

Certificado N°	Fecha de Emisión:
Póliza N°: 5704453	Código de Registro SBS N°:AE0416400234
Nombre Vendedor:	Plan Contratado:
Código Vendedor:	Agencia /Oficina:

SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO DE RIESGO ONCOLÓGICO MICROSEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

1. Datos del Contratante

Contratante: BANCO FINANCIERO DEL PERÚ	RUC: 20100105862
Dirección: AV. RICARDO PALMA N° 278, MIRAFLORES, LIMA - PERÚ	Teléfono: (511) 612 2000

2. Datos del Asegurado

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
Tipo de documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Número de documento:		
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad:		
Teléfono Fijo: _____ Celular: _____		
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de Vía:		
N°: _____	Km: _____	Mz: _____ Dpto: _____ Int: _____ Lt: _____
Urbanización:		Distrito:
Provincia:		Departamento:
Correo electrónico autorizado para el envío, recepción y/o renovación de la póliza:		

3. Datos del Beneficiario

El Beneficiario es el propio **Asegurado**. La Positiva Seguros pagará al Beneficiario la suma asegurada en caso se le diagnosticara Cáncer, durante la vigencia de esta póliza. 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.

4. Vigencia (*)

Fecha de Inicio: ___/___/___ (12 m)
 Fecha de Término: La vigencia es anual y de renovación automática.
 (*) Detalle en el bloque 10 del presente certificado.

5. Prima Total (Incluye gastos de emisión e IGV)

PLAN A	PLAN B
<input type="checkbox"/> S/. 6.50 Mensual	<input type="checkbox"/> S/. 8.50 Mensual
<input type="checkbox"/> S/. 70.00 Anual	<input type="checkbox"/> S/. 90.00 Anual

6. Coberturas

Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

7. Sumas Aseguradas

Plan A : S/. 8,000	Plan B : S/. 12,000
--------------------	---------------------

8. Lugar y forma de Pago de la Prima

El pago de la prima se efectuará en pagos anuales o mensuales, cuota única y al contado, según el Plan elegido realizado a través del Banco Financiero, previa autorización del siguiente Débito Automático:

Yo _____ con DNI N° _____ autorizo cargo de mi tarjeta:
 Crédito con Número y vencimiento Prioridad
 O de mi tarjeta:
 Débito con Número Tipo de Moneda Soles Dólares Prioridad

Nota: Los cargos se realizarán en orden de prelación en las cuentas indicadas, esto por si en la primera cuenta no exista saldo suficiente a debitar.

9. Tratamiento de Datos Personales

El **Asegurado** autoriza de forma expresa a **La Positiva**, el tratamiento de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, así como el uso de los mismos para fines comerciales, tales como el envío de publicidad y promociones de productos o servicios relacionados al producto contratado bajo la presente póliza; incluyendo la transferencia de estos datos a sus empresas vinculadas y/o terceros vinculados con los que ésta tenga una relación contractual, siempre que dicha transferencia no tenga fines comerciales. La presente autorización se extiende en el marco de lo dispuesto en la Ley N.º 29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 003-2013. El **Asegurado** conoce que podrá solicitar la rectificación de sus datos personales e inclusive revocar la autorización aquí brindada mediante comunicación a **La Positiva**.

El **Asegurado** declara que, antes de suscribir este certificado de seguro ha tomado conocimiento de **todas y cada una de las condiciones del presente documento**, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.


 La Positiva Seguros y Reaseguros

_____ Asegurado

Certificado N°	Fecha de Emisión:
Póliza N°: 5704453	Código de Registro SBS N°:AE0416400234
Nombre Vendedor:	Plan Contratado:
Código Vendedor:	Agencia /Oficina:

SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO DE RIESGO ONCOLÓGICO MICROSEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

1. Datos del Contratante

Contratante: BANCO FINANCIERO DEL PERÚ	RUC: 20100105862
Dirección: AV. RICARDO PALMA N° 278, MIRAFLORES, LIMA - PERÚ	Teléfono: (511) 612 2000

2. Datos del Asegurado

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
Tipo de documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Número de documento:		
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad:		
Teléfono Fijo: _____ Celular: _____		
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre de Vía:		
N°: _____	Km: _____	Mz: _____ Dpto: _____ Int: _____ Lt: _____
Urbanización:		Distrito:
Provincia:		Departamento:
Correo electrónico autorizado para el envío, recepción y/o renovación de la póliza:		

3. Datos del Beneficiario

El Beneficiario es el propio **Asegurado**. La Positiva Seguros pagará al Beneficiario la suma asegurada en caso se le diagnosticara Cáncer, durante la vigencia de esta póliza. 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.

4. Vigencia (*)

Fecha de Inicio: ____/____/____ (12 m)
 Fecha de Término: La vigencia es anual y de renovación automática.
 (*) Detalle en el bloque 10 del presente certificado.

5. Prima Total (Incluye gastos de emisión e IGV)

PLAN A	PLAN B
<input type="checkbox"/> S/. 6.50 Mensual	<input type="checkbox"/> S/. 8.50 Mensual
<input type="checkbox"/> S/. 70.00 Anual	<input type="checkbox"/> S/. 90.00 Anual

6. Coberturas

Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

7. Sumas Aseguradas

Plan A : S/. 8,000	Plan B : S/. 12,000
--------------------	---------------------

8. Lugar y forma de Pago de la Prima

El pago de la prima se efectuará en pagos anuales o mensuales, cuota única y al contado, según el Plan elegido realizado a través del Banco Financiero, previa autorización del siguiente Débito Automático:

Yo _____ con DNI N° _____ autorizo cargo de mi tarjeta:

Crédito con Número y vencimiento Prioridad

O de mi tarjeta:

Débito con Número Tipo de Moneda Soles Dólares Prioridad

Nota: Los cargos se realizarán en orden de prelación en las cuentas indicadas, esto por si en la primera cuenta no exista saldo suficiente a debitar.

9. Tratamiento de Datos Personales

El **Asegurado** autoriza de forma expresa a **La Positiva**, el tratamiento de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, así como el uso de los mismos para fines comerciales, tales como el envío de publicidad y promociones de productos o servicios relacionados al producto contratado bajo la presente póliza; incluyendo la transferencia de estos datos a sus empresas vinculadas y/o terceros vinculados con los que ésta tenga una relación contractual, siempre que dicha transferencia no tenga fines comerciales. La presente autorización se extiende en el marco de lo dispuesto en la Ley N.º 29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 003-2013. El **Asegurado** conoce que podrá solicitar la rectificación de sus datos personales e inclusive revocar la autorización aquí brindada mediante comunicación a **La Positiva**.

El **Asegurado** declara que, antes de suscribir este certificado de seguro ha tomado conocimiento de **todas y cada una de las condiciones del presente documento**, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.


 La Positiva Seguros y Reaseguros

Asegurado

10. Vigencia del Seguro

- **Inicio del Seguro:** La recepción de la presente Solicitud – Certificado por parte del **Asegurado**, acredita la contratación de este seguro. La cobertura otorgada por el presente seguro se inicia en la fecha en que el Banco Financiero efectúe el primer débito de la prima correspondiente y luego de transcurrido el periodo de carencia de treinta (30) días calendario. La cobertura podrá ser renovada bajo los mismos términos y condiciones, en periodos de pagos mensuales o anuales, extendiendo su cobertura a los periodos contratados.
- **Término del Seguro:** Se dará por los hechos indicados en el bloque de Resolución de Contrato.

11. Resolución de Contrato

El término y/o suspensión de la cobertura se producirá por i) falta de pago de la prima, ii) el pago del total de las coberturas establecidas en la póliza iii) por dolo o fraude del Contratante o **Asegurado**, iv) o de manera voluntaria por el **Asegurado**, previo aviso de treinta (30) días a **La Positiva**, para cuyo efecto deberá proceder a remitir una carta simple al Área de Servicio al Cliente de **La Positiva**, la misma que será recepcionada en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: www.lapositiva.com.pe. v) El cumplimiento del máximo de edad del **Asegurado** establecido como límite de permanencia en esta Solicitud – Certificado. vi) El fallecimiento del **Asegurado**.

12. Solución de Controversias

El **Asegurado** podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuadas para hacer prevalecer sus derechos, en caso consideren hayan sido conculcados.

13. Definiciones

- **Cáncer:** Para los propósitos de este seguro, el “Cáncer” se define como una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraído y comenzado luego de la fecha de inicio de vigencia del presente seguro.
Incluye: Leucemia, Enfermedad Hodgkins y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros.
- **Cáncer cérvico uterino en etapa inicial:** Es el cáncer que se caracteriza porque las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.
- **Diagnóstico Clínico:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe hispatológico del paciente.
- **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 hispatológico y el diagnóstico clínico.
- **Periodo de Carencia:** Periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia del presente seguro y aquella en que entra en vigor la cobertura.

14. Exclusiones

Este seguro no cubre los siguientes tipos de Cáncer:

- | | |
|---|---|
| 1. Cáncer por radiación nuclear. | 3. Cáncer cérvico uterino, en etapa inicial |
| 2. Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos | 4. Cáncer asociado a VIH / SIDA |

15. Procedimiento para solicitar el Pago del Beneficio

Ocurrido el siniestro el **Asegurado** deberá dar aviso del mismo directamente a **La Positiva** al 211-0211 en Lima o al 74-9000 en provincia (anteponiendo el código de su ciudad) o a través del Comercializador al (01)513-4493 y solicitar la indemnización adjuntando los documentos que a continuación se indican:

- a) Fotocopia del DNI del **Asegurado**.
- b) Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos indicados en el punto 3 de la presente póliza y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
- c) Copia de la historia clínica del **Asegurado**.

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.

16. Pago de la Indemnización

El pago de la indemnización se efectuará por **La Positiva** en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados desde la fecha de presentación de toda la documentación sustentatoria del reclamo indicada en las condiciones de la presente Solicitud-Certificado, la misma que deberá estar referida únicamente a la comprobación de la ocurrencia del siniestro cubierto.

17. Procedimiento para la Atención de Reclamos

El **Asegurado** podrá presentar sus reclamos a La Positiva Seguros en el “Área de Servicio al Cliente” llamando al 211-0-211 desde Lima o al 74-9000 desde provincias, en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional (relación de direcciones en la web: www.lapositiva.com.pe), así como a través de la misma página web de La Positiva Seguros. **La Positiva** atenderá los reclamos en un plazo máximo de quince (15) días calendario.

El **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la “Defensoría del **Asegurado**”, Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, o INDECOPI.

18. Importante

- Podrán asegurarse bajo este microseguro, las personas naturales cuya edad no sea inferior a 18 años ni superior a 64 años y 364 días al momento de contratar este microseguro, pudiendo permanecer hasta los sesenta y nueve (69) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- Queda entendido y convenido que las condiciones estipuladas en la presente Solicitud-Certificado de Seguro prevalecen sobre las condiciones generales de la póliza matriz Microseguro por Diagnóstico de Cáncer, bajo la cual ha sido emitida esta Solicitud-Certificado. La Póliza se encuentra disponible en www.lapositiva.com.pe.
- Las comunicaciones, solicitudes de cobertura y pagos efectuados al comercializador, por las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a **La Positiva**.
- El **Asegurado** firma el presente certificado en señal de haber tomado conocimiento pleno y aceptando las coberturas, condiciones y exclusiones del presente certificado de seguro.
- **El Asegurado tiene derecho a solicitar copia de la póliza de seguro de grupo a La Positiva Seguros, la que será entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la fecha de recepción de la solicitud.**

19. Beneficios Adicionales

Para hacer uso de los beneficios adicionales el **Asegurado** debe llamar a Línea Positiva al 211-0-211 desde Lima y al 74-90000 desde provincia (anteponiendo el código de la ciudad antes del número desde su celular).

• LÍNEA POSITIVA (A nivel nacional)

1. **Orientación Médica Telefónica:** Mediante este servicio se brinda orientación médica telefónica preliminar a los Asegurados, de forma gratuita e ilimitada 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 en el cuidado de su salud por parte de nuestro Staff Médico.
2. **Segunda Opinión Médica:** Mediante este servicio se proporciona al **Asegurado** de forma gratuita, ilimitada y confidencial la evaluación de diagnósticos y/o posibilidades terapéuticas a cargo de nuestro Staff Médico, quienes brindarán su opinión. Para acceder a este beneficio, nuestro asegurado deberá acercarse a nuestra Plataforma de Servicio (oficinas de **La Positiva**) para pedir la "Solicitud de Segunda Opinión Médica", llenarla y adjuntarnos su informe médico completo, resultados de análisis y exámenes de imagen para la revisión respectiva. Una vez recibida la documentación completa y en un plazo no mayor a 30 días le haremos llegar la respuesta por escrito.
3. **Oncoasistencia:** El paciente-asegurado podrá acceder al servicio y utilización de las asistencias con previa programación de 24 horas y uso durante el período de enfermedad. Para hacer uso de estos beneficios el **Asegurado** debe llamar a la central de Asistencia Oncológica al (01) 513-4462.
 - a) **Transporte a terapias o tratamientos con acompañamiento de Auxiliar de enfermería :**
Las 24 horas del día los 365 días del año, se podrá solicitar el servicio de transporte profesional, para ayudar al desplazamiento a citas por terapias de tratamientos oncológicos cubiertas por La Positiva Seguros.
Beneficiarse del servicio de desplazamiento a su terapia o tratamiento médico acompañado de un profesional de la salud (auxiliar de enfermería) quien lo apoyará en la difícil tarea ante la imposibilidad física y complicaciones del desplazamiento. Una vez se diagnostica el cáncer cubierto por La Positiva Seguros, y una vez se define el tratamiento, el paciente-asegurado podrá acceder al servicio y utilización de las asistencias con libre programación y uso durante el período de enfermedad.
Máximo 10 asistencias, con libre programación y uso durante el período de 1 año.
 - b) **Presencia de un Familiar**
En caso de diagnóstico de cáncer cubierto por la póliza, se cubre un desplazamiento (ida y vuelta) de un acompañante designado por el beneficiario. La compañía tiene la facultad de determinar el medio que utiliza para dicha movilización con un límite de US\$ 200 o al tipo de cambio bancario vigente al momento del siniestro.
 - c) **Auxiliar de Enfermería**
En caso de inmovilización en el domicilio por más de 5 días del **Asegurado** al que se le diagnostique cáncer cubierto por la póliza, La Positiva Seguros pondrá un auxiliar de enfermería a su disposición desde el primer día, siempre y cuando el médico tratante y el médico designado por La Aseguradora, lo consideren necesario.
Este servicio se extiende a la familia que viva en el mismo domicilio del titular. Con un Copago de S/.30.00
Se cubre un máximo de dos (2) horas por día de incapacidad hasta un máximo de ocho (8) horas.
 - d) **Asistencia Psicológica**
Se ofrece la asistencia psicológica a domicilio una vez se diagnostica en cáncer cubierto por la presente Solicitud-Certificado con un límite de cinco (5) visitas en el periodo que el **Asegurado** las quiera utilizar. Cada sesión máximo 2 horas. Esta asistencia se hace extensiva desde el diagnóstico hasta el tiempo de su tratamiento.
 - e) **Chequeo Preventivo**
La Positiva Seguros ofrece 1 chequeo preventivo al año: de Mamografía Bilateral o de PSA Total. Se coordina a través de nuestra red, la atención se brindará en la ciudad de Lima y para los clientes de provincia se programa para cuando se encuentren en Lima.
- **COBERTURA:**
Estas asistencias serán atendidas a los asegurados a nivel nacional.