

**PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR
FALABELLA HOSPITALIZACIÓN**

ÍNDICE

CAPITULO I DEFINICIONES	2
CAPITULO II BASES DEL CONTRATO	5
CAPITULO III COBERTURA DEL SEGURO	14
CAPITULO IV EXCLUSIONES DEL SEGURO	15
CAPITULO V PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO	15

CAPITULO I **DEFINICIONES**

- 1.1. Accidente
Es todo evento fortuito, repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional originado por una fuerza o agente externo, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura.
- 1.2. Asegurado
Es la persona mayor de dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) años, que al momento de solicitar su inscripción, está expuesta al riesgo asegurado.
- 1.3. Beneficiario
Persona designada en la póliza por el **Asegurado** como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.
- 1.4. Condiciones Generales
Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas que rigen el presente contrato. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.
- 1.5. Condiciones Particulares
Documento que contiene las estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del **Asegurado** y el beneficiario, si lo hubiere, la designación del bien asegurado y su ubicación, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago y vigencia del contrato entre otros.
- 1.6. Condiciones Especiales
Documento que contiene las estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares del presente contrato.
- 1.7. Contratante
Es la persona que celebra con **La Positiva** el contrato de seguro. Su condición puede o no coincidir con la del **Asegurado**. En ambos casos recaen sobre esta persona los derechos –si corresponde- y/o obligaciones emanados del contrato. 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 que necesita.
- 1.8. Condición preexistente
Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Jurada de Salud.
- No se considera condición preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente
- 1.9. Declaración Jurada de Salud
Es el formulario 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 hasta ese momento de alguna condición preexistente.

- 1.10 Diagnóstico
Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.
- 1.11 Endoso
Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica alguno o algunos de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero de manera total o parcial los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la presente póliza.
- 1.12 Enfermedad
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.
- 1.13 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.
- 1.14 Evidencia Documentada
Se refiere a los resultados por escrito de las pruebas realizadas, incluyendo las interpretaciones que realice el médico (originales o copias legalizadas).
- 1.15 Familiares elegibles
Cónyuge del Asegurado Titular que tenga menos de 65 años de edad en la fecha de solicitud del seguro bajo este Plan, y todos los hijos(as) solteros que vivan con el titular incluyendo hijastros(as) o hijos(as) legalmente adoptados(as) por el Asegurado Titular, con edades comprendidas entre los catorce (14) años de edad y los diecinueve (19) años y 364 días de edad, y aquellos hasta los 23 años que sean solteros y se encuentren estudiando y vivan permanentemente con el titular, en la fecha de solicitud del seguro.
- 1.16 Fecha de aniversario
Se refiere al aniversario de la fecha de vigencia del seguro según se encuentra descrito en esta Póliza.
- 1.17 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.
- 1.18 Ingreso
Significa la reclusión en un hospital como paciente interno bajo la recomendación, el cuidado y atención de un médico por un mínimo de 24 horas.
- 1.19 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, establecidos en la presente póliza, así como al pago de la prima correspondiente de acuerdo a lo establecido en el numeral 2.2. de la presente póliza.
- 1.20 Lesión Accidental
Daño corporal accidental y apreciable por reconocimiento médico, sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la póliza y que sea base para una solicitud de cobertura de acuerdo a los términos de esta

póliza. Tal lesión debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa, la hospitalización del Asegurado.

1.21 Médico

Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las disposiciones de la jurisdicción donde ejerce y ha sido prestado el servicio, cumpliendo con las autorizaciones legales que sean pertinentes.

Dentro de esta definición no se incluye a dentistas, quiroprácticos, optómetras o cualquier otro profesional de la medicina cuya especialidad médica no esté directamente vinculada con el diagnóstico, tratamiento o cuidado de las enfermedades cubiertas bajo esta póliza.

1.22 Pago Diario

Corresponde a la indemnización que se pagará al Asegurado por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización consecutivas sin interrupción en un establecimiento de salud a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

1.23 Periodo de Beneficio

Lapso de un (1) año a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y continúa por periodos sucesivos de un (1) año contados a partir de las fechas respectivas de renovación. Se encuentra estrictamente ligado y restringido al periodo de vigencia de la póliza.

1.24 Período de carencia

El periodo de días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares, en el cual no se reconocerá ninguna cobertura o gasto.

El periodo de carencia no será aplicable a las enfermedades preexistentes indicadas en la Declaración Jurada de Salud por el Asegurado que se hayan generado o por las que el Asegurado haya recibido coberturas durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediato anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

1.25 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 así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante de la presente póliza..

1.26 Prima

Es la contraprestación establecida por **La Positiva** por la cobertura otorgada.

1.27 Plan

Corresponde al Plan de Renta Diaria por Hospitalización cuyo beneficio se define a través del monto señalado como Renta Básica Diaria en las Condiciones Particulares.

1.28 Paciente Interno

Persona cuyo ingreso a una Institución hospitalaria se realiza por recomendación de un médico debidamente autorizado quien lo justifica con la finalidad de prestarle atención médica en relación a una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.

1.29 Renta Básica Diaria.

Corresponde a la indemnización pagadera cada 24 horas de hospitalización de una persona Asegurada a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en las Condiciones Particulares.

La Renta Básica Diaria será pagada desde la fecha de ingreso en la institución hospitalaria por un periodo que no exceda de los 365 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental.

La Renta Básica por Hospitalización no se pagará si la persona Asegurada no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.

- 1.30 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH / SIDA)
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.
- 1.31 Solicitud de Seguro
Documento en el cual el **Asegurado** solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, el cual incluye la respectiva Declaración Jurada de Salud.
- 1.32 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.
- 1.33 Siniestro
Es la manifestación concreta del riesgo asegurado relacionado con las coberturas, beneficios o servicios otorgados por la presente póliza.
- 1.34 Terrorismo
Para efectos de la presente póliza, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de esta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o cualquier segmento de la misma.

CAPITULO II **BASES DEL CONTRATO**

- 2.1. Contratantes
La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y el Contratante .
- 2.2. Inicio de la cobertura
Adicionalmente a los periodos de carencia o espera que pueda establecer la póliza contratada, las partes acuerdan de conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.
- Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.
- 2.3. Pago de primas y Ajustes
2.3.1 El **Contratante** se encuentra obligado a pagar la prima establecida en el lugar, forma y oportunidad acordada con **La Positiva**.

- 2.3.2. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida origina la suspensión de las coberturas una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento pactada en el convenio de pago. La Positiva deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y/o Contratante el incumplimiento incurrido y sus consecuencias, al domicilio declarado en la presente póliza, indicando el plazo que tiene para pagar la prima antes que se produzca la suspensión antes mencionada. La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que se haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato. Durante el período en que la cobertura se mantenga suspendida, La Positiva puede optar por la resolución del contrato de seguro, para lo cual deberá remitir una comunicación por medio escrito al Contratante en el domicilio consignado en la Póliza informándole tal decisión. Producida la resolución por falta de pago, La Positiva quedará liberada de toda responsabilidad y procederá a la liquidación de la prima correspondiente a prorrata por el periodo en que la cobertura estuvo vigente.
- 2.3.3. 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. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La cobertura solo podrá rehabilitarse en tanto La Positiva no haya manifestado su voluntad de resolver el contrato debido a la falta de pago. Si La Positiva no reclama el pago de la prima adeudada por el Contratante transcurridos los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, la póliza queda extinguida de pleno derecho.
- 2.3.4. 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 por **La Positiva** para recaudar el pago.
- 2.3.5. **La Positiva** puede compensar la prima pendiente de pago, contra cualquier indemnización derivada de la presente póliza a favor del **Asegurado**. En caso de siniestro que consuma el total de la Suma Asegurada, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse su pago a la indemnización correspondiente. Cuando ocurriese un siniestro cuyo monto indemnizable supere el valor de la prima, estando ésta en todo o en parte insoluta, **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 al Asegurado, este autoriza a **La Positiva** a descontar de la misma el importe de la prima adeudada.
- 2.4. Aceptación y conformidad a las condiciones
- 2.4.1. Si el contenido de la presente póliza no concordara con lo solicitado por el **Contratante**, éste podrá formular observaciones y solicitar las modificaciones correspondientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la póliza le hubiera sido entregada a él o al corredor de seguros que lo represente. Para estos efectos, **La Positiva** se encuentra obligada a remitir al **Contratante**, en documento aparte de la presente póliza, el detalle de las diferencias que puedan existir entre esta última y la solicitud de seguro, indicando expresamente que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Transcurrido el plazo de treinta (30) días sin que mediara observación del **Contratante** o de su corredor de seguros, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida.
- 2.4.2. La(s) solicitud(es) de modificación(es) realizada(s) por el **Contratante** durante la vigencia del seguro, se entienden como propuestas de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, según sea el caso, y no obligan a **La Positiva**, hasta que ésta comunique por escrito al **Contratante** o corredor de seguros su aceptación de la propuesta. De aceptar **La Positiva** la propuesta de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, se emitirá un endoso o nueva póliza, según sea el caso.
- 2.4.3. El **Contratante** tendrá derecho al reembolso de toda suma pagada en exceso por concepto de prima, incluso a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus propias declaraciones, únicamente en caso formule la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los numerales

precedentes y ésta sea aceptada y comunicada por **La Positiva**. En los demás casos, la prima se entiende válidamente pagada a **La Positiva**.

2.4.4. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas. El término "mecanografiadas" incluye a las impresas mediante el uso de ordenadores cualquiera que fuere la calidad de impresión.

2.4.5. **Las modificaciones que se produzcan a la presente póliza durante su vigencia, deberán ser autorizadas por escrito por el Contratante o su representante legal, dentro del plazo de treinta (30) días calendario de haber sido comunicada por La Positiva. La falta de autorización expresa por parte del Contratante dentro del plazo antes mencionado implica la no aceptación de las modificaciones propuestas por La Positiva y por ende la subsistencia del presente contrato en sus condiciones originales hasta el término de su vigencia**

2.5. Importancia de la veracidad de las declaraciones del Asegurado

El **Contratante** y/o **Asegurado** está obligado a declarar a **La Positiva**, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozca, que pudieran haber impedido la celebración de este último o modificar sus condiciones. La exactitud de las declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para **La Positiva**. La reticencia o declaración inexacta por parte del **Contratante** y/o **Asegurado** de hechos o circunstancias conocidas por este último que pudieran impedir la celebración del contrato o modificar sus condiciones es causal de nulidad siempre y cuando medie dolo o culpa inexcusable.

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 serán consideradas como una omisión u ocultación de información que pudo haber influido en la celebración del presente contrato.

2.6. 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 bajo responsabilidad, un ejemplar a **La Positiva** debidamente firmado.

2.7. Nombramiento de un Corredor de Seguros

El **Asegurado** podrá nombrar un corredor de seguros, quien se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración, mas no de disposición, con sujeción a lo indicado en la carta de nombramiento, vinculados a sus intereses en la póliza.

2.8. Avisos y comunicaciones

2.8.1. Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, en el domicilio señalado en la póliza, o alternativamente por el medio de comunicación que ambas partes acuerden, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

2.8.2. 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.

2.9 Agravación del riesgo

El Asegurado o el Contratante, en su caso, deben notificar por escrito a La Positiva los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por este al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebraría o lo haría en condiciones más gravosas.

Comunicada a La Positiva la agravación de riesgo, esta manifestará en el plazo de 15 días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlo o resolverlo.

Si La Positiva decide resolver el contrato ante la agravación de riesgo declarada, corresponde a favor de la misma, la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si el Asegurado o el Contratante no comunican en forma oportuna la agravación del riesgo, La Positiva tendrá derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si a la fecha de ocurrencia del siniestro, el Asegurado o el Contratante omitieron comunicar la agravación del riesgo con antelación, La Positiva queda liberada de toda obligación de pago, si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El Contratante y/o Asegurado, incurran en la omisión o demora, sin culpa inexcusable.
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Positiva.
- c) Si La Positiva no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo de 15 días.
- d) La Positiva conozca la agravación, al tiempo que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos de los incisos a), b) y c), La Positiva tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiera cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

2.10 Resolución de contrato de seguro

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, tanto La Positiva como el Contratante podrán resolver el presente contrato de seguro, mediante comunicación escrita que cursará con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación a su contraparte aquel que invoque la resolución.

2.10.1 El contrato de seguro quedará resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza, cuando se haya incurrido o se produzca alguno de los siguientes supuestos que expresamente son convenidos por las partes como causal de resolución del contrato de seguro:

- a) Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.
- b) Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- c) Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada por escrito oportunamente por el Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- d) Por ocultamiento intencional por parte del Contratante y/o Asegurado de información necesaria para la evaluación y valorización de los daños, así como de las causas y consecuencias del siniestro. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- e) El Contratante no acepte la propuesta formulada por La Positiva de ajuste de primas y/o cobertura al haber descubierto ésta antes de ocurrido el siniestro, la reticencia y/o declaración inexacta no dolosa por parte Contratante y/o Asegurado sobre circunstancias que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones de haber sido conocidas por La Positiva. Constatada la reticencia y/o declaración inexacta, que no obedezcan a dolo ni a culpa inexcusable, La Positiva remitirá en el plazo de 30 días computados desde la referida constatación, comunicación al Contratante, ofreciéndole la revisión del contrato de seguro, (ajuste de primas y/o coberturas). El Contratante tiene un plazo de 10 días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de la revisión realizada.

A falta de aceptación de la revisión, La Positiva puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de 30 días computados desde el vencimiento del plazo de 10 días fijado en el párrafo anterior.

En el supuesto de resolución señalado en el presente inciso e) el Contratante está obligado a pagar la prima devengada hasta el momento en que se efectuó la resolución calculada a prorrata.

- 2.10.2 En los casos en que la cobertura del seguro se encuentre suspendida por incumplimiento en el pago de las primas por parte del Contratante, La Positiva puede optar por la resolución de contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. El contrato de seguro se considera resuelto transcurridos treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante recibe una comunicación escrita de La Positiva informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produce por incumplimiento en el pago de la prima, La Positiva tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- 2.10.3 En caso el Contratante y/o Asegurado, o quién actúe en su representación, con su conocimiento, obstaculice el ejercicio de los derechos de investigación de La Positiva, no permitiendo el acceso a información, documentación o evaluación médica necesaria; el contrato de seguro podrá ser resuelto de pleno derecho por La Positiva, debiendo para ello comunicar por escrito y previamente al Contratante el ejercicio de la presente cláusula resolutoria, de conformidad con lo establecido en el Código Civil. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.
- 2.10.4 El contrato de seguro podrá ser resuelto sin expresión de causa, únicamente por el Contratante, debiendo este comunicar tal decisión a La Positiva con una antelación no menor a treinta (30) días calendario. La comunicación podrá realizarse a través de los mismos medios en que se llevó a cabo la contratación. Si el Contratante opta por la resolución del contrato, La Positiva tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido

En los supuestos en que corresponda a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso por parte de La Positiva, esta será cancelada al Contratante dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de resolución.

2.11 Causas de nulidad del contrato de seguro

- a) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que hubiesen impedido la celebración del contrato de seguro o modificado sus condiciones si La Positiva hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, siempre que medie dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. En este supuesto, La Positiva tendrá derecho a retener el íntegro de la prima del primer año de duración del contrato a título indemnizatorio. La Positiva dispone de un plazo de 30 días para invocar la nulidad, plazo que debe computarse desde que conoce la reticencia o declaración inexacta
- b) Si hubo intención manifiesta del Asegurado o el Contratante al momento de la contratación, de enriquecerse a costa del presente contrato de seguro.
- c) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- d) Cuando al tiempo de la celebración del contrato se habría producido el siniestro o habría desaparecido la posibilidad que se produzca.

- 2.11.1 En cualquiera de los casos previstos en presente numeral, el Asegurado no gozará de cobertura bajo la presente póliza y en consecuencia, no podrá reclamar cualquier beneficio, cobertura, gasto y/o indemnización relacionada con la misma.

- 2.11.2 Si el Asegurado hubiera cobrado cualquier suma correspondiente a un siniestro cubierto bajo la presente póliza, y luego se revelara que ésta es nula conforme a lo dispuesto en el marco legal que regula el contrato de seguros, el Asegurado quedará automáticamente obligado a devolver a La Positiva toda suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos que pudieran corresponder.
- 2.11.3 En los supuestos comprendidos en los numerales 2.11 b) c) y d) La Positiva procederá a la devolución de la prima, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de nulidad del contrato.
- 2.12 Caso de reclamo fraudulento
El **Asegurado** pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.
- 2.13 Hospitalizaciones sucesivas
La hospitalización de una persona Asegurada que comience mientras esta póliza esté en vigor con respecto a esa persona Asegurada, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este plan y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha hospitalización anterior.
Se considera que esta hospitalización ha ocurrido durante el mismo período de enfermedad, o ha sido resultado de la misma lesión para el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo esta póliza.
Hospitalizaciones separadas por un período de doce(12) meses o más no serán consideradas como resultado de la misma lesión para el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y máximo beneficio pagadero bajo esta póliza
- 2.14 Limite geográfico
El Seguro provisto bajo esta póliza es efectivo en cualquier lugar del mundo.
- 2.15 Otros seguros bajo este plan
Una persona Asegurada no puede estar cubierta bajo más de una póliza del plan de Renta Diaria por Hospitalización correspondiente a La Positiva. En caso de que una persona Asegurada esté cubierta bajo más de una póliza de dicho plan, La Positiva considerará a esa persona Asegurada bajo la póliza que provea la mayor cantidad de beneficio. Si el beneficio es idéntico en cada póliza, La Positiva considerará que esta persona está asegurada bajo la póliza que haya sido emitida primero. La Positiva devolverá cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por duplicado.
- 2.16 Renovación del seguro
- 2.16.1 La renovación del contrato de seguro es automática, y bajo las mismas condiciones en que fue emitida para el periodo anterior.
- 2.16.2 El contrato de seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior. Cuando **La Positiva** considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al **Contratante** detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El **Contratante** tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por **La Positiva**. En este último caso, **La Positiva** debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.
- 2.17 Término de la Cobertura
El seguro con respecto a cualquier **Asegurado** terminará inmediatamente al suceder el primero de estos hechos:

- a) La cancelación de la Tarjeta CMR Falabella del Asegurado a la cual es cargada la prima de esta Póliza.
- b) El fallecimiento del **Asegurado**.

Para cualquiera de las personas Aseguradas la cobertura bajo este contrato, terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Muerte de la persona Asegurada (familiar elegible)
- En la fecha en que la persona Asegurada cese de ser miembro familiar elegible.
- Para el titular y cónyuge en la fecha que cumpla sesenta y nueve (69) años y 365 días de edad.
- Con respecto a un(a) hijo(a) dependiendo(a), la fecha en que cumpla diecinueve(19) años y 365 días de edad, o los 23 si se encuentra estudiando, o la fecha aniversario siguiente a su matrimonio o si de otra manera cesa de ser dependiente del cliente Asegurado.
- Por renuncia escrita a seguir asegurado.
- Pago del beneficio o indemnización en los términos previstos en la presente póliza

2.18 Gastos de Contratación

Todos los gastos de contratación derivados del presente contrato de seguro serán de cargo del **Asegurado**.

2.19 Solución de Controversias

Las partes podrán recurrir a la vía judicial para la solución de las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato.

Sin perjuicio de lo señalado, ocurrido el siniestro y de superarse los límites económicos previstos por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP, las partes podrán pactar someter a Arbitraje de Derecho toda discrepancia, controversia, reclamación o litigio entre La Positiva y el Contratante y/o Asegurado y/o sus Cesionarios y/o los Beneficiarios de esta Póliza, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la interpretación, cumplimiento de los acuerdos y pactos contenidos en éste contrato, terminación e invalidez del contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de La Positiva, o por cualquier otra causa.

El Tribunal Arbitral estará conformado por tres (3) árbitros los que deberán ser abogados con no menos de tres (3) 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.

Si las partes no se pusieran de acuerdo en un plazo de treinta (30) días, cualquiera de ellas podrá solicitar su designación a la Cámara de Comercio de Lima, la cual para el indicado propósito presentará una terna de tres (3) abogados especialistas en la materia. Cada una de las partes podrá observar, sin expresión de causa, a uno de los miembros propuestos, nombrando la citada entidad al tercer Árbitro y Presidente entre quienes no hubieran merecido observación alguna.

Dentro de los treinta (30) días posteriores a la constitución del Tribunal, las partes de común acuerdo deberán establecer las reglas a las que sujetará el proceso. De no ponerse de acuerdo en el indicado plazo cada una de las partes presentará su propuesta por escrito al Tribunal dentro de los cinco (5) días del vencimiento del indicado término el que en un plazo no mayor de quince (15) días determinará en forma definitiva las reglas a las que se sujetará el proceso correspondiente.

Queda expresamente convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el proceso 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.

El Laudo Arbitral podrá ser revisado por el Poder Judicial con arreglo a lo dispuesto en la legislación vigente.

2.20 Defensoría del Asegurado

El **Contratante, Asegurado** y/o beneficiario expresamente identificado en la póliza, tienen 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.

2.21 Domicilio

Para los efectos del presente contrato, **La Positiva** y el **Contratante y/o Asegurado** 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 y/o **Asegurado** cambiara de domicilio, deberá comunicar tal hecho a **La Positiva** por escrito. Todo cambio de domicilio que se verificare sin cumplir este requisito, carecerá de valor y efecto para este contrato de seguro.

2.22 Prescripción liberatoria

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

2.23 Período de inscripción para dependientes

Los titulares podrán inscribir a sus dependientes bajo los términos de la presente póliza, en la fecha en que el titular se inscribe.

2.24 Tratamiento de datos personales.

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el **Asegurado** queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de **La Positiva**, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Positiva utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, **La Positiva** utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El **Asegurado** reconoce y acepta que **La Positiva** podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el **Asegurado** son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Asegurado decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte **La Positiva**.

Conforme a ley, el **Asegurado** está facultado a ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

2.25 Criterios y procedimientos para la actualización de la prima.

Al finalizar el período anual de contratación del seguro, las primas serán reajustadas:

- Como mínimo en función al índice de inflación señalado en el grupo N° 5 de Cuidado y Conservación de la Salud para Lima Metropolitana que publica el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, para el período materia de evaluación y
- Adicionalmente cuando el Índice de Siniestralidad sea mayor al 63%. En este caso la nueva prima comercial será calculada según la siguiente fórmula:

$$\text{Nueva Prima Comercial} = (\text{Recargo en las primas})(\text{Prima Comercial})$$
$$\text{Recargo en las primas} = (\text{Índice de Siniestralidad obtenido} / 63\%)$$

Donde:

- **Índice de Siniestralidad** = Cociente que resulta de dividir el total de siniestros entre el total de la prima comercial del período anual inmediato anterior a la fecha de evaluación.
- **Total de siniestros** = Corresponden a los siniestros pagados, los pendientes por pagar, los que se encuentren en proceso de facturación por parte de las establecimientos de salud.
- **Total de la prima** = Corresponde al total de la prima comercial (sin incluir IGV).

2.26 Tratamiento de Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La cobertura de preexistencias en los seguros de salud no se restringe a una sola empresa de seguros, sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano.

En tal sentido, se encuentran cubiertas bajo la presente póliza, toda aquella condición preexistente que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente

El asegurado y/o beneficiario podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema asegurador peruano, aplicándose lo señalado en el párrafo precedente

2.27 Asegurabilidad

2.27.1 Constituye requisito de Asegurabilidad:

- Ser cliente afiliado a la tarjeta CMR Falabella, condición que deberá mantener durante la vigencia del seguro.
- El titular y cónyuge: ingreso entre los dieciocho (18) hasta los sesenta y cinco (65) años pudiendo permanecer hasta los sesenta y nueve (69) años de edad.
- Hijos: ingreso desde los catorce (14) años, pudiendo permanecer hasta los diecinueve (19) años y 364 días de edad o hasta los veintitrés (23) si se encuentra estudiando o hasta la fecha de aniversario siguiente a su matrimonio.

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

CAPÍTULO III
COBERTURA DEL SEGURO

3. Cobertura

Pago Diario por Hospitalización por Accidente y/o Enfermedad

La Positiva pagará al Asegurado la suma indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización consecutivas o fracción de día sin interrupción en un establecimiento de salud a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza. Dicha hospitalización debe encontrarse debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia e independiente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

CAPÍTULO IV
EXCLUSIONES DEL SEGURO

Bajo la presente póliza no se pagará ninguna cobertura ni beneficio en las siguientes circunstancias y/o por las siguientes causales de exclusión:

- 4.1. Guerra invasión, actos cometidos por un enemigo extranjero, terrorismo, hostilidades (ya sea que la guerra haya sido declarada o no.) guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, o poder militar, o usurpad, o las que ocurran como consecuencia directa o indirecta de la prestación del servicio militar en cualquiera de las Fuerzas Armadas nacionales o extranjeras, en tiempo de paz o de guerra.
- 4.2. Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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.
- 4.5. Hospitalización del Asegurado si éste es un residente fuera de Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.
- 4.6. Cura de reposo
- 4.7. Exámenes de rutina
- 4.8. Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- 4.9. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- 4.10. Condiciones preexistentes y sus secuelas. No se considera condición preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente
- 4.11. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- 4.12. VIH / SIDA.
- 4.13. Intento de suicidio o lesiones intencionalmente infligidas a sí mismo por el Asegurado, esté o no en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos
- 4.14. Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

CAPÍTULO V
PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO

5.1. Procedimiento para presentar la solicitud de cobertura

5.1.1 Informar a La Positiva al acaecimiento del siniestro dentro de los 60 (sesenta) días calendario siguientes a la fecha en que ocurrió o conoció la hospitalización que origine una indemnización cubierta por este seguro, llamando al teléfono 211-0211 o desde provincia al teléfono 0801-1-0800 ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional y confirmarlo cuanto antes por escrito.

5.1.2 Una vez que La Positiva haya recibido dicho aviso el Asegurado deberá formalizar la solicitud de cobertura en La Positiva utilizando el formulario que para este fin ha confeccionado junto con el Diagnóstico Médico.

5.1.3 Suministrar toda aquella información y pruebas documentales que La Positiva le requiera, siempre y cuando guarden consistencia y proporcionalidad con la indemnización reclamada. Se deberá adjuntar a la solicitud de seguro lo siguiente:

- a) Original del Certificado médico en el que debe indicar el requerimiento de hospitalización
- b) Comprobante de pago original emitido por el Establecimiento de Salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de hospitalización.
- c) Copia de la historia clínica del Asegurado.

En el caso de fallecimiento del Asegurado, los herederos legales deberán presentar los mismos documentos anteriores más el certificado de defunción correspondiente.

La Positiva podrá solicitar todos los documentos adicionales que considere necesario para la evaluación y liquidación del siniestro, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que los mismos guarden relación con el siniestro.

5.2 Investigación y revisión de siniestros

La indemnización proveniente de esta cobertura es independiente y en adición de cualquier beneficio que el Asegurado tenga derecho a exigir de alguna institución de salud pública o privada, sistema de bienestar u otro cualquiera sea su origen o naturaleza.

La Positiva, 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, La Positiva queda liberada de la obligación de atender el siniestro, debiendo el Asegurado y/o Beneficiarios 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 la información y documentación recibida. Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con su enfermedad fuera simulada o fraudulenta, el Asegurado perderá todo derecho a indemnización; sin perjuicio del derecho que le asiste a La Positiva, de iniciar contra los responsables las acciones legales correspondientes en salvaguarda de sus intereses.

5.3 Pago de Indemnización

5.3.1 La positiva indemnizará al Asegurado o a sus causahabientes si éste hubiese fallecido antes del pago, según las condiciones generales y particulares de la póliza, el monto establecido como Renta básica Diaria para cada día hospitalización.

5.3.2 Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado y/o Beneficiario la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, La Positiva deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del mismo; de no pronunciarse en

dicho plazo se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, debiendo atenderse dentro del plazo de los 30 días siguientes de dicho consentimiento

- 5.3.3 La Positiva no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro.
- 5.3.4 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 por persona y/o Beneficio Máximo de por Vida; el Asegurado y o el Beneficiario devolverá a La Positiva el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar

Código de Registro SBS

AE0416420013

Marzo 2015

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.