

PÓLIZA DE SEGURO FALABELLA MULTIRIESGO

CONTENIDO

CAPÍTULO I	3
CONDICIONES GENERALES	3
1. Bases del contrato.	3
1.1. Contratantes.	3
1.2. Pago de la prima.	3
1.3. Aceptación y conformidad a las condiciones.	3
1.4. Importancia de la veracidad de las declaraciones del Asegurado.	4
1.5. Firmas autorizadas.	4
1.6. Nombramiento de un Corredor de Seguros.	4
1.7. Avisos y comunicaciones.	4
1.8. Resolución del contrato de seguros.	4
1.9. Causas de nulidad del contrato de seguros.	4
1.10. Caso de reclamo fraudulento.	5
1.11. Otros seguros.	5
1.12. Vigencia del seguro.	5
1.13. Gastos.	5
1.14. Arbitraje.	5
1.15. Defensoría del Asegurado.	6
1.16. Fuero jurisdiccional y determinación de la competencia.	6
1.17. Domicilio.	6
1.18. Jurisdicción territorial.	6
1.19. Prescripción liberatoria.	6
CAPÍTULO II	7
DEFINICIONES	7
2. Definiciones.	7
CAPÍTULO III	11
ASEGURADOS, TITULAR DE LA TARJETA, INICIO DE LA COBERTURA Y TERMINO DE LA COBERTURA	11

3. Asegurados.	11
CAPÍTULO IV	12
COBERTURAS Y LÍMITES	12
4. Coberturas.	12
CAPÍTULO V	13
EXCLUSIONES	13
5. Condiciones, circunstancias y/o causas excluidas y no cubiertas.	13
CAPÍTULO VI	14
OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA INDEMNIZACIÓN	14
6. Obligaciones.	14
7. Procedimientos.	14
CAPÍTULO VII	15
DISPOSICIONES FINALES	15
8. Disposiciones.	15

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**.

1.2.4. De ser el caso, **La Positiva** podrá 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.

1.3. 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 naturales siguientes a la fecha en que la póliza hubiera sido entregada al **Asegurado** o corredor de seguros que lo represente y de la cual tomó conocimiento efectivo. Transcurrido ese dicho plazo sin que mediara observación del **Asegurado** o su corredor de seguros, o instrucción de resolución, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida. Sin embargo, transcurrido dicho plazo, siempre le asiste al **Asegurado** el derecho de solicitar por escrito la resolución del contrato.

1.3.2. La solicitud de rectificación propuesta por el **Asegurado** 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 naturales de haber recibido la misma, se entenderán por rechazadas dichas rectificaciones y, por ende, no perfeccionado el contrato de seguro. Al **Asegurado** siempre le asiste la posibilidad de resolver el contrato, en caso no se encuentre conforme con la decisión de **La Positiva**.

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

1.3.4. El **Asegurado** perderá en beneficio de **La Positiva** toda prima pagada en exceso a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus declaraciones, salvo en 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, en cuanto pudieran influir en la voluntad de **La Positiva** para la determinación 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 el Certificado de Seguro, prevalecerán estas últimas.

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 devolver un ejemplar 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 formulados 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 el marco legal vigente.

1.7.3. De igual forma todas las comunicaciones cursadas por el **Asegurado** a la empresa del sistema financiero por aspectos relacionados con el contrato de seguro, tiene el mismo efecto que si se hubieren dirigido a **La Positiva**.

1.8. Resolución del contrato de seguros.

1.8.1. **Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, tanto La Positiva como el Asegurado podrán dejarla sin efecto, sin expresión de causa. En ambos casos se deberá cursar una comunicación por escrito con una anticipación no menor de quince (15) días naturales. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza.**

1.9. Causas de nulidad del contrato de seguros.

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

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

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

1.9.3. **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.**

1.10. Caso de reclamo fraudulento.

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

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

1.11. Otros seguros.

Con excepción de lo explicado en el Artículo 8.1.4. , cuando ocurra un siniestro, que implique otorgar una indemnización conforme a los términos y condiciones de la presente póliza y exista otro u otros seguros con las mismas coberturas, independientemente de haber sido contratados por el **Asegurado** o por terceros, **La Positiva** estará igual obligada a pagar la indemnización que corresponda por esta póliza.

1.12. Vigencia del seguro.

La vigencia de la póliza es anual, renovable automáticamente, mientras se cumplan las condiciones de asegurabilidad, se mantenga al día el pago de las respectivas primas y el **Asegurado** no manifieste su deseo de ponerle término.

1.13. Gastos.

Todos los gastos de este contrato, los derechos de póliza u otros por establecer por mandato de Ley, en relación a la administración del seguro, tanto en el caso de primas correspondientes a la póliza como al caso de indemnización por siniestro, serán a cargo del **Asegurado**.

1.14. Arbitraje.

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, podrá ser resuelto 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.

1.15. 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.

1.16. 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, si el **Asegurado** optase por no someterse al procedimiento arbitral establecido en el Art. 1.14 de estas Condiciones Generales, las partes deberán someterse a la competencia de los jueces y tribunales de la República del Perú según las reglas de competencia territorial establecidas en el Código Procesal Civil.

1.17. 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.

1.18. Jurisdicción territorial.

Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza rigen únicamente para el territorio del Perú.

1.19. Prescripción liberatoria.

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

CAPÍTULO II

DEFINICIONES

2. Definiciones.

2.1. Accidente.

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.

Los beneficios correspondientes a las coberturas de Diagnóstico oncológico y Renta diaria por hospitalización por accidente, serán pagados al **Asegurado**. En el caso de fallecimiento por accidente del **Asegurado**, los beneficiarios serán los designados por él y que figuran en el Certificado de Seguro. En caso de no haberse señalado beneficiarios, se pagará al cónyuge sobreviviente y a falta de este a los herederos legales.

Si fueron dos o más los beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en la solicitud y en consecuencia en la póliza, el importe del Seguro se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuere el vínculo que ligare a los beneficiarios con el **Asegurado**. En cualquier momento durante la vigencia de la póliza, el **Asegurado** podrá designar nuevos beneficiarios mediante un endoso.

2.4. Cáncer.

Para los propósitos de esta Póliza, el “Cáncer” se define como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraído y comenzado luego de la fecha de vigencia de la póliza. Incluye: leucemia, enfermedad Hodgkins y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros. **Excluye: carcinomas no-invasivos en situ; tumores no-invasivos que sólo exhiben cambios malignos recientes; tumores por la presencia del virus de auto-inmunodeficiencia humano (SIDA); Sarcoma de Kaposi y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier Cáncer de la piel que no fuera melanoma maligno.**

2.5. 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.

2.6. 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. Las cláusulas adicionales también forman parte de las Condiciones Particulares y contienen amparos adicionales u otros términos que condicionan el riesgo individualizado.

2.7. Condición pre existente.

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

2.8. 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 modificaciones a la póliza. Asimismo es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que necesita. Para los efectos de esta póliza es la entidad que entrega las tarjetas de débito y/o crédito a los clientes Asegurados, las cuales pueden inclusive ser utilizadas en cajeros automáticos.

2.9. Deducible.

Se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del **Asegurado**. Esta póliza no tiene deducible.

2.10. 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 considere estén en mal estado de salud.

2.11. Diagnóstico clínico.

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

2.12. Diagnóstico anátomo patológico positivo.

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

2.13. 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.

2.14. Establecimiento de Salud.

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

2.15. Fecha de inicio del seguro.

Significa el día, mes y año en el cual esta cobertura de seguro comienza para cada **Asegurado** bajo esta póliza, de acuerdo a lo que se indica en el Certificado de Seguros. La cobertura bajo esta póliza comenzará a las 12:01 horas de la fecha especificada.

2.16. Fecha de aniversario.

Se refiere al aniversario de la fecha de vigencia del seguro según se encuentra descrito en esta Póliza.

2.17. Hospitalización.

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

2.18. Informe histopatológico.

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

2.19. Interés asegurable.

Es el objeto, materia o responsabilidad por la cual el **Asegurado** contrata un seguro, a fin de transferir el riesgo a **La Positiva** contra el pago de una prima.

2.20. Médico.

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

2.21. Paciente interno.

Persona cuyo ingreso a un establecimiento de salud se realiza por recomendación de un médico debidamente autorizado quien lo justifica con la finalidad de prestarle atención médica en relación a un accidente cubierto por esta póliza y de este modo indicarle el tratamiento indicado bien sea quirúrgico o no.

2.22. Período de carencia.

Período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de inicio de vigencia de la póliza y aquella en que

entra en vigor la cobertura.

2.23. Póliza.

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

2.24. Prima.

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

2.25. Renta diaria.

Corresponde a la indemnización pagadera por cada 24 horas de hospitalización del **Asegurado** a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en el Certificado de Seguros.

2.26. Síndrome de inmuno deficiencia adquirida (VHI / SIDA).

Se denomina a la infección, en su etapa activa, del virus VIH que destruye al sistema inmunológico natural del organismo, causando infecciones graves por agentes que normalmente son controlados.

2.27. Solicitud de Seguro.

Documento en el cual el **Asegurado** solicita la cobertura del seguro.

2.28. Suma asegurada.

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor de indemnización que **La Positiva** pagará en caso de siniestro cubierto por esta póliza.

2.29. Tejido.

Se denomina al conjunto de células similares y especializadas que unidas realizan una función determinada.

2.30. Terrorismo.

Para los 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 a cualquier segmento de la misma.

CAPÍTULO III

ASEGURADOS, TITULAR DE LA TARJETA, INICIO DE LA COBERTURA Y TERMINO DE LA COBERTURA

3. Asegurados.

3.1. Titular y dependientes.

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

1. El titular que esté inscrito bajo los términos y condiciones de esta póliza.
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, Titular de la tarjeta de crédito CMR, que celebra el presente contrato para sí y/o terceras personas, comprometiéndose a efectuar el pago de las primas, siempre y cuando sea mayor de dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) años de edad cumplidos al solicitar su inscripción, con permanencia hasta los setenta (70) años de edad cumplidos.

3.3. Dependiente que puede estar asegurado.

El término dependiente, como se emplea en esta póliza, se refiere al cónyuge o concubina(o) del titular que no haya cumplido los sesenta y cinco (65) años de edad establecidos para su inscripción, con permanencia hasta los setenta (70) años de edad cumplidos.

Asimismo a los hijos mayores de tres (03) años de edad, y menores de veintinueve (29) años cumplidos. La cobertura bajo esta póliza continuará mientras persistan estas condiciones, siempre y cuando esta póliza se mantenga vigente.

3.4. Periodo de inscripción para dependientes

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

3.5. Inicio de la Cobertura.

La cobertura del seguro se inicia en el momento que el **Asegurado** firma la solicitud del seguro y recibe la tarjeta por parte del Contratante en su calidad de emisor de dicha tarjeta. Tratándose de clientes con tarjeta, el seguro se inicia desde el momento de la firma de la solicitud del seguro.

3.6. Término de la Cobertura.

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

- a) La fecha de aniversario de la póliza.
- b) El fallecimiento del **Asegurado**.
- c) La cancelación de la tarjeta CMR a la cual es cargada la prima de este certificado.
- d) Si el **Asegurado** recibe un diagnóstico patológico positivo de cáncer.
- e) Falta de pago de la prima mensual, lo que no absuelve al **Asegurado** de la obligación de cancelar la deuda por el período transcurrido, a Financiera CMR.
- f) Por renuncia escrita a seguir asegurado.
- g) 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.
- h) Al cumplir el Titular o el Dependiente el límite máximo de edad para estar asegurado.

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

CAPÍTULO IV

COBERTURAS Y LÍMITES

4. Coberturas.

Se amparan los perjuicios que sufran los Asegurados derivados de los siguientes riesgos amparados:

4.1. Diagnóstico oncológico.

Con sujeción a las Condiciones Generales de la presente póliza y de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares, sus endosos y/o cláusulas adheridas a ella y hasta por los límites expresamente contratados, **La Positiva** pagará al Asegurado los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, en caso el Asegurado reciba por primera vez un Diagnóstico Anatómico Patológico positivo de Cáncer, durante la vigencia de esta póliza y según se define en la misma. El diagnóstico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un informe histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. 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.

4.2. Renta diaria por hospitalización por accidente.

La Positiva pagará el 100% del monto contratado por cada día superior a 24 horas de hospitalización del Asegurado en un establecimiento de salud, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, haya sido necesaria su hospitalización debidamente certificada por un médico, hasta un máximo de 365 días por año, sin considerar convalecencia, independiente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado. La cobertura es de libre disponibilidad para el Asegurado quién puede darle el destino que estime conveniente. La presente póliza ampara al Asegurado las 24 horas del día y en cualquier lugar del mundo.

4.3. Muerte accidental.

La Positiva pagará el beneficio correspondiente, cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. El pago se realizará según se indica en esta póliza.

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:

- a) Guerra civil o internacional, declarada o no. Radiación nuclear.
- b) Participación en riñas, alteraciones del orden público, motines, huelgas, tumultos o disturbios de toda clase.
- c) Práctica de deportes notoriamente peligrosos: buceo, alpinismo, escalamiento de montañas, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras que no sean a pie.
- d) Accidentes ocurridos en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas y siempre que guarden relación causal con el accidente.
- e) Movimientos sísmicos, cualquiera sea su grado o fuerza.
- f) Intento de suicidio o lesiones intencionalmente infligidas a si mismo por el Asegurado, esté o no en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- g) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- h) Hospitalización del Asegurado si éste es un residente fuera de Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.
- i) Exámenes médicos de rutina.
- j) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- k) 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 vigencia de la póliza.
- l) Curas de Reposo.
- m) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
- n) Tratamientos para la obesidad mórbida o reducción de peso.

Adicionalmente para la cobertura de Diagnóstico oncológico, este seguro no cubre:

- a) Condiciones pre existentes.
- b) Se excluye toda enfermedad si al momento del diagnóstico clínico el Asegurado tuvo o tiene SIDA o VIH o haya obtenido un resultado positivo a la prueba del VIH. Las infecciones oportunistas incluyen pero

no se limitan a la neumonía provocada por pneumocystis carinii, organismo al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en la presencia de SIDA.

- c) **Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.**

CAPÍTULO VI

OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA INDEMNIZACIÓN

6. Obligaciones.

6.1. Aviso del siniestro.

En caso de accidente el **Asegurado** o beneficiario estarán obligados a denunciar inmediatamente el hecho en la comisaría más cercana y solicitar copia del parte policial respectivo.

En cualquier caso deberán además dar aviso del hecho a **La Positiva** en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario desde que ocurrido o lo conoció, llamando a los teléfonos indicados en las Condiciones Particulares o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional y confirmarlo cuanto antes por escrito. La omisión o el retardo sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

7. Procedimientos.

7.1. Documentos necesarios para la entrega del beneficio.

El **Asegurado** deberá entregar a **La Positiva** los siguientes documentos:

- a) Copia del DNI.
- b) En el caso de Diagnóstico oncológico: Diagnóstico Anátomo Patológico Positivo (original), extendido por un médico legalmente calificado para emitir dicho informe.
- c) En el caso de Renta diaria por hospitalización por accidente: Factura del establecimiento de salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de dicha hospitalización y Certificado médico con diagnóstico, solicitando la hospitalización. En el caso de fallecimiento del **Asegurado**, los beneficiarios deberán presentar los mismos documentos más el certificado de defunción correspondiente.
- d) En el caso de Muerte accidental: Certificado de defunción, Partida de defunción y Certificado de Necropsia.
- e) Copia del DNI o partidas de nacimiento, de ser el caso, del o de los beneficiarios.

La Positiva se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento necesario para la evaluación del siniestro.

7.2. Investigación y revisión de reclamos.

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** 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** fuera simulada o fraudulenta, perderá el **Asegurado** todo derecho a indemnización, sin perjuicio que inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

7.3. Forma y oportunidad de pago para la cobertura de Diagnóstico Oncológico.

La Positiva pagará los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza, de acuerdo con las condiciones, procedimientos y limitaciones siguientes:

Si al **Asegurado** le es diagnosticado Cáncer, de acuerdo a las definiciones y condiciones establecidas en esta Póliza, el pago quedará sujeto a las siguientes condiciones:

- f) Que la causal que origina el pago del beneficio, sea Cáncer, de acuerdo a las definiciones y condiciones establecidas en esta Póliza y no constituya condición médica preexistente.
- g) Se haya satisfecho un período de carencia de 3 meses establecido para estas coberturas desde el inicio de vigencia como **Asegurado**.
- h) El **Asegurado** sobreviva un mes al diagnóstico de la enfermedad.

En caso que el **Asegurado** experimente un Cáncer dentro del período de carencia establecido o fallezca antes de cumplir un mes desde el diagnóstico de la enfermedad, **La Positiva** se limitará a devolver todas las primas pagadas, por dicho **Asegurado**, bajo esta póliza hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares y el **Asegurado** liberará a **La Positiva** de cualquier otro pago o beneficio.

El diagnóstico efectuado dentro del primer año de vigencia de la póliza y después que haya transcurrido el período de carencia establecido y sobreviviendo al mes posterior al diagnóstico, dará origen al pago de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares.

El pago de los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza se efectuará de manera única, total y definitiva en una sola ocasión.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES FINALES

8. Disposiciones.

8.1. Para la cobertura de renta diaria por hospitalización por accidente.

- 8.1.1. **Atención y cuidado médico diario.** Renta diaria no se abonará si el **Asegurado** no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- 8.1.2. **Periodo de indemnización.** La Renta diaria se hará efectiva desde la fecha de ingreso en el establecimiento de salud por un período que no exceda de los 365 días para todos los períodos de hospitalización a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.
- 8.1.3. **Hospitalizaciones sucesivas.** La hospitalización de un **Asegurado** que comience mientras esta póliza esté en vigor con respecto a ese **Asegurado**, 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 considerará que esta hospitalización ha ocurrido durante el mismo período de la misma lesión para el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo esta póliza. Las 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.

- 8.1.4. **Otros seguros bajo este plan.** Un **Asegurado** no puede estar cubierto bajo más de una póliza del plan de Renta diaria por hospitalización por accidente correspondiente a la institución de la cual es afiliado. En caso de que un **Asegurado** esté cubierto bajo más de una póliza de dicho plan, **La Positiva** considerará a ese **Asegurado** bajo la póliza que provea la mayor cantidad de beneficios. 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.

8.2. Moneda.

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

8.3. Primas.

Las primas que abonará el **Asegurado** por los beneficios de esta póliza se indican en el sumario de esta póliza.

8.4. Reajuste de primas.

Esta póliza está sujeta a revisión semestral sobre su comportamiento respecto a la siniestralidad, pudiendo **La Positiva** de común acuerdo con el **Contratante** reajustar las primas, o modificar las condiciones de cobertura de la póliza. Efectuadas estas modificaciones, el **Asegurado** será informado a fin de que manifieste su conformidad dentro del plazo de diez (10) días naturales contados desde la fecha de la comunicación. De no existir observaciones en ese período la cobertura se mantendrá vigente en los nuevos términos.

Multiriesgo.
May.07