

PÓLIZA DE MICROSEGURO MULTIRIESGO DE ACCIDENTES Y SALUD POR INDEMNIZACIÓN

ÍNDICE

CAPITULO I DEFINICIONES	2
CAPITULO II BASES DEL CONTRATO	5
CAPITULO III COBERTURAS	8
CAPITULO IV EXCLUSIONES	10
CAPITULO V PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO	11

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 y afecta al asegurado ocasionando la muerte o heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas por un médico.

Es condición esencial para la cobertura que la muerte, sea consecuencia directa del accidente y ocurra dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

1.2. Accidente de Tránsito

Evento súbito, imprevisto y violento en el que participa un vehículo automotor en marcha o en reposo en la vía de uso público, causando daño al Asegurado, sea ocupante o un tercero no ocupante del vehículo, y que pueda ser determinado de manera cierta.

1.3. Accidente Cerebro Vascular

Es una enfermedad vascular, por la que se da 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 el infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extracraneal. **El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.**

1.4. Asegurado

Es la persona identificada como tal en la Solicitud-Certificado.

1.5. 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.

1.6. Beneficiario

Es el titular de los derechos indemnizatorios.

Los beneficiarios para la cobertura de Muerte Accidental del Asegurado, Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado y Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente serán los designados en esta Solicitud-Certificado de Microseguro. En caso no haya tal designación, la indemnización será pagada de acuerdo al siguiente orden de precedencia:

- a) 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 de dieciocho (18) años,
- d) Los padres,
- e) Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo,
- f) Los herederos legales del Asegurado de acuerdo a Sucesión Intestada o Declaratoria de Herederos, debidamente inscritas. Si fueran dos o más los beneficiarios, el importe se dividirá y abonará en partes iguales.

Para las coberturas de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado e Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado, el Beneficiario será el mismo Asegurado.

1.7. Cáncer

Para los efectos de la presente póliza, se considera cáncer como aquella enfermedad en la que está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas. La enfermedad deberá haberse diagnosticado después del inicio de vigencia del microseguro.

Incluye: Leucemia, Enfermedad Hodgkins y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros.

Excluye: carcinomas no-invasivos en situ (tumores con células malignas que no producen metástasis y que se encuentre focalizados en un solo lugar); tumores no-invasivos (tumores que no producen metástasis) que sólo exhiben cambios malignos reciente; 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.

1.8. Condiciones Generales

Documento que contiene el conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas que regirán el presente contrato.

1.9. 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

1.10. 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. Declaración de Salud

Es la declaración que efectúa el **Asegurado** al momento de solicitar el seguro, mediante la cual declara no haber sido diagnosticado ni recibido tratamiento por enfermedades graves con anterioridad a la solicitud del microseguro. Las condiciones preexistentes conocidas y no declaradas pueden determinar el rechazo de una reclamación.

1.12. Distrofia(s) Muscular(es)

Es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por una progresiva pérdida de la capacidad muscular.

1.13. 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.

1.14. Diagnóstico Patológico Positivo.

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

- 1.15. Enfermedad
Es para efectos de la presente póliza, 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.
- 1.16. Esclerosis Múltiple
La enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, consistentes con la impariedad de función, pero las que no lleven necesariamente al **Asegurado** a una silla de ruedas en forma permanente.
- 1.17. Establecimientos de Salud
Es el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar servicios generales de medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos, para los pacientes, quirófano y equipo de rayos X, que proporcione 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 larga duración como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcoholismo, o terapias ocupacionales.**
- 1.18. Evidencia Documentada
Se refiere a los resultados por escrito de las pruebas realizadas, incluyendo las interpretaciones que realice el médico (originales o copias certificadas por el Establecimiento Médico).
- 1.19. Hospitalización
Internamiento de una persona dentro de un establecimiento de salud como paciente interno por un periodo superior a veinticuatro (24) horas bajo la supervisión de un médico autorizado.
- 1.20. Informe Histopatológico
Informe que contempla como resultado positivo la presencia de cáncer. El informe deberá ser fechado (mes, día, año) y firmado por un médico especialista. El informe histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.
- 1.21. Interés Asegurable
Es el objeto, materia o responsabilidad por la cual se contrata un seguro, a fin de transferir el riesgo a **La Positiva** contra el pago de una prima.
- 1.22. Invalidez Permanente Total
Imposibilidad absoluta e incurable del **Asegurado** para realizar trabajo u ocupación por el resto de su vida, por causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- 1.23. Médico
Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- 1.24. Medios de Transporte Público
Para efectos de la presente póliza, se considera como tal a cualquier medio de transporte público, regular, masivo y autorizado para el transporte de pasajeros, sea terrestre, aéreo, marítimo o fluvial de uso comercial y de itinerario regular por el cual el usuario deba pagar una tarifa. **Se excluye de este tipo de transporte los taxis, taxi colectivos y todo tipo de vehículos automotores de dos y tres ruedas.**

- 1.25. Pago Diario
Corresponde a la indemnización pagadera por cada veinticuatro (24) horas de hospitalización del **Asegurado** en un establecimiento de salud a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza y cuyo monto diario se especifica en la Solicitud-Certificado de Microseguro.
- 1.26. Parálisis
La pérdida completa y permanente de la función motora, de una o más extremidades a causa de una enfermedad o accidente.
- 1.27. Prima
Es la contraprestación establecida por **La Positiva** por la cobertura otorgada.
- 1.28. 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, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante del mismo.
- 1.29. Siniestro
Es la manifestación concreta del riesgo asegurado del que resultan lesiones personales o daños materiales amparados por la presente póliza.
- 1.30. Solicitud - Certificado de Microseguro
Documento que acredita la contratación del microseguro bajo la modalidad de seguro de grupo o colectivo.
- 1.31. 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.
- 1.32. Vehículo Automotor
Aquel que se desplaza por vías de uso público terrestre con propulsión propia.
- 1.33. Vías de Uso Público
Carretera, camino o calle abierta al tránsito de peatones u vehículos automotores.

CAPITULO II **BASES DEL CONTRATO**

- 2.1 Contratantes
La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y el **Contratante**.
- 2.2 Pago de primas
- 2.2.1 El **Contratante** se encuentra obligado a pagar la prima establecida en el lugar, forma y oportunidad acordada con **La Positiva**.
- 2.2.2 **Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida origina la resolución automática del microseguro.**
- 2.2.3 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 por **La Positiva** para recaudar el pago. En el caso de que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero u otra persona natural o jurídica debidamente autorizada que haya suscrito un contrato de comercialización con **La Positiva**, los pagos efectuados por el Asegurado al comercializador se consideran abonados a **La Positiva**.

2.3 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.

2.4 Avisos y comunicaciones

2.4.1 Los avisos y comunicaciones que intercambien **La Positiva**, el **Contratante y/o el Asegurado** y que deban realizarse de manera escrita, serán efectuadas al domicilio físico y/o correo electrónico que aparecen registrados en la póliza o Solicitud - Certificado.

2.4.2 El **Contratante y/o Asegurado** deberán comunicar por escrito a **La Positiva** su cambio de domicilio o correo electrónico, de lo contrario dicho cambio carecerá de valor y efecto, siendo válidas todas las comunicaciones y notificaciones que **La Positiva** efectúe al último domicilio físico o correo electrónico registrado.

2.4.3 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.

2.5 Resolución de contrato de seguro

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

2.5.2 **El contrato de seguro quedará resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza o Certificado de Seguro, 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) **Falta de pago de la prima desde la fecha en que se produjo el incumplimiento, de manera automática y sin previo aviso**
- b) **Pago del total de las coberturas establecidas en la póliza.**
- c) **Por el vencimiento del plazo establecido en la póliza.**
- d) **Al cumplir el Asegurado la edad límite de permanencia.**
- e) **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.**

2.6 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.

2.6.1 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.

2.6.2 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.

2.6.3 En los supuestos comprendidos en los numerales 2.6 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.

2.7 Caso de reclamo fraudulento

El **Asegurado** pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

2.8 Renovación del seguro

La renovación del contrato de seguro es automática, y bajo las mismas condiciones en que fue emitida para el periodo anterior, siempre y cuando así se señale expresamente en la Solicitud - Certificado de Microseguro.

2.9 Solución de Controversias

La Positiva atenderá los reclamos en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado por el Asegurado. En caso de persistencia del reclamo, el Asegurado podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos, en caso consideren hayan sido vulnerados.

2.10 Defensoría del Asegurado

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.

2.11 Prescripción liberatoria

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

2.11 Procedimiento para la atención de Reclamos.

La Positiva Seguros recibirá los reclamos de los Asegurados en su "Área de Servicio al Cliente" llamando al 211-0-211 desde Lima o al 74-9000 desde provincias, en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional (relación de direcciones en la web: www.lapositiva.com.pe.) así como a través de la misma página web de La Positiva Seguros.

2.12 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.

2.13 Registro Nacional de Información

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, regulado mediante Ley N° 29355.

2.14 Condiciones de Asegurabilidad

Son asegurables conforme a esta póliza, las personas desde los 18 años de edad cumplidos hasta los 65 años de edad cumplidos (64 años 11 meses y 29 días), con permanencia hasta los 84 años de edad y 365 días.

CAPITULO III **COBERTURA DEL SEGURO**

3. Cobertura del seguro

Con sujeción a las Condiciones Generales de la presente póliza y hasta por los límites expresamente contratados, los endosos y/o cláusulas adheridas a ella, La Positiva cubre los siguientes riesgos:

3.1. Muerte Accidental del Asegurado.

La Positiva pagará al Beneficiario la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado del Microseguro como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. **Queda entendido y convenido que la muerte deberá ocurrir a mas tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.**

3.2 Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado

La Positiva pagará al Asegurado las sumas estipuladas en la Solicitud-Certificado del Microseguro, como consecuencia de invalidez permanente total, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. Queda entendido y convenido que la invalidez permanente del Asegurado debe

ocurrir a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente. **Se considera invalidez permanente total únicamente los siguientes supuestos:**

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- b) Fractura de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- c) Pérdida completa de ambos ojos.
- d) Pérdida completa de los brazos o de ambas manos
- e) Pérdida completa de ambas piernas o de ambos pies.
- f) Pérdida completa de un brazo y una pierna o de una mano y una pierna
- g) Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie.

Aclaraciones

- Por pérdida completa se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- Por pérdida de varios miembros u órganos la indemnización total no podrá exceder del 100% de la suma asegurada.
- Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por muerte o invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez permanente, La Positiva no estará obligada a pagar el beneficio de muerte.

3.3 Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado

La Positiva pagará al Asegurado la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado de Seguro como consecuencia del fallecimiento del Cónyuge o Concubino (a) del Asegurado declarado en la póliza, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. Queda entendido y convenido que la muerte debe ocurrir a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.

3.4 Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente

La Positiva pagará la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado del Microseguro en caso de fallecimiento del Asegurado y de su Cónyuge declarado (a) expresamente en la Solicitud-Certificado, **dicho fallecimiento deberá producirse en un mismo accidente y ocurrir dentro del plazo de veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente.**

3.5 Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado

La Positiva pagará la suma asegurada estipulada en la Solicitud-Certificado del Microseguro al Beneficiario como una indemnización adicional solo en caso el fallecimiento del Asegurado se deba a un accidente sufrido en un medio de transporte público, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por esta póliza. **Queda entendido y convenido que la muerte del Asegurado debe ocurrir a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente.**

3.6 Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado

La Positiva pagará al Beneficiario la suma de asegurada indicada en la Solicitud-Certificado de Microseguro por cada día, superior a veinticuatro (24) horas de internación en un establecimiento de salud, si como consecuencia de un accidente o enfermedad, haya sido necesario su hospitalización debidamente certificada por un médico, sin considerar convalecencia, independiente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado.

3.7 Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado

La Positiva pagará al Beneficiario la suma asegurada establecida en la Solicitud-Certificado de Microseguro en caso se le diagnosticara al **Asegurado**, durante la vigencia de esta póliza, cualquiera de las siguientes enfermedades:

3.7.1 Cáncer

A efectos de contar con la cobertura contratada bajo la presente póliza, el diagnóstico clínico deberá ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de 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.

3.7.2 Ataque Cardíaco o Infarto al Miocardio

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico de esta enfermedad deberá estar basado en todas las siguientes situaciones:

- a) Un historial del típico dolor de pecho, indicando de una enfermedad cardiaca isquémica.
- b) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- c) Aumento de las enzimas cardiacas por sobre los valores normales.
- d) Estudio radistópico del músculo cardíaco.

3.7.3 Accidente Cerebro Vascular

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico deberá ser inequívoco y registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.

3.7.4 Esclerosis Múltiple

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico deberá estar sustentado en la historia clínica, exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro espinal, un episodio anterior o un episodio único de esclerosis múltiple no será esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso La Positiva pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

3.7.5 Distrofia Muscular

A efectos de contar con la cobertura el diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas). Los informes de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico, pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

3.8 Beneficios Adicionales

3.8.2 **Orientación médica telefónica:** Servicio sin límite de llamadas que se brinda las 24 horas del día y los 365 días del año.

3.8.3 **Segunda opinión médica:** Servicio brindado por un staff de médicos locales de reconocido prestigio para casos de cirugía o tratamientos médicos complejos, obtención para casos de cirugía o tratamientos médicos complejos, obtención de diagnósticos y/o sugerencias de tratamiento médico; según sea el caso. Se proporciona al Asegurado, su cónyuge e hijos que vivan en el mismo domicilio. La Positiva una vez recibida la documentación completa, dará respuesta al Asegurado por escrito y en un plazo máximo de 7 días útiles, con total confidencialidad de los casos y pacientes tratados. Para hacer uso del servicio, el Asegurado deberá completar la solicitud de segunda opinión médica, la misma que se le enviará vía e-mail. La entrega de la documentación solicitada se hará en cualquiera de las oficinas de La Positiva a nivel nacional.

CAPITULO IV
EXCLUSIONES DEL SEGURO

4. La presente póliza no reconoce ningún beneficio ni gasto alguno será pagado en las siguientes circunstancias y/o por las siguientes causas de exclusión.
- 4.1 Para las coberturas de Muerte por accidente del Asegurado, Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado, Muerte por accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado:
- a) Guerra civil o internacional, declarada o no.
 - b) Radiación nuclear.
 - c) Participación activa en actos delictivos, subversivos o terroristas.
 - d) Los accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas o en estado de sonambulismo y siempre que guarde relación causal con el accidente. Esta póliza se rige por las disposiciones legales actualmente vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora o por fracción. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.
- 4.2 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado:
- a) Exclusiones a), b) y c) del numeral 4.1
 - b) 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.
 - c) Hospitalización del Asegurado si éste es un residente fuera de Perú al momento de su ingreso a un establecimiento de salud.
 - d) Exámenes de rutina y curas de reposo.
 - e) Embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
 - f) Anomalías congénitas y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías, o se relacione directamente con ellas.
 - g) Condiciones preexistentes no declaradas y sus secuelas.
 - h) Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
 - i) VIH / SIDA.
 - j) Consecuencias de fenómenos catastróficos de la naturaleza.
 - k) Cualquier diagnóstico realizado por un acupunturista, homeópata, u otra persona que no sea médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.
- 4.3 Para la coberturas de Indemnización por diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:
- a) Exclusiones g) i) y j) del numeral 4.2 y exclusión b) del numeral 4.1
 - b) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
 - c) Adicción a drogas y alcoholemia.
 - d) Consecuencias de accidente previo al seguro
 - e) Consecuencias de fármacos usados sin prescripción.
 - f) Lesiones auto infligidas.
 - g) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
 - h) Cáncer cérvico uterino "in situ".
 - i) Lesiones por participación activa en servicio militar, actos delictivos, subversivos o terroristas, guerra civil internacional, declarada o no.

- j) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión.

CAPITULO V PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO

5.1 Obligaciones del Asegurado - Aviso de siniestro

Al ocurrir un siniestro coberturado bajo la presente póliza, el Asegurado deberá:

- 5.1.1 Informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro del plazo de 7 días calendario de ocurrido el siniestro, de tomar conocimiento del mismo, o de conocida la existencia del beneficio, llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias al teléfono 74-9000 o 0800-1-0800 ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional o a las oficinas del Comercializador.
- 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 la indemnización del siniestro

- 5.2.1 Para la cobertura Muerte por Accidente del Asegurado, Muerte por Accidente del Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado, Desamparo Súbito Familiar por Muerte por Accidente y Muerte por Accidente de Tránsito del Asegurado:
- a) Copia certificada de la Denuncia Policial
 - b) Copia certificada de Partida de defunción
 - c) Copia certificada de Certificado de defunción
 - d) Copia del DNI del Beneficiario.
 - e) Copia certificada de documento que acredite su calidad de beneficiario de acuerdo a orden de precedencia.
 - f) En caso de no existir Beneficiarios nombrados o los establecidos en el orden de precedencia, deberá presentar Sucesión Intestada o Declaratoria de Herederos inscrita en los Registros Públicos.
 - g) Protocolo de necropsia, de corresponder
- 5.2.2 Para la cobertura de Invalidez Permanente Total por Accidente del Asegurado:
- a) Copia certificada de la Denuncia Policial.
 - b) Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente, el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió; así como el nombre y domicilio de los testigos, si los hubiera.
 - c) Un certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.
 - d) Certificado de invalidez permanente total, emitida por la entidad legal correspondiente.

- 5.2.3 Para la cobertura de Pago Diario por Hospitalización por Accidente o Enfermedad del Asegurado:
- a) Original de comprobante de pago emitido por el establecimiento de salud donde se compruebe el nombre del paciente hospitalizado y el periodo de hospitalización.
 - b) Certificado médico con diagnóstico y donde se señale el requerimiento de hospitalización.
- 5.2.4 Para el caso de Indemnización por Diagnóstico de Enfermedades Graves del Asegurado:
- a) Los documentos, certificado, informes y/o diagnósticos indicados en la sección 3.7 de las condiciones generales de ésta póliza, y elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.
 - b) Copia certificada de la historia clínica del Asegurado.
- 5.2.5 La Positiva podrá solicitar información o documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación y liquidación del siniestro, siempre que los mismos guarden relación con el siniestro.
- 5.3 **Pago de Indemnización**
La Positiva efectuará el pago de la indemnización dentro del plazo máximo de veinte (20) días, contados desde la fecha en que recibió la documentación completa señalada en el numeral 5.2. directamente o a través del comercializador del microseguro.
- 5.4 **Investigación y Revisión de Siniestros**
La Positiva se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aún cuando ya hubiera pagado la indemnización y Beneficiario queda obligado a cooperar con esta investigación.
En general, La Positiva podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información o documentación recibida. Si la información o documentación presentada fuera simulada o fraudulenta, perderán los beneficiarios todo derecho a indemnización, sin perjuicio que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.