulidad del contrato de seguro.

- 1.9.1. El contrato de seguros será nulo de pleno derecho, es decir sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:
- 1.9.1.1 Por mala fe probada del **Asegurado** al tiempo de celebrar el contrato, tenga o no incidencia en la apreciación de los riesgos.
 - 1.9.1.2 Por inexacta declaración, reticencia, omisión u ocultación por el **Asegurado**, de hechos o circunstancias, aun de buena fe, que hubieran podido influir en la celebración del contrato o en la estimación y/o aceptación del riesgo.
 - 1.9.1.3 Por otras causas previstas en la ley y/o disposiciones vigentes aplicables.
- 1.9.2. En estos casos **La Positiva** retendrá como penalidad el importe equivalente al 50% de la prima de seguro pagada por el **Asegurado** quedando a salvo el derecho de éste último de recurrir a las autoridades que considere convenientes en salvaguarda de sus intereses, en concordancia con lo establecido en el artículo 1.14. del presente condicionado.
- 1.9.3. En cualquiera de los casos referidos en el presente artículo, el **Asegurado** y/o Beneficiario perderá automáticamente todo derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la póliza emitida en su favor, aún cuando se originen en causas distintas a la omisión o declaración inexacta, sin embargo le asiste a este último el derecho de recurrir a las autoridades que considere convenientes en salvaguarda de sus intereses, en concordancia con lo establecido en el artículo 1.14. del presente condicionado.

Si el **Asegurado** y/o Beneficiario ya hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará automáticamente obligado a devolver a **La Positiva** la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos.

1.10. Caso de reclamo fraudulento.

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

- 1.10.1 Si el **Asegurado** presenta un reclamo fraudulento o simula circunstancias engañosas o recurre a declaraciones falsas.
- 1.10.2 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.
- 1.10.3 En estos supuestos, si el Asegurado no esta conforme con lo resuelto por La Positiva le asiste el derecho de recurrir a las autoridades que considere convenientes en salvaguarda de sus intereses.

1.11. Otros seguros.

Cuando ocurra un siniestro, que implique desembolsos conforme a lo asegurado por 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** sólo estará obligada a pagar la indemnización de aquellos sustentados con las facturas y comprobantes originales.

En caso el **Asegurado** haya presentado un reclamo por otra compañía de seguros y esta lo haya indemnizado, deberá remitir a **La Positiva** copia de la liquidación correspondiente de la otra aseguradora y copia de los documentos presentados a está.

1.12. Renovación del seguro.

1.12.1. Existen dos modalidades para la renovación del seguro:

- 1.12.1.1. La renovación del contrato de seguro que no es automática ni obligatoria, deberá ser solicitada por el **Asegurado** o su corredor de seguros con anticipación a su vencimiento.
- 1.12.1.2. La renovación del seguro en que **La Positiva** renueva unilateralmente la póliza en forma automática, el **Asegurado** puede a su libre elección suscribirla o devolverla para su anulación definitiva, dentro de los 10 días útiles siguientes a la fecha de recepción de la misma.

1.12.2. **La Positiva** podrá hacer reajuste o recargos de prima y/o implementar medidas de control a las condiciones de la póliza en función a la siniestralidad obtenida en la vigencia. Los recargos por siniestralidad podrán ser acumulativos

1.13. Vigencia del Seguro.

La presente póliza tiene vigencia Anual y podrá ser renovada de común acuerdo por las partes. Los Certificados de Seguro se mantendrán vigentes siempre y cuando los Asegurados cumplan con pagar la Prima correspondiente.

1.14. Conclusión del seguro del titular y/o dependientes.

El seguro del titular y/o dependientes bajo esta póliza, terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1.14.1. Al cumplirse el límite de edad asegurable, indicados en esta póliza. En este caso, el seguro caducará automáticamente sin previo aviso de **La Positiva**.
- 1.14.2. Sí el titular deja de efectuar el pago de su prima dentro de los periodos convenidos.
- 1.14.3. Por renuncia escrita a seguir asegurado.
- 1.14.4. Si el **Asegurado** o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, obstaculiza el ejercicio de los derechos de **La Positiva**, estipulados en la presente póliza.
- 1.14.5. Al fallecimiento del asegurado

- Ningún beneficio será reconocido bajo la presente póliza por gastos incurridos después de la conclusión del seguro.

1.15. Solución de Controversias.

Todo litigio, controversia, desavenencia o reclamación resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación incluso las del convenio arbitral, serán resueltas mediante arbitraje de derecho. No es materia, sin embargo, de arbitraje el cobro de las primas devengadas sea cual fuere la causa que motive el no pago de las mismas.

El Tribunal Arbitral estará conformado por tres árbitros los que deberán ser abogados con no menos de cinco años de reconocida experiencia en materia de seguros, de los cuales cada una de las dos partes designará a uno de sus miembros y éstos de común acuerdo nombrarán el tercer árbitro y Presidente de Tribunal Arbitral. El laudo será definitivo e inapelable.

Las partes se someten incondicionalmente al Reglamento Procesal de Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje Nacional e Internacional de la Cámara de Comercio de Lima cuyas normas, administración y decisiones regirán todo lo concerniente al proceso, declarando conocerlas y aceptarlas en su integridad.

Queda expresamente convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, está en suspenso el derecho que pudiese tener el **Asegurado** para cobrar el importe

de la indemnización, de manera que en ningún caso y por ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

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

Alternativamente, al arbitraje a que se refiere la presente cláusula el Asegurado podrá optar por someter la controversia suscitada a la competencia de los Jueces y Tribunales de la República del Perú según las reglas de competencia territorial establecidas en el Código Civil.

En caso el monto reclamado por el asegurado no excediera las tres (3) UIT, éste podrá acudir a la vía judicial, para cuyo efecto las partes se someten a las reglas de competencia y jurisdicción establecidas en el Código Procesal Civil.

1.16. Defensoría del Asegurado.

Para el caso de seguros de personas naturales y jurídicas en la atención de los siniestros, el **Asegurado** tiene el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre él y **La Positiva**, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable por parte de **La Positiva** pero no del **Asegurado** quien mantiene inalterable su derecho de recurrir a otras instancias una vez concluido el trámite ante la Defensoría del Asegurado.

1.17. Fuero jurisdiccional y determinación de la competencia.

Para efectos de cualquier controversia que se genere con motivo de la celebración y ejecución de este contrato, ambas partes acuerdan someterse a la jurisdicción arbitral con sujeción a las disposiciones establecidas en la cláusula 1.15 de las presentes Condiciones Generales.

El presente contrato se regirá e interpretará de acuerdo con las Leyes de la República del Perú, y para efectos de determinar la competencia territorial se deberán tomar en cuenta las reglas establecidas en el Código Procesal Civil.

1.18. Domicilio.

Para los efectos del presente contrato, **La Positiva** y el **Contratante** y/o sus cesionarios y/o beneficiarios señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en la póliza, lugares donde se harán válidamente todos los avisos y notificaciones. Si el **Contratante** cambiare 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.

1.19. Jurisdicción territorial.

Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza rigen únicamente para el territorio del Perú. En el caso de las pólizas con cobertura internacional, las condiciones particulares de las mismas serán indicadas en la tabla de beneficios respectiva, y serán efectivas siempre que la permanencia del **Asegurado** fuera de su residencia habitual (Perú) con motivo de viaje no sea superior a 90 días, salvo en el caso de estudiantes en el extranjero a tiempo completo.

CAPÍTULO II.- DEFINICIONES

2. Definiciones.

2.1. **Accidente:**

Con sujeción a las normas previstas en esta póliza, accidente es 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 médicamente con certeza.

2.2. **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.

2.3. **Beneficiario:**

Persona designada en la póliza por el **Asegurado** como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.

2.4. **Beneficio Máximo Anual por Persona:**

Es 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.

2.5. **Beneficio Máximo de por Vida:**

Es 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.

2.6. **Coaseguro:**

Es la parte proporcional sobre los gastos cubiertos que el **Asegurado** debe asumir una vez aplicado el Deducible, a consecuencia de una atención médica ya sea hospitalaria o ambulatoria, según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

2.7. **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.

2.8. **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. La Tabla de Beneficios forma parte de las Condiciones Particulares. Las cláusulas adicionales también forman parte de las Condiciones Particulares y contienen amparos adicionales u otros términos que condicionan el riesgo individualizado.

2.9. **Condiciones Especiales:**

Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a

coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

2.10. Condición preexistente:

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

La condición preexistente no declarada por el **Asegurado** en la Solicitud de Seguro, impide a **La Positiva** seleccionar adecuadamente el riesgo, por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar la modificación de la póliza o el rechazo del reclamo y/o la resolución del contrato.

2.11. Contratante:

Es el tomador de la póliza. Persona que celebra con **La Positiva** el contrato de seguro. Su personalidad puede o no coincidir con la del **Asegurado**. En ambos casos recaen sobre esta persona los derechos –si corresponde- y/u obligaciones emanados del contrato. 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.

2.12. Declaración de Salud:

Es el cuestionario que el **Asegurado** completa al momento de solicitar el seguro, en el cuál manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a **La Positiva** adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la reclamación y/o cancelación de la póliza, o la modificación de la misma. **La Positiva** se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que no considere en óptimas condiciones de salud.

2.13. Deducible:

Se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del **Asegurado** y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en la Tabla de Beneficios de esta póliza.

2.14. Donante:

Se refiere a aquella persona, viva o fallecida, a la cual se le ha extraído uno o más órganos y/o tejidos con la finalidad de transplantarlos total o parcialmente, al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico diagnosticado médicamente necesario.

2.15. Emergencia accidental:

Se entiende como emergencia accidental 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 médicamente con certeza que requieran atención médica inmediata.

2.16. Endoso:

Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) 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.

2.17. Emergencia médica:

Se entiende como emergencia médica, toda crisis aguda e imprevisible en la salud del **Asegurado** que se manifieste con gravedad y severidad tal, 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.

2.18. 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.

2.19. Enfermedad Crónica:

Se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Este tipo de enfermedades podrían requerir y/o necesitan supervisión médica constante, medicación y otros exámenes o procedimientos necesarios. Ejemplos de enfermedades crónicas serían: hipertensión arterial, asma, diabetes mellitus, dislipidemia entre otras.

2.20. Enfermedad Congénita:

Se refiere a cualquier enfermedad, defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejidos o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, aunque no presentara manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina y aún cuando su evolución orgánico funcional y/o manifestación clínica se haga evidente per se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo de el Asegurado.

2.21. Enfermedad Catastrófica:

Un problema de salud muy grave y costoso que podría presentar riesgo de muerte o causar una incapacitación de por vida. Tan solo el costo de servicios médicos por este tipo de condición grave podría causarle problemas financieros.

2.22. Experimental:

Se refiere a un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que:

2.22.1 No ha sido aún ampliamente aceptado como regular, seguro, efectivo y/o apropiado para el tratamiento de enfermedades, por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.

2.22.2 Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de experimentación clínica.

2.23. Fecha de aniversario:

Se refiere al aniversario de la fecha de vigencia del seguro según se encuentra

descrito en esta Póliza.

2.24. Fin del Seguro:

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

2.24.1 La fecha de aniversario de la póliza después de que el **Asegurado** deja de ser un dependiente.

2.24.2 El fallecimiento del **Asegurado**.

2.24.3 Con respecto al **Asegurado** o Cónyuge, al cumplir el límite de edad de permanencia indicado en la tabla de beneficios. Si dicho cumplimiento se efectuara durante la vigencia anual del contrato, éste permanecerá asegurado hasta la culminación de dicha vigencia.

2.24.4 Con respecto a un hijo(a) dependiente asegurado, al cumplirse la edad de 26 años de edad, o la fecha de aniversario subsiguiente a su matrimonio.

2.25. Gastos cubiertos:

Se refiere a los gastos normales, usuales y razonables, es decir, aquellos cargos usualmente cobrados por la mayoría de los proveedores, por el mismo o similar servicio suministrado dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio, en exceso del deducible y coaseguro, incurridos por un **Asegurado** debido a un accidente o enfermedad, amparados por esta póliza y hasta los límites contratados bajo esta póliza, siempre y cuando se encuentren incluidos en la tabla de beneficios que forma parte integrante de esta póliza.

2.26. Inicio del Seguro:

Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos al período de carencia y espera establecidas en la presente póliza. Salvo disposición en contrario de la Ley el inicio del seguro está condicionado a la aceptación de la solicitud de seguro y a que el **Asegurado** haya pagado la prima a **La Positiva**.

2.27. Período de beneficio:

Se denomina al lapso de un (1) año que se contabiliza desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza y continúa por períodos sucesivos de un (1) año contados a partir de las fechas respectivas de renovación.

El período de beneficios está estrictamente ligado y restringido al período de vigencia de la póliza, concluida, resuelta o anulada la póliza, respectivamente, termina también el período de beneficio.

2.28. Período de carencia:

En la presente póliza, no se reconocerá ningún gasto dentro de los primeros (30) días contados a partir de la fecha de inicio de seguro, salvo cuando se trate de las coberturas por accidentes o de las siguientes enfermedades agudas: Apendicitis, Torsión Testicular, Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular (hemorragia cerebral aguda) y Hepatitis Viral, las cuales al poner en peligro la vida del asegurado demanden una atención por el servicio de emergencia. Estas excepciones no serán de aplicación en los casos en los que los accidentes o las enfermedades mencionadas en este párrafo se identifiquen como condiciones pre-existentes.

Cualquier otra condición de salud catalogada como enfermedad, síntoma o síndrome, que se inicie dentro de los primeros 30 días de vigencia de esta póliza incluyendo evacuación no será cubierta, recibiendo el mismo tratamiento que las enfermedades pre existentes y siendo susceptibles de excluirse formalmente de la cobertura de la póliza a través del endoso correspondiente.

Asimismo se fijan los siguientes periodos de espera durante el cual no se podrá hacer uso de la póliza para los tratamientos o enfermedades o lesiones que se mencionan a continuación y siempre y cuando no sean directa o indirectamente relacionados con condiciones preexistentes al inicio de la vigencia de la póliza; por consiguiente los gastos incurridos durante este periodo no serán considerados como gastos cubiertos por la póliza:

- 2.28.1. Dieciocho (18) meses calendario para el beneficio de maternidad.
- 2.28.2. Diez (10) meses calendario para el tratamiento y/o cirugías relacionados con:
 - 2.28.2.1 Amigdalitis, adenoides y resección submucosa del septum nasal de los cornetes.
 - 2.28.2.2 Cataratas, Pterigion y Glaucoma.
 - 2.28.2.3 Tumores malignos, oncológicos y Tumoraciones benignas
 - 2.28.2.4 Sinusitis.
 - 2.28.2.5 Utero y/o anexos, quistes, mamas y prolapsos genito urinarios.
 - 2.28.2.6 Cirrosis Hepática.
 - 2.28.2.7 Enfermedades de la próstata.
 - 2.28.2.8 Enfermedades de la columna vertebral.
 - 2.28.2.9 Hemorroides.
 - 2.28.2.10 Hernias de cualquier clase.
 - 2.28.2.11 Diabetes Mellitus y Dislipidemia.
 - 2.28.2.12 Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.
 - 2.28.2.13 Enfermedades neurológicas, hipertensión arterial, cerebrales y cardiovasculares (con excepción de Infarto agudo al miocardio y accidente cerebro vascular).
 - 2.28.2.14 Artroscopia, artrosis, meniscopatía y varices.
 - 2.28.2.15 Cálculos en vesícula, colecistitis, vías biliares y renales.
 - 2.28.2.16 Eventración
 - 2.28.2.17 Ulcera Gastroduodenal
 - 2.28.2.18 Asma, TBC e Hiperactividad bronquial.
- 2.28.3. En relación con un trasplante siempre y cuando este cubierto por la póliza y mencionado en la tabla de beneficios, el período de espera es de 24 meses. No se otorgará cobertura en el caso de ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:
 - 2.28.3.1. Si la indicación del trasplante fue realizada por primera vez, durante el período de 60 días consecutivos, contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza.

2.28.3.2. Si el trasplante y/o indicación fue realizado dentro de los 24 meses precedentes al inicio de la Póliza.

2.28.3.3. Los períodos de carencia y espera de cobertura estipulados en los incisos 2.28 y 2.28.2, no regirán para los dependientes cuyo nacimiento hubiere sido amparado por la póliza, siempre y cuando fueren incorporados dentro de un periodo máximo de treinta (30) días contados a partir de su nacimiento.

2.29. Continuidad del seguro y condición pre-existente :

2.29.1. En los casos que el Asegurado hubiere tenido contratada anteriormente otra póliza de Asistencia Médica por un periodo no menor de un año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de esta póliza, La Positiva exonerará del periodo de carencia de 30 días estipulado para esta póliza.

2.29.2. Las condiciones preexistentes que hayan sido declaradas en la solicitud de salud que forman parte de esta póliza, podrán cubrirse después de dos (2) años de la fecha de inicio de la cobertura de la presente póliza, siempre que el Asegurado no hubiera recibido tratamiento alguno por dicha enfermedad pre-existente durante dicho periodo de dos (2) años y siempre y cuando no medie una exclusión expresa de La Positiva.

2.29.3. La continuidad de seguro no aplica para los coberturas (beneficios) especiales, adicionales, cobertura de maternidad ni coberturas catastróficas.

2.30. Certificado de Seguro - Solicitud

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

2.31. Póliza:

Se entiende por póliza, el presente contrato de seguro constituido por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, 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 del contrato de seguro.

2.32. Prima:

Es el precio que la Compañía establece por la cobertura otorgada.

2.33. Solicitud de Seguro:

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

2.34. Suma Asegurada:

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor máximo por el cual **La Positiva** se responsabiliza para el pago de la indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual

significará que es el monto máximo que **La Positiva** puede indemnizar por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

2.35. Usual y acostumbrado o razonable:

La Positiva determina cuando un cargo u honorario es:

- 2.35.1. Usual: Es el honorario cobrado con mayor frecuencia por un Proveedor, correspondiente a un servicio o suministro específico;
- 2.35.2. Acostumbrado: Si esta dentro del nivel 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;
- 2.35.3. Razonable: Cuando los honorarios son usuales y acostumbrados o, en la opinión del Médico Auditor de La Positiva, dichos honorarios se justifican en virtud de las circunstancias especiales de un caso específico.

CAPÍTULO III.- ASEGURADOS, TITULAR Y/O DEPENDIENTES, PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

3. Asegurados.

3.1 Titular y Dependientes.

El término **Asegurado** como se emplea en la presente Póliza se refiere a:

- 3.1.1 El titular que esté inscrito bajo los términos y condiciones de esta póliza.
- 3.1.2 Los dependientes de dichos titulares, siempre y cuando estén inscritos bajo los citados términos y condiciones.

3.2 Titular que puede estar asegurado.

El término titular, como se emplea en esta póliza, se refiere a:

Aquella persona natural o jurídica que celebra el presente contrato para sí y/o terceras personas, comprometiéndose a efectuar el pago de las primas, y que en el caso de persona natural, se encuentra cubierta dentro los términos y condiciones de ésta póliza, siempre y cuando no haya cumplido la edad máxima permitida al momento de la suscripción de la póliza.

3.3 Dependiente.

El término dependiente, como se emplea en esta póliza, se refiere al cónyuge o compañera(o) permanente del titular que no haya cumplido la edad máxima permitida al momento de la suscripción de la póliza. Asimismo a los hijos solteros legítimos, reconocidos o legalmente adoptados desde el primer día de nacidos y menores de (23) veintitres años de edad cumplidos, pudiendo permanecer asegurados hasta los (26) veintiséis años de edad inclusive, cuando se acredite que es estudiante de una universidad o centro educativo y económicamente dependiente de los padres.

3.4 Período de inscripción para dependientes.

Los titulares podrán inscribir a sus dependientes bajo los términos de esta póliza, en los casos y circunstancias siguientes:

- 3.4.1 En la fecha en que el titular se inscribe, y
- 3.4.2 En la fecha en que el titular los acoge como tales, dentro de un período máximo de treinta (30) días.
- 3.4.3 Los hijos nacidos de matrimonios cubiertos en una póliza vigente, deben ser inscritos dentro de los 30 días siguientes al alumbramiento.
- 3.4.4 Los recién nacidos estarán cubiertos desde la fecha de su nacimiento, y no estarán sujetos al periodo de espera ni a selección medica siempre que la solicitud de su inclusión en la póliza, se realice antes que se cumplan treinta (30) días contados desde la fecha de nacimiento.
- 3.4.5 Si no se notifica oportunamente, **La Positiva** tiene el derecho a exigir testimonio de buena salud del niño(a), reservándose el derecho de aceptarlo o excluirlo.

La Póliza quedará automáticamente anulada, para aquellas personas que hayan cumplido durante el período de vigencia, las edades límite señaladas, no procediendo por ningún motivo la renovación de su póliza, a excepción de los hijos que podrían inscribirse como titulares bajo certificados individuales.

CAPÍTULO IV.- GASTOS, COBERTURAS, BENEFICIOS ADICIONALES Y LÍMITES

4. Coberturas, beneficios especiales y límites.

Con sujeción a las condiciones generales de la presente póliza y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares y especiales, sus endosos y/o cláusulas adheridas a ella, la presente póliza cubrirá los beneficios que se indican a continuación, hasta los límites especificados para cada uno de ellos, **siempre y cuando se encuentren incluidos en la tabla de beneficios adjunta.**

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

La medicación efectuada por un médico tratante no podrá ser mayor a 30 días de tratamiento. Asimismo se indica que las atenciones mediante crédito estarán sujetas a los convenios establecidos entre La Positiva y sus proveedores. Cuando se presente un excedente de tarifas La Positiva reconocerá hasta el límite de su convenio quedando el excedente a cargo del asegurado.

La Positiva pagará los gastos incurridos por el Asegurado a causa de una enfermedad o accidente que requiere asistencia médica, de acuerdo al diagnóstico y necesidades de tratamiento, siempre que sean médicamente necesarios o de necesidad médica, según se define en ésta póliza y por las siguientes coberturas:

4.1 Cobertura ambulatoria.

Los gastos cubiertos, en exceso del deducible, incurridos en relación al servicio ambulatorio, serán reconocidos conforme al porcentaje indicado en la tabla de beneficios anexa y hasta el límite del beneficio máximo, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

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

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.2 Cobertura hospitalaria.

Todos los gastos que estuvieren cubiertos, relacionados con la hospitalización, serán reconocidos por la presente póliza, los mismos que incluirán entre otros:

- Habitación unipersonal y alimentación (incluyendo dietas especiales), en un hospital o clínica autorizada como tal por el MINISTERIO DE SALUD y/o organismos competentes.
- Honorario médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario, por ayudantía y por anesthesiólogo.
- Sala de operaciones, anestesia, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes, análisis de laboratorio, oxígeno, radio fisioterapia, enyesado, entablado, vendas y otros gastos similares.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.3 Consulta médica a domicilio.

Este beneficio cubre los gastos ambulatorios agudos de baja complejidad en el domicilio del Asegurado conforme a la tabla de beneficios anexa. En caso que el asegurado desee ser atendido en su hogar por una enfermedad o accidente deberá concertar una cita llamando a nuestra central telefónica.

El servicio es restringido a ciertas ciudades y límites geográficos en Lima. Las condiciones se otorgan de acuerdo a las condiciones especificadas en la tabla de beneficios. Los gastos cubiertos por la presente cobertura son:

- Honorarios médicos por tratamiento ambulatorio.
- Medicinas, radiografías, exámenes y análisis de laboratorio.

El límite geográfico de este beneficio es el siguiente:

Por el Norte: Hasta Comas (límite con carabayllo)
 Por el Sur: Hasta Villa El Salvador (II etapa, hasta la municipalidad)
 Por el Este: Hasta Ate Vitarte (límite con la municipalidad)
 Por el Oeste: Hasta Callao (límite con ventanilla)

Adicionalmente, este beneficio cubre los gastos ambulatorios de atenciones otorgadas por médicos especialistas en Ginecología, Dermatología, Traumatología, Neurología, Cardiología y Otorrinolaringología en sus respectivos consultorios. Cubre Exámenes de apoyo y Medicinas que hayan sido solicitados por su médico tratante. La cita debe ser concertada llamando a nuestra central telefónica.

No existe reembolso para este beneficio.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.4 Emergencia accidental.

Este beneficio cubre únicamente los gastos ambulatorios a consecuencia de accidentes al 100%, siempre que el paciente no requiera hospitalización y que el tratamiento médico se inicia durante las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas al accidente. El límite de este beneficio esta indicado en la tabla de beneficios anexa.

Los controles y/o rehabilitaciones como consecuencia de la emergencia accidental son cubiertos al 100% hasta la alta médica del paciente.

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

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

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.5 Emergencia médica.

Este beneficio cubre los gastos ambulatorios ocasionados por emergencias médicas al 100%, con un plazo máximo de 24 horas de ocurrida la emergencia; siempre que el paciente no pueda trasladarse por sus propios medios y no requiera hospitalización. El límite de este beneficio está indicado en la tabla de beneficios anexa. Se consideran emergencias médicas:

- Intoxicaciones medicamentosas y alimentarias
- 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.

Queda entendido que si a causa de la enfermedad el Asegurado tuviera que hospitalizarse los gastos cubiertos derivados del tratamiento o cirugía posteriores a las 24 horas, serán reconocidos como una hospitalización siempre y cuando se haya satisfecho el periodo de carencia y espera establecidos en los incisos 2.28 y 2.28.2 y no sean de origen pre existente, con excepción de los casos de Infarto Agudo al Miocardio, Apendicitis y Accidente Cerebro Vascular. Estas excepciones no serán de aplicación en los casos que las enfermedades mencionadas en este párrafo se identifiquen como condiciones pre-existentes.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.6 Cirugías Ambulatorias.

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

Los gastos cubiertos, incurridos en relación al servicio ambulatorio, serán reconocidos conforme al porcentaje indicado en la tabla de beneficios anexa y hasta el límite del beneficio máximo, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

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

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.7 Transporte por evacuación por emergencia.

En el caso del beneficio de transporte por evacuación se entiende como médicamente necesario cuando el tratamiento no puede ser suministrado localmente. Este beneficio cubre los gastos de transporte solo en caso de emergencia siempre que sea ordenado por un médico, que cuente con la autorización de La Positiva y no sea a consecuencia de una condición preexistente.

Las formas de brindar el servicio son:

- Desde el lugar de ubicación del asegurado hasta un hospital o clínica autorizada.
- Desde un hospital o clínica autorizada donde se encuentre el asegurado hasta el aeropuerto comercial mas cercano y viceversa.
- En caso de requerir transporte aéreo el mismo se hará mediante vuelo comercial aéreo efectuado por una línea aérea comercial autorizada. No se cubre el retorno del asegurado.

No existe reembolso para este beneficio.

Los límites y condiciones de este beneficio por ambulancia y avión comercial, están indicados en la tabla de beneficios anexa.

4.8 Segunda opinión para cirugía.

Este Beneficio cubre el 100% de la consulta que se lleve a cabo como una segunda opinión para casos de intervención quirúrgica. La presente cobertura cubre únicamente el honorario médico, el cual debe ser coordinado con La Positiva.

No existe reembolso para este beneficio.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.9 Liberación del pago de primas.

En caso que el Asegurado, fallezca, mientras se encuentre amparado por esta póliza, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, La Positiva obviará el pago de la prima en esta póliza por el lapso que faltase para concluir el período de beneficio.

Asimismo, los dependientes deberán presentar a La Positiva las pruebas y/o documentos que ésta solicite para certificar el fallecimiento del titular con el fin de acogerse a este beneficio.

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

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.10 Maternidad.

Este beneficio cubre los gastos efectuados a consecuencia de parto, sea éste normal o con cesárea quirúrgica, siempre y cuando ésta sea médicamente necesaria, incluyendo los gastos cubiertos para el recién nacido, por concepto de sala de 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 existe reembolso para el procedimiento de fimosis o circuncisión.

También están cubiertos por este beneficio, los casos de aborto y/o amenaza no provocados intencionalmente. Se considera aborto y/o amenaza de aborto el producido hasta el sexto mes de embarazo, a partir del séptimo se considerará una amenaza de parto pre-término.

Las consultas, análisis y ecografías pre y post natales, así como las complicaciones orgánicas del embarazo también se encuentran cubiertas por este beneficio y los gastos serán reconocidos según las condiciones indicadas en la tabla de beneficios.

Solo podrán gozar de este beneficio, las mujeres aseguradas como asegurado titular o dependiente, en ambos casos mayores de edad.

No están cubiertos los gastos de las hijas calificadas como dependientes.

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

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.11 Oftalmología.

Este Beneficio sólo cubre la medición de vista, fondo de ojo y presión ocular una vez al año exclusivamente en los centros determinados para tal fin que se encuentran señalados en la tabla de beneficios anexa.

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

No existe reembolso para este beneficio.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.12 Odontología.

La presente cobertura indica que el deducible es por cada pieza tratada y terminada.

Este beneficio cubre solamente los siguientes tratamientos:

- Examen oral inicial
- Radiografías (Oclusal, Periapical y Bite Wing)
- Profilaxis general
- Flúor (para menores de 12 años)
- Obturaciones: amalgamas simples, resinas simples en dientes anteriores y posteriores.
- Exodoncia.
- Endodoncias

Se excluyen gastos por tratamientos y operaciones de carácter odontológico, tales como

ortodoncias, calzas y todo lo relacionado con ellos, a excepción de los que se hubieren producido a consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza. No cubre prótesis dentales ..

No existe reembolso para este beneficio.

No se cobertura complicaciones ni consecuencias de las mismas.

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

Los centros de atención serán designados por **La Positiva**.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.13 Sepelio o Cremación.

En caso de deceso de un Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad, cubierto por esta póliza, se pagarán los gastos incurridos por los siguientes conceptos:

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

Para el pago de este beneficio mediante reembolso (siempre que la tabla de beneficios ofrezca esta opción), se deberá presentar la Partida y el Certificado de Defunción y las facturas originales de los gastos cubiertos.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

4.14 Prótesis Quirúrgicas Internas

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidente y/o enfermedad cubiertas por la póliza que las requieran, hasta el límite indicado en la tabla de beneficios. Solo se cubre la prótesis interna en casos de procedimiento quirúrgicos.

Se excluye prótesis dentales, los implantes coclear entre otros.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios anexa.

CAPÍTULO V.- EXCLUSIONES

5. 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:

5.1 Accidentes aéreos en aviones privados.

Se excluyen todos los posibles gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados. Sólo se cubren cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.

5.2 Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Se excluyen los gastos por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario

de Trabajo de Riesgo, según la Ley laboral Nro. 26790 (Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud) que se rige de acuerdo a las Normas Técnicas del D.S. 003-98-SA del 14 de Abril de 1998.

5.3 Adicción y consumos de drogas, alcohol y otros.

Se excluye los gastos por lesiones y enfermedades resultantes del uso o la adicción a drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol o drogas y siempre que guarde relación causal con el accidente. Esta póliza se rige por las disposiciones legales actualmente vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.

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

5.4 Ansiolíticos, antidepresivos y vitaminas.

Se excluyen todos los gastos efectuados por conceptos de vitaminas, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos, antidepresivos y similares), vacunas específicas o inespecíficas, gastos relacionados con tratamientos preventivos de enfermedades y/o estimulantes (Ej. eritropoyetina), medicamentos biológicos, lisados bacterianos, inmunoglobulinas e inmunoterapia, productos geriátricos, reconstituyentes (flora intestinal y otros), leches maternizadas, productos naturales, a base de plantas o hierbas y medicina homeopática, tónico cerebrales, hepatoprotectores, psicotrópicos, suplementos proteicos y hemostáticos.

5.5 Aparatos ortopédicos, bragueros, muletas, similares y tratamiento y/o procedimiento experimental.

Se excluyen los aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, prótesis, medias para varices, instrumental médico para la medición de presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas) equipos de oxigenoterapia, audífonos, otros similares a excepción de prótesis quirúrgicas internas y material de osteosíntesis.

Todo equipo, insumo o procedimiento médico de reciente implementación deberá tener el debido sustento científico (Medicina basada en evidencias).

5.6 Chequeo médico.

Se excluyen todos aquellos gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico, despistaje y/o descarte de enfermedades en una persona sana. Se excluye a su vez medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado. No se cubre el estudio de polisomnografía.

5.7 Cirugía plástica o estética.

Se excluye los gastos por cirugía plástica estética y tratamientos para fines de embellecimiento (p.e.: alopecia), a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza. No están cubiertas las cirugías y/o consecuencias por mamoplastía reductora ni por

ginecomastia. No se cubren el tratamiento y/o consecuencias de melasma, acné, várices con fines estéticos y escleroterapia en varices.

5.8 Cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes.

Se excluye los gastos por cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza. Se entiende como cirugía plástica reparadora aquella usada con el fin de subsanar defectos de orden funcional, como desviación del septum nasal, etc. Se cubre reconstrucción de las vías nasales solo para los siguientes casos:

5.8.1 Reconstrucción por tratamiento para cáncer en la nariz.

5.8.2 Infección crónica de sinusitis.

5.9 Coberturas no mencionadas.

Se excluyen cualquier servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como un beneficio bajo el presente contrato indicado en la tabla de beneficios correspondiente.

5.10 Condiciones cerebrales.

Se excluyen cualquier cargo en relación a los cuidados en caso de senilidad o deterioramiento cerebral.

5.11 Condiciones preexistentes.

Se excluyen todos aquellos gastos consecuencia directa o indirecta de una condición preexistente.

5.12 Consecuencias de accidente previo al seguro.

Se excluyen todos aquellos gastos que sean consecuencia directa o indirecta de un accidente previo a la contratación de este seguro.

5.13 Consecuencias de fármacos usados sin prescripción.

Se excluye todo gasto por cualquier trastorno originado por medicamentos o fármacos que se usen sin prescripción médica.

5.14 Control del niño sano.

Se excluyen todos los gastos relacionados con el control del niño sano.

5.15 Cuidados del acompañante y objetos de confort personal

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

5.16 Curas de reposo.

Se excluyen todos aquellos gastos derivados de curas de reposo, surmenage, stress, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente (neurosis, psicosis), y todo tipo de tratamiento psiquiátrico y psicológico.

5.17 Dermatología.

Se excluye los gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo y protectores solares aun si son por prescripción médica, incluyendo Roaccutan, Minosin y similares.

5.18 Desórdenes de la articulación temporomandibular (TMJD).

Se excluye todo tratamiento por desórdenes de la articulación temporomandibular (TMJD) o maloclusión. Asimismo se excluye desordenes cráneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura.

5.19 Enfermedades congénitas y hereditarias.

Se excluyen todos aquellos gastos consecuencia directa o indirecta de una enfermedad congénita, hereditarios y/o de gastos relacionados, salvo en el caso de dependientes cuyo nacimiento fuera amparado por la póliza y que fueran incorporados dentro de un periodo máximo de 30 días, siempre y cuando dicha cobertura este especificada en la tabla de beneficios, bajo las políticas, condiciones y sublímites entre otros que esta indicara. Sin embargo no se encuentran cubiertas 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.

5.20 Enfermeras privadas.

Se excluyen todos los gastos por cuidado de enfermeras privadas, a excepción de las primeras cuarenta y ocho (48) horas, posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que exista una autorización y/o prescripción médica y previa coordinación con la La Positiva.

5.21 Epidemias.

Se excluyen los gastos por enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que hayan sido declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

5.22 Gastos en el extranjero.

Se excluye los gastos efectuados en el extranjero a excepción de aquellos que sean consecuencia de un accidente ocurrido durante un viaje. Sólo se reconocerán gastos en el extranjero para las pólizas internacionales en las cuales se mencione claramente dicho beneficio en la tabla de beneficios.

5.23. Gastos excesivos.

Se excluyen todos los gastos que excedan los límites razonables y acostumbrados, que no sean médicamente necesarios, o que no hubiesen sido suministrados en el caso de no contar con este seguro, o gastos por los cuales no se han hecho cargos, o gastos por los que un Asegurado no está legalmente obligado a pagar.

5.24 Gastos posteriores al fin de vigencia de la póliza.

Se excluye cualquier gasto médico incurrido o que se generen después de la fecha de expiración del contrato relacionado con daños accidentales o enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia del contrato.

5.25. Lesiones auto infligidas.

Se excluyen los gastos por lesiones auto infligidas o consecuencia de un estado de

insania mental, tales como suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.

5.26. Lesiones por actos militares entre otros.

Se excluye los gastos por lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.

5.27. Lesiones por práctica de deportes notoriamente peligroso y/o profesional de deportes.

Se excluye las lesiones ocasionadas por la práctica profesional de deportes así como de actividades peligrosas, carreras, acrobacias y deportes notoriamente riesgosos, los cuales, para efectos de esta póliza son: carreras de automóviles (tanto como conductor o pasajero), motonetas, bicicletas, concursos o prácticas hípicas, paracaidismo, ala delta, alpinismo, andinismo, cacería de fieras, pesca submarina, parapente, motos terrestres y acuáticas, puenting y otros.

5.28. Lesiones por terapias de radiación.

Se excluyen los gastos por lesiones o enfermedades de energía atómica, radiaciones ionizantes, de rayos X, radioterapia, radium o isótopos, aplicada sin la supervisión o diagnóstico médico correspondiente.

5.29. Queratotomía radial, cirugía correctiva ocular y aditamentos.

Se excluyen los gastos por tratamiento de queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción o tratamientos similares. Asimismo, la adquisición de anteojos, cristales, lentes de contacto o aparatos auditivos.

Los honorarios del oculista sólo estarán cubiertos cuando ellos fueren parte de intervenciones quirúrgicas por enfermedades y/o accidentes del aparato ocular, cubiertos por esta póliza.

5.30. Sangre y Plasma.

Se excluye la compra de sangre, derivados de ella (plasma, albúmina, plaquetas, paquetes globulares y similares) y análisis al donante, excepto las pruebas de grupo sanguíneo, pruebas de RH, materiales y equipos de transfusión. Se cubre máximo 3 pruebas de donantes al año por asegurado.

5.31. Servicios médicos proporcionados por un pariente.

Se excluyen gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.

5.32. Suministros y/o servicios no prescritos médicamente.

Se excluye cualquier servicio o suministro no prescrito por un médico calificado.

5.33. Trastornos de conducta y aprendizaje.

Se excluyen todos los gastos por conceptos de trastornos de conducta aprendizaje, desarrollo psicomotor, déficit de atención entre otros.

5.34. Tratamientos, circunstancias y/o condiciones previamente excluidas.

Se reitera que está excluido todo tratamiento y cualquier circunstancia y/o condición que La Positiva ya haya excluido permanentemente antes del inicio de la cobertura de la presente póliza y cualquier complicación que surgiera o resultare consecuencia de tal tratamiento. Asimismo no se cobertura cualquier tratamiento para condiciones que La Positiva haya establecido un periodo de espera anterior a la expiración de dicho periodo de espera.

5.35. Tratamientos de medicina alternativa.

Se excluye todo tratamiento y servicio no aceptado por la ciencia o la medicina tradicional, tales como: la acupuntura, la homeopatía, el tratamiento hiperbárico y sus medicamentos. Asimismo se excluye 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) y/o Organización Mundial de la Salud.

5.36. Tratamiento para la menopausia.

Se excluyen todos los gastos por tratamientos médicos, controles, exámenes y medicamentos u otros requeridos para atender casos de menopausia, insuficiencia hormonal o síndrome climatérico.

5.37. Tratamiento para la osteoporosis.

Se excluyen todos los gastos por osteoporosis (post menopausia), insuficiencia o sustitución hormonal. Se cubrirá la osteoporosis para mujeres que ingresaron a la póliza con 45 años o menos y bajo las condiciones que La Positiva indique.

5.38. Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización.

Se excluye todo gasto debido a tratamientos por obesidad o raquitismo y/o de fertilización o esterilización, crecimiento, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.

5.39. Tratamiento por Hallux valgus.

Se excluye todo gasto debido a tratamientos por hallux valgus, callosidades, pie plano, cuidado podriático y otros similares.

5.40. Tratamientos por trasplantes no cubiertos.

Se excluye cualquier gasto por servicios médicos suministrados en relación con, o como resultado de, cualquier lesión o enfermedad por un trasplante de órgano o de tejido que originalmente no estuvo cubierto bajo esta póliza. Asimismo se excluye todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio de tratamiento originados por negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el paciente se automedique por cuenta propia.

5.41. Trasplantes.

Se excluyen los gastos por servicios médicos proporcionados para un trasplante o como consecuencia del mismo, para los cuales el recipiente requiera de equipo artificial o mecánico, o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, o cuando el

órgano o tejido transplantado no proviene de un donante humano.

5.42. Unidades de calefacción y artefactos eléctricos.

Se excluye todo gasto por alquiler de unidades de calefacción, teléfono y artefactos eléctricos.

5.43. VIH / SIDA.

Se excluye todo tratamiento correspondiente al síndrome de inmuno deficiencia adquirida. (SIDA; virus de inmuno deficiencia humana VIH), así como todas las enfermedades relacionadas al virus HIV Positivo, incluyendo la enfermedad de Kaposi Sarcoma y complejo relacionado con el SIDA (CRS).

CAPÍTULO VI.- OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

6. Obligaciones.

6.1 Aviso de accidente o enfermedad.

El **Asegurado** deberá informar a **La Positiva** dentro del plazo de tres días desde que ocurrió o conoció el acaecimiento del accidente o el inicio de la enfermedad que puedan dar lugar a una indemnización, bajo las condiciones de esta póliza, llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias al teléfono 0800-1-0800 ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional y confirmar cuanto antes por escrito tal lesión o enfermedad. 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 la presente cláusula en ningún caso limita el derecho del Asegurado de acudir a cualquier instancia judicial o administrativa, si así lo considerara conveniente.

6.2 Procedimientos.

6.2.1 Deducciones por otros seguros.

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

6.2.2 Coberturas de Muerte Accidental del Titular del Seguro o su Cónyuge o Concubino(a) declarado(a).

- a) Fotocopia del DNI del Asegurado.
- b) Acta o Partida de defunción con causal de fallecimiento.
- c) Certificado de defunción.
- d) Fotocopia del DNI del Beneficiario. Partida de matrimonio o partida de nacimiento de los hijos, según fuera el caso.
- e) Testamento o declaratoria de herederos, si fuera el caso.

- f) Parte policial.
- g) Protocolo de necropsia.
- h) Declaración de beneficiarios.

6.2.3 Investigación y revisión de reclamos.

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

Si el **Asegurado** y/o Beneficiario no cooperara con la investigación o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto; el **Asegurado** 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, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas. Si cualquier información referente a un **Asegurado** o relacionada con su tratamiento fuera simulada o fraudulenta, perderá el **Asegurado** todo derecho a indemnización, sin perjuicio que inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

6.2.4 Pago de beneficios.

6.2.4.1 Para la atención de reclamos existen 2 formas de tramitar el mismo, los cuales son:

Reembolsos:

Para el reembolso de algún gasto médico cubierto, es necesario que se presenten las facturas, indicaciones y recetas, la solicitud 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.

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

Las facturas deberán ser emitidas a nombre de LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS con RUC 20100210909.

Este beneficio podrá brindarse siempre y cuando lo indique la tabla de beneficios.

Créditos:

Atención Ambulatoria: Se otorga en los centros médicos pre-establecidos, con la presentación del carnet del asegurado y con otro documento de identidad.

El asegurado abonará el importe correspondiente al deducible y coaseguro de los gastos efectuados.

Atención Hospitalaria: El asegurado deberá solicitar a la compañía una carta de garantía, presentando la orden de internamiento de su médico en la que se especifiquen el centro medico, la dolencia que padece y el presupuesto de la clínica correspondiente. Con la carta de garantía, podrá hospitalizarse abonando, al

momento de alta, únicamente los gastos no cubiertos, el deducible y el porcentaje de gastos 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 Positiva** a los proveedores afiliados que en exclusividad brindaran sus servicios, de acuerdo a las coberturas que se señalan en la tabla de beneficios anexa o a los **Asegurados** titulares en los casos de los reembolsos permitidos por la póliza.

6.2.4.2 **La Positiva** no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de un siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro.

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

CAPÍTULO VII.- LA PÓLIZA DESPUÉS DE UN SINIESTRO

7. Disposiciones.

7.1 Subrogación.

Desde el momento en que **La Positiva** 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 Positiva** de cualquier acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación.

7.2 Prescripción liberatoria.

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