

## **PÓLIZA DE SEGURO ONCOLÓGICO Y DE ENFERMEDADES GRAVES INDEMNIZATORIO**

### ÍNDICE

<b>CAPITULO I</b> DEFINICIONES	<b>2</b>
<b>CAPITULO II</b> BASES DEL CONTRATO	<b>5</b>
<b>CAPITULO III</b> COBERTURA DEL SEGURO	<b>14</b>
<b>CAPITULO IV</b> EXCLUSIONES DEL SEGURO	<b>15</b>
<b>CAPITULO V</b> PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO	<b>16</b>

## **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. Accidente cerebro vascular  
Es el síncope que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, ocasionando secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y/o son de naturaleza permanente. Esto incluye al infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe de ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.
- 1.3. Asegurado  
Es la persona mayor de dieciocho (18) años y menor de setenta (70) años, que al momento de solicitar su inscripción, está expuesta al riesgo asegurado, pudiendo permanecer hasta los 75 años de edad cumplidos
- 1.4. Ataque Cardíaco o infarto al miocardio  
La muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:  
Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.  
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.  
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.  
- Estudio radistópico del músculo cardíaco.
- 1.5. Beneficiario  
Persona designada en la póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.
- 1.6. 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, diagnosticado 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 in situ; tumores no-invasivos que sólo exhiben cambios malignos recientes; tumores por la presencia del virus de auto-inmunodeficiencia humano (SIDA); Kaposi's Sarcoma y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de la piel que no fuera melanoma maligno.
- 1.7. 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.
- 1.8. 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.

1.9. 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.

1.10. 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/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.

1.11. 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.

1.12. 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.

1.13. Diálisis

Se denomina al proceso médico para eliminar del cuerpo humano productos de desecho y agua retenida en exceso.

1.14. 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.

1.15. Diagnóstico Patológico Positivo

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

1.16. 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.

1.17. 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.

- 1.18. Enfermedad de las Coronarias  
Disminución del calibre o luz de la arteria coronaria y en consecuencia la disminución del aporte sanguíneo al tejido cardíaco.
- 1.19. Evidencia Documentada  
Se refiere a los resultados por escrito de las pruebas realizadas, incluyendo las interpretaciones que realice el médico (originales o copias legalizadas).
- 1.20. Fecha de aniversario  
Se refiere al aniversario de la fecha de vigencia del seguro según se encuentra descrito en esta Póliza.
- 1.21. 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.
- 1.22. 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.
- 1.23. Insuficiencia renal crónica  
Es la disminución anormal y permanente de la función de filtrado renal con retención de productos nitrogenados de desecho y alteración de las funciones metabólicas y endocrinas de ambos riñones, ya sea en forma aguda o crónica y que al no responder al tratamiento médico ordinario y regular, se hace indispensable realizar una diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal.
- 1.24. Informe Histopatológico  
Se refiere a la documentación de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Histopatológico bajo los términos de este beneficio, el informe que documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.
- 1.25. 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, óptometras 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.
- 1.26. Médula ósea  
Es el tejido que se encuentra dentro de las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.
- 1.27. Parálisis  
La pérdida completa y permanente de la función motora, de una o más extremidades a causa de una enfermedad o accidente.

- 1.28. 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. En la presente póliza, no se activará ninguna cobertura durante el periodo de carencia.
- 1.29. 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..
- 1.30. Prima  
Es la contraprestación establecida por La Positiva por la cobertura otorgada.
- 1.31. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VHI / 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.
- 1.32. 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.
- 1.33. 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.
- 1.34. Siniestro  
Es la manifestación concreta del riesgo asegurado relacionado con las coberturas, beneficios o servicios otorgados por la presente póliza.

## **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 4º 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

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 La prima especificada en las Condiciones Particulares será cargada en forma mensual en la **su tarjeta de crédito Mastercard, cuenta de ahorros o cuenta corriente** de la Tarjeta del Asegurado y se pagará en la misma fecha de cada mes.

2.3.3 **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 periodo corrido en el contrato. Durante el periodo 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.**

2.3.4. **Producida la suspensión de la cobertura, La Positiva no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo 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.**

2.3.5 **Si La Positiva no reclama el pago de la prima adeudada por el Contratante transcurridos los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, de la cuota vencida con mayor antigüedad, el contrato de seguro queda extinguido de pleno derecho.**

2.3.6 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.

2.3.7. **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, con constancia de recepción en el domicilio o correo electrónico señalado en la póliza, o alternativamente por otro 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 Pluralidad de seguros

El **Asegurado** queda obligado a declarar a **La Positiva** los seguros vigentes o que contrate en el futuro sobre los riesgos cubiertos por esta póliza.

2.14 Renovación del seguro

2.14.1 La renovación del contrato de seguro es automática, y bajo las mismas condiciones en que fue emitida para el periodo anterior, siempre que expresamente las Condiciones Particulares de la póliza así lo contemplen

2.14.2 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.

2.15 Término de la Cobertura

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

- Cuando el Asegurado deja de ser un dependiente, la cobertura termina en la fecha de aniversario de la póliza.
- El fallecimiento del **Asegurado**.
- Con respecto al **Asegurado** o Cónyuge, al cumplir la edad de 70, salvo las excepciones contempladas en el marco legal vigente.
- Con respecto a un hijo dependiente **Asegurado**, al cumplirse la edad de 29 años, o la fecha de aniversario subsiguiente a su matrimonio.
- Por renuncia escrita a seguir asegurado.
- Pago del beneficio o indemnización en los términos previstos en la presente póliza.

2.16 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 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.

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

2.17 Defensoría del Asegurado

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

2.18 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 y correo electrónico los que aparecen registrados en la póliza, lugares donde se harán válidamente todos los avisos y notificaciones. Si el **Contratante y/o Asegurado** cambiare de domicilio o correo electrónico, deberá comunicar tal hecho a **La Positiva** por escrito. Todo cambio de domicilio y/o correo electrónico que se verificare sin cumplir este requisito, carecerá de valor y efecto para este contrato de seguro.

2.19 Prescripción liberatoria

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

2.20 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.

2.21 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 los establecimientos de salud.

**Total de la prima** = Corresponde al total de la prima comercial (sin incluir IGV).

2.22 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](http://www.lapositiva.com.pe), mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

2.23 Información Adicional aplicable si la contratación del seguro es realizada a través de Comercializador.

- a) La empresa es responsable frente al contratante y/o asegurado de la cobertura contratada.
- b) La empresa es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
- c) Las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la empresa.
- d) Los pagos efectuados por los contratantes del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la empresa

2.24 Derecho de Arrepentimiento

El Contratante podrá resolver el contrato de seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que recibe la póliza o una nota de cobertura provisional,, en aquellos casos en que el seguro haya sido ofertado fuera de los locales comerciales de La Positiva, o de quienes se encuentren autorizados a operar como corredores de seguros . De haber realizado pago de prima, La Positiva devolverá la prima recibida.

A efectos de ejercer el derecho de arrepentimiento, el Contratante deberá comunicar su decisión a La Positiva a través de los mismos mecanismos (forma y lugar) que utilizó para la contratación del seguro.

2.25 Asegurabilidad

- 2.25.1 Podrán asegurarse bajo este seguro personas mayores de dieciocho (18) años hasta los sesenta y nueve (69) años y 365 días, pudiendo permanecer hasta los setenta y cinco (75) años de edad y

365 días.

- 2.25.2 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
- 2.25.3 Una persona no podrá contar con más de una póliza de Seguro Oncológico y de Enfermedades Graves Indemnizatorio. Si una persona se encontrara cubierta con más de una póliza del mencionado seguro, **La Positiva** considerará que esta persona está asegurada bajo la póliza que haya sido emitida primero y devolverá conjuntamente con la liquidación del siniestro, la prima correspondiente por las pólizas de seguro no utilizadas.

## **2.26 Jurisdicción territorial**

**Las coberturas otorgadas mediante la presente póliza rigen únicamente para el territorio del Perú. En el caso de las pólizas con cobertura internacional, las condiciones particulares de las mismas serán indicadas en la Tabla de Beneficios respectiva que forma parte de las Condiciones Particulares, y serán efectivas siempre que la permanencia del Asegurado fuera del Perú con motivo de viaje no sea superior a 90 días, salvo en el caso de Asegurados que por el tratamiento de una enfermedad cubierta por el seguro, tengan que permanecer en el extranjero.**

## **CAPÍTULO III** **COBERTURA DEL SEGURO**

### **3.1 Coberturas**

La Positiva, conforme a las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza y hasta por los límites de cobertura expresamente contratados por el Asegurado, pagará a este último o a sus beneficiarios, según el orden de precedencia que se indica en el presente numeral, una indemnización en caso el Asegurado reciba por primera vez un diagnóstico de cualquiera de las enfermedades que se indican en la presente póliza.

Orden de precedencia de los beneficiarios:

- a. El cónyuge sobreviviente.
- b. Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo.
- c. Los hijos mayores dieciocho (18) años.
- d. El padre y/o madre de la persona fallecida.
- e. A falta de las personas indicadas precedentemente, la indemnización corresponderá a quien acredite la calidad de heredero del fallecido.

### **3.2. Diagnósticos Cubiertos**

#### **3.2.1 Cáncer**

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

#### **3.2.2 Infarto al Miocardio**

El diagnóstico debe estar basado en las siguientes situaciones:

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



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

**3.2.3 Accidente Cerebro Vascular**

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

**3.2.4 Insuficiencia Renal Crónica**

El diagnóstico radica en una urografía excretoria, ecografía renal, dosaje de urea, creatinina y creatina, hemograma y de ser necesario un examen de resonancia magnética.

**3.3 Periodo de Carencia**

Esta póliza otorga cobertura luego de transcurridos 90 días calendario desde la fecha de inicio de la póliza. En caso que el Asegurado experimente una enfermedad grave dentro del período de carencia establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, 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 pago del beneficio estipulado en las condiciones particulares de la póliza se efectuará de manera única, total y definitiva en una sola ocasión, independientemente del número de enfermedades graves, cubiertas por esta póliza, que sufra el Asegurado.

**CAPÍTULO IV**  
**EXCLUSIONES DEL SEGURO**

**4. Condiciones, circunstancias y/o causas excluidas y no cubiertas:**

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. Cualquier enfermedad grave descrita en la presente póliza diagnosticada antes del inicio de vigencia del seguro.
- 4.2. Enfermedades descritas en la presente póliza generadas a consecuencia de una condición preexistente.
- 4.3. Enfermedades descritas en la presente póliza generadas a consecuencia de lesiones por servicio militar.  
Se excluye las enfermedades a consecuencia de la participación activa en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.
- 4.4. Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico Anátomo Patológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.
- 4.5. Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- 4.6. Cáncer cérvico uterino "In situ".
- 4.7. Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, conforme a las leyes del país en que haya sido emitido el diagnóstico.



**CAPÍTULO V**  
**PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO**

**5.1 Obligaciones**

**5.1.1 Aviso de la enfermedad**

Salvo fuerza mayor, todo siniestro amparada por esta póliza deberá ser comunicado a La Positiva por escrito, dentro del plazo máximo de 30 días contados desde su ocurrencia o de conocida la ocurrencia o de conocido el beneficio. Se considerará válida aquella notificación escrita realizada por un tercero a La Positiva, que contenga la información necesaria para identificar a la persona asegurada.

**5.1.2** Si el Asegurado o Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a La Positiva, esta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado o Beneficiario, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Asegurado o Beneficiario, pierde el derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o en aquellos casos que La Positiva haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

**5.2 Procedimiento para atención del siniestro**

**5.2.1** Comunicarse a Línea Positiva llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias al teléfono 74-9000 o 0800-1-0800 o acercarse a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, a efectos de coordinar la atención correspondiente. 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.

**5.2.2** 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, de acuerdo a la cobertura que se solicita:

**Cáncer**

- Original del informe o diagnóstico Anatomopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer
- Copia de la historia clínica del Asegurado.

**Infarto al Miocardio**

- Informe médico con el diagnóstico indicado en la presente póliza, y elaborado por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
- Resultado de los exámenes de ayuda diagnóstica que ratifiquen la dolencia.
- Copia de la historia clínica del Asegurado.

**Accidente Cerebro Vascular**

- Informe médico con el diagnóstico indicado en la presente póliza, y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
- Resultado de los exámenes de ayuda diagnóstica que ratifiquen la dolencia.
- Copia de la historia clínica del Asegurado.

**Insuficiencia Renal Crónica**

- Copia del DNI del Asegurado.
- Informe médico con el diagnóstico indicado en la presente póliza, y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
- Resultado de los exámenes de ayuda diagnóstica que ratifiquen la dolencia.
- Copia de la historia clínica del Asegurado.

**5.2.3** 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

**5.3** **Pago de la Indemnización**

**5.3.1** El pago de la indemnización se efectuará bajo las condiciones establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza que se encuentre vigente a la fecha en que se diagnostique por primera vez la Enfermedad Grave cubierta, de manera única y definitiva en una sola ocasión.

**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 pagarse la indemnización 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.

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

**5.4** **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 de la investigación 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, La Positiva podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas. Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con 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.

Código de Registro SBS

AE0416400235

Octubre 2016

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