



POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ONCOSEGURO CONDICIONES GENERALES

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley N° 29355.

La Aseguradora emite la presente póliza para asegurar la vida del Asegurado. Los términos condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro son las siguientes:

1. DEFINICIONES:

- a) **Accidente:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado. **No se consideran accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.**
- b) **Asegurado:** Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de edad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares.
- c) **Beneficiario:** Es la persona natural designada por el **Contratante** en la solicitud de seguro, a quien se le reconoce el derecho a recibir el monto de la indemnización o beneficio establecido en las Condiciones Particulares.
- d) **Cáncer:** Definido como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraídos y comenzado luego de la fecha de vigencia de la presente póliza. Se incluye dentro de esta cobertura la leucemia, enfermedad Hodgkin y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros. **Se excluye de esta cobertura los 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); Sarcoma de Kaposi y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de piel que no fuera melanoma maligno.**
- e) **Contratante:** Es la persona natural o persona jurídica que contrata la presente póliza y a quien le corresponde el pago de las primas. Tiene la atribución de designar al **Asegurado** y **Beneficiarios**.
- f) **Exclusiones:** Se refiere a todas las circunstancias y/o causas del siniestro no cubiertas por el seguro y que se encuentran expresamente indicadas en la presente póliza.
- g) **Enfermedad o Accidente preexistente:** Se entiende por enfermedad o accidente 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 personal de salud, en caso se haya firmado dicho documento.
- h) **Interés Asegurable:** Es el interés de carácter económico que tiene el **Contratante** y/o **Asegurado** de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.
- i) **La Aseguradora:** Es la empresa autorizada por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP que emite la presente póliza, asume los riesgos derivados y otorga las prestaciones según lo pactado.
- j) **Póliza:** Es el documento emitido por la **Aseguradora** que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la **Aseguradora** y el **Contratante**. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada, esto es, cláusulas adicionales, solicitud de seguro, cuestionario o Declaración personal de salud y exámenes médicos, cuando corresponda; y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato, esto es los endosos respectivos.
Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

- k) **Planes:** Programas o alternativas ofrecidas por la **Aseguradora** que incluyen diferentes sumas aseguradas y primas. El Plan se determina al momento de contratar el seguro y puede ser modificado previa solicitud por escrito del **Contratante**, originando el endoso correspondiente y el pago de la prima.
- l) **Prima:** Es el valor determinado por la **Aseguradora** como contraprestación o precio por las coberturas de seguro contratadas, que debe ser pagada con la periodicidad establecida en el condicionado particular, a efectos de mantener vigente la cobertura de la presente póliza.
- m) **Siniestro:** Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la póliza.
- n) **Suma Asegurada:** Es el monto indicado en las Condiciones Particulares que será pagado por la **Aseguradora** al **Beneficiario** -según se indique en las Condiciones Particulares-, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto bajo los términos de la póliza.

2. OBJETO DEL SEGURO:

El presente contrato tiene como objeto otorgar las coberturas y sumas aseguradas establecidas en las presentes condiciones generales, en las condiciones particulares, cláusulas adicionales y especiales a favor del **Beneficiario**. El **Contratante** se obliga al pago de la prima convenida.

Los importes de las coberturas de este seguro y el monto de la prima están detallados en las condiciones particulares que forman parte integrante de la presente póliza, conforme al plan contratado.

3. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA:

Los beneficios y sumas aseguradas de esta póliza serán otorgados según el plan contratado. Adicionalmente se debe señalar que la cobertura de indemnización por diagnóstico de cáncer y la de enfermedades graves son excluyentes entre sí al momento del pago de siniestros, pudiendo el Asegurado presentar la solicitud de cobertura solo para una de ellas. Asimismo, los beneficios de las coberturas de diagnóstico de cáncer y de enfermedades graves se pagarán por única vez durante la vigencia del seguro o de cualquier renovación.

- 3.1 **Muerte Natural:** En caso de fallecimiento por causas que no correspondan a un accidente, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios las sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en la póliza.
- 3.2 **Muerte Accidental:** La Positiva Vida pagará la suma asegurada establecida para la presente cobertura según el plan contratado, cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente. Es condición esencial para que surja la responsabilidad de La Aseguradora que la muerte sea consecuencia de las lesiones originadas por el accidente. Se entenderá como muerte accidental al fallecimiento que ocurra a más tardar dentro de los 90 (noventa) días calendarios siguientes de ocurrido el accidente.
- 3.3 **Indemnización por Diagnóstico de Cáncer:** Procede cuando el Cáncer es certificado médicamente, entendiéndose por ello el diagnóstico efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en la especialidad oncológica.

A efectos de la presente póliza, el "Cáncer" se define en los términos señalados en el literal d) del primer numeral del presente condicionado.

El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un informe de 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.

Entiéndase por informe histopatológico los documentos de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable, 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.

- 3.4 Enfermedades Graves: El pago de esta cobertura se efectuará de manera única, total y definitiva en una sola ocasión, independientemente del número de enfermedades graves que sufra el Asegurado y que se encuentren cubiertas por esta póliza.

Para efecto de esta cobertura se entienden como tales a las siguientes enfermedades: ataque cardíaco, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal, enfermedad de las coronarias, esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis y la enfermedad que requiera que el Asegurado sea un receptor de un trasplante de órgano, siempre que sean corazón, corazón y pulmón, páncreas, riñón o médula ósea, según las siguientes definiciones:

- 3.4.1 Ataque Cardíaco: A efectos de la presente cobertura, entiéndase como Ataque Cardíaco 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.

- 3.4.2 Accidente Cerebro Vascular: Entiéndase como tal 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 ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral, un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.

- 3.4.3 Insuficiencia Renal: 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.

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

- 3.4.4 Enfermedad de las coronarias: Entiéndase como la disminución del calibre o la luz de la arteria coronaria y en consecuencia la disminución del aporte sanguíneo al tejido cardíaco.

Siempre que requiera la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas que no requieran cirugía.

- 3.4.5 Esclerosis múltiple: Entiéndase como tal a la enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma 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.

Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por la parálisis parcial o completa, parestesia y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión.

El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro-espinal; un episodio anterior único de esclerosis múltiple no será esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso la Aseguradora pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha efectiva de la póliza.

- 3.4.6 Distrofia(s) Muscular(es): Entiéndase como tal a la enfermedad hereditaria que se caracteriza por una progresiva pérdida de la capacidad muscular.

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). Las copias de cualquier informe de biopsias musculares podrán ayudar al diagnóstico pero en ningún caso constituirán por sí solas el diagnóstico.

- 3.4.7 Parálisis: Entiéndase como tal la pérdida completa y permanente de la función motora, de una o más extremidades a causa de una enfermedad o accidente.

Para la determinación de la parálisis, resulta necesario previamente a la solicitud de esta cobertura, que la pérdida de función motora sea continua y permanente por lo menos doce (12) meses consecutivos, lo cual debe ser diagnosticado y determinado por un médico especialista. Se requerirá evidencia documentada del accidente o enfermedad que causó la parálisis.

Una vez determinada que la pérdida de función es permanente, procederá la indemnización correspondiente.

- 3.4.8 La enfermedad que requiera ser el Asegurado un receptor de un trasplante de corazón, corazón y pulmón, páncreas, riñón o médula ósea mediante un trasplante de órgano: A estos efectos entiéndase como:

- 3.4.8.1 Médula ósea: El tejido que se encuentra dentro de las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

- 3.4.8.2 Trasplante de órganos y/o tejido: Procedimiento quirúrgico declarado médicamente necesario que se requiera efectuar durante el período de vigencia de esta cláusula adicional, mediante el cual se reemplaza o trasplanta total o parcialmente de un donante vivo o fallecido, cualquiera de los órganos y/o tejidos siguientes: Corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario.

3.4.8.3 Médula Oseaautóloga para:

- Linfoma de no-Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B.
- Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o estado IV A o B.
- Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
- Leucemia no-linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
- Tumores de célula germen (gameto).

Médula ósea alogénica para:

- Anemia aplástica;
- Leucemia aguda;
- Inmunodeficiencia combinada severa;
- Síndrome de Wiskott-Aldrich;
- Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de AlbersSchonberg u osteo-petrosis generalizada);
- Leucemia mielógena crónica (LMC);
- Neuroblastoma estado III o IV en niños mayores de un año.
- Beta talasemia homocigote (talasemia mayor);
- Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B; o
- Linfoma de no-Hodgkin, estado III o estado IV.

3.4.8.4 Tejido: Conjunto de células similares y especializadas que unidas realizan una función determinada.

3.4.8.5 Órgano: Parte del organismo humano que realiza una función fisiológica específica.

3.4.8.6 Donante: Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno o más órganos y/o tejidos con la finalidad de trasplantarlos, total o parcialmente, al cuerpo de otra persona mediante un procedimiento quirúrgico diagnosticado médicamente necesario.

3.4.8.7 Receptor: Se denomina al Asegurado que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.

El diagnóstico y la recomendación del trasplante deberán ser efectuados al menos por dos médicos especialistas, donde uno deberá ser a elección de la Aseguradora. En caso de producirse diferencia entre el diagnóstico y la recomendación del trasplante, el Asegurado podrá requerir ser evaluado por una junta médica compuesta por tres médicos especialistas elegidos por él, de entre una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Aseguradora. La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Aseguradora.

3.5 Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer: La renta por hospitalización será considerada como un adelanto de la suma asegurada de la cobertura de muerte y consiste en el pago de una renta diaria durante el período especificado en la póliza al (a los) Beneficiario(s) designado(s) en la misma, una vez que el Asegurado haya sido hospitalizado producto del tratamiento de cáncer cubierto por la póliza, el cual tiene que ser diagnosticado previamente durante la vigencia del seguro. La suma de las rentas pagadas al (a los) Beneficiario(s) se descontará del capital asegurado de la cobertura de fallecimiento. El día de hospitalización se contará a partir del día ocho (08) consecutivo de hospitalizado y se pagará un máximo de sesenta (60) días calendario de hospitalización.

- 3.6 Adicional Cáncer de Género: Procede cuando dicha enfermedad es certificada médicamente, entendiéndose por ello el diagnóstico efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en la especialidad oncológica. Para el caso de hombres, se considera como cáncer de género el cáncer de próstata; y en el caso de mujeres: cáncer vaginal, útero (incluyendo cáncer de cerviz), mama, vulva y ovarios. A estos efectos, el diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un informe de diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer.

La Aseguradora podrá otorgar coberturas adicionales de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

4. EXCLUSIONES:

La presente póliza no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- a) Enfermedad o Accidente preexistentes a la contratación del seguro, según las definiciones indicadas en el literal g) del numeral primero.
- b) Una infección oportunista o neoplasma maligno (tumor) si al momento del diagnóstico clínico el Asegurado tuvo o tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o haya obtenido un resultado positivo a la prueba del virus VIH (virus inmunodeficiencia humano). Enfermedades en conexión con VIH o SIDA.
- c) Suicidio, dentro de los dos (02) primeros años de vigencia del seguro o de cualquier rehabilitación.
- d) Enfermedades a consecuencia de actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.
- e) Guerra civil o internacional, declarada o no; invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas sea que haya habido o no declaración de guerra, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín.
- f) Eventos catastróficos de la naturaleza: terremoto, inundación, aluvión, huaico y en general todo hecho que por su magnitud y gravedad sea calificado por el gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- g) Participación activa del Asegurado en actos de conmoción contra el orden público dentro o fuera del país así como en actos delictuosos, subversivos o terroristas.
- h) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva.
- i) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial, sobre una ruta establecida oficialmente para el transporte de pasajeros y sujeto a itinerario.
- j) Participación del Asegurado como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas o en carreras de entrenamiento.
- k) Acto delictuoso cometido en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar la indemnización.
- l) Participación del Asegurado en los siguientes deportes riesgosos: parapente, ala delta, buceo profesional o de recreo, alpinismo, andinismo, montañismo, paracaidismo, canotaje, carrera de caballos, escalada en paredes verticales (montañas o artificiales), práctica de "surf" y puenting.
- m) Cuando el siniestro se produzca a consecuencia de que el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas o alucinógenos. A estos efectos se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad si alcanza o supera los 0.5 gr/lt de alcohol en la sangre.

5. CELEBRACION, INICIO Y DURACION DEL SEGURO:

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley de Contrato de Seguro, las partes acuerdan 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 estipulado, 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.

6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El contrato de seguro se renovará automáticamente en las mismas condiciones pactadas en la fecha de su celebración al término de la vigencia establecida en las condiciones particulares siempre que el Contratante cumpla con pagar la prima correspondiente.

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

7.1 La cobertura del seguro termina sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

- a) Cuando la Aseguradora pague la cobertura o la suma asegurada contratada.
- b) A partir del mes siguiente en que el Asegurado cumpla la edad límite de permanencia establecida en las condiciones particulares de la póliza.
- c) La cobertura del seguro se extingue por el transcurso del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato, en caso que La Aseguradora no reclame el pago de la prima por la vía judicial o arbitral. En dicho supuesto, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el período efectivamente cubierto.

7.2 La resolución deja sin efecto el contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Por falta de pago de la prima en caso La Aseguradora opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23° de la Ley del Contrato de Seguro.
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora con una anticipación no menor a treinta (30) días, presentando la siguiente documentación:
 - Carta dirigida a la Compañía en la que se manifiesta expresamente su deseo de resolver sin expresión de causa su afiliación al contrato.
 - Original y copia de documento nacional de identidad

Dicho trámite se efectuará en las Plataformas de Atención al Cliente de la Aseguradora, cuyas direcciones se encuentran en la web www.lapositiva.com.pe, o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante tuviera algún impedimento para realizar personalmente el trámite antes indicado, podrá actuar a través de un

tercero, mediante poder inscrito en Registros Públicos en el cual se autorice expresamente al tercero a realizar dicha gestión. Se requerirá adicionalmente copia de DNI y vigencia de poder del apoderado.

A partir del día siguiente de producida la resolución contractual, el Contratante podrá solicitar por escrito en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, el mismo que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar. El reembolso se podrá hacer efectivo en las Oficinas de la Aseguradora luego de quince (15) días calendarios de haber sido presentada la solicitud respectiva.

- c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Aseguradora ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario por El Contratante, facultará a la Aseguradora a resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días calendario mencionados precedentemente.

La Aseguradora tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo cubierto.

- d) Por decisión de la Aseguradora, comunicada al Contratante conforme a los mecanismos señalados en el numeral 16 del presente condicionado general, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante y/o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver el contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Aseguradora como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso que la agravación del riesgo no sea comunicada oportunamente a la Aseguradora, ésta tiene derecho a percibir la prima por el periodo del seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el Contratante y/o Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, La Aseguradora queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- (i) El Contratante y/o Asegurado incurran en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- (ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de La Aseguradora.
- (iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- (iv) La Aseguradora conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales (i), (ii) y (iii) precedentes, La Aseguradora tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al Contratante, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 7.2, la Aseguradora tendrá derecho al cobro de la prima proporcional al periodo efectivamente cubierto.

En aquellos supuestos en que la resolución del contrato de seguro sea efectuada por la Aseguradora y el Contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendario de la resolución del contrato de seguro. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidad o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado– de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Aseguradora tiene un plazo de treinta (30) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.
- d) Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si es que la verdadera edad del Asegurado excedía la edad permitida por el presente contrato para ingresar a la póliza.

En caso de nulidad, La Aseguradora procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, excepto cuando el Contratante y/o Asegurado realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa y respuesta en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios.

En los casos de reticencia y/o declaración inexacta no procede la nulidad, revisión o resolución del contrato, cuando:

- i) Al tiempo del perfeccionamiento del contrato, La Aseguradora conoce o debe conocer el verdadero estado del riesgo.
- ii) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta cesaron antes de ocurrir el siniestro o cuando la reticencia o declaración inexacta no dolosa no influyó en la producción del siniestro ni en la medida de la indemnización o prestación debida.
- iii) Las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario o documentos accesorios o complementarios que la Aseguradora incluya en la solicitud del presente contrato de seguro y La Aseguradora igualmente celebró el contrato.
- iv) Las circunstancias omitidas o declaradas en forma inexacta disminuyen el riesgo.

8. PRIMA:

Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las condiciones particulares.

El pago de la prima se realizará a través del medio de pago convenido con la Aseguradora. En caso que se utilice un medio de pago diferente al pago en efectivo, como el cargo en cuenta o a través de tarjeta de débito o crédito, el Contratante será responsable de verificar que los pagos se realicen satisfactoriamente. La Aseguradora no será responsable de las omisiones o falta de diligencia que produzca el atraso en el pago de las primas, salvo lo previsto en el numeral 22 del presente condicionado general.

A falta de pago de las primas, La Aseguradora –vía correo electrónico (declarado en la solicitud de seguro) o por escrito (al domicilio declarado en la solicitud de seguro)- comunicará al Contratante y/o Asegurado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha pactada para el pago de la prima, indicada en las condiciones particulares, que en caso no regularice el pago de la prima adeudada, la cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de la fecha que se le indique como plazo para cancelar dicha prima. El mencionado plazo no podrá ser menor a los treinta (30) días antes indicados. La Aseguradora no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver el contrato de seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

Sin embargo, en caso que la Aseguradora no haya comunicado su decisión de resolver el contrato de seguro, la cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante cumpla con pagar la totalidad de las cuotas o primas vencidas. La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel que se cancela la obligación pendiente de pago.

Si La Aseguradora no reclama el pago de la prima –por la vía judicial o arbitral- dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido. Para estos efectos, no se considerará como “reclamo de pago de prima”, el envío de alguna comunicación, a través de la cual se informe al Contratante del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, y/o se indica el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura de seguro.

Si el fallecimiento ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de cobertura antes indicado o durante el plazo de los noventa (90) días antes referido, sin que se haya suspendido la cobertura, la prima adeudada por el Contratante será deducida del beneficio correspondiente.

9. EDAD:

Podrá ingresar como **Asegurado** bajo la presente póliza cualquier persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares, a la fecha de presentación de su solicitud de seguro, pudiendo permanecer como asegurado sólo hasta el mes en que cumpla la edad máxima de permanencia establecida en las Condiciones Particulares.

La comprobación y/o acreditación de la edad declarada por el **Asegurado** podrá efectuarse en cualquier momento, mediante documento oficial.

Sin perjuicio de la nulidad indicada en literal d) del numeral 7.3, si se comprueba inexactitud en la edad del **Asegurado**, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **La Aseguradora**.
- b) Si es menor, se rectificarán las primas en el futuro y se devolverá el exceso de primas percibidas, sin intereses.

10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITARLA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Para atender las **Solicitudes de Cobertura** se deberá entregar a la **Aseguradora** los siguientes documentos en original o una certificación de reproducción notarial de este documento (antes copia legalizada):

10.1 Para la cobertura de Muerte Natural:

- a) **Certificado Médico de Defunción.**
- b) **Partida o Acta de Defunción del Asegurado.**
- c) **DNI del Beneficiario, de haberlo.**
- d) **Historia clínica completa, foliada y fedateada.**

En caso de **Muerte Accidental**, se deberán presentar, cuando corresponda adicionalmente los siguientes documentos:

- a) **Atestado o Informe Policial Completo.**
- b) **Protocolo de Necropsia.**
- c) **Dosaje Etílico o los exámenes médicos correspondientes.**
- d) **Resultado del examen toxicológico.**

En aquellos casos en que no exista designación de **Beneficiarios** se deberá presentar testimonio y copia literal de la inscripción definitiva del Testamento o Sucesión Intestada.

10.2 Para la cobertura de diagnóstico de cáncer: Se deben presentar evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio realizadas por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión en la especialidad que corresponda a dicho diagnóstico, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la fecha de diagnóstico, documentación que debe ser validada por el médico o auditor designado por la **Aseguradora**, de acuerdo con la definición de siniestro.

10.3 Para la cobertura de Enfermedades Graves: La **Aseguradora** pagará el monto indemnizatorio establecido en la presente póliza siempre que el **Asegurado** sobreviva treinta (30) días calendario al diagnóstico de la enfermedad.

El pago del beneficio de esta cobertura se efectuará de manera única, total y definitiva en una sola ocasión, independientemente del número de enfermedades graves, que sufra el **Asegurado** y que se encuentren cubiertas por esta póliza.

Los documentos a presentar serán los siguientes:

- a) **Copia del DNI o carnet de extranjería.**
- b) **Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos requeridos para la configuración y/o determinación de la enfermedad que corresponda, según lo descrito en el numeral 3.3 del presente condicionado.**

c) Copia de la historia clínica del Asegurado.

10.4 Para la cobertura de renta diaria por hospitalización por cáncer: En adición a la documentación presentada para la cobertura de indemnización por diagnóstico de cáncer, el Asegurado deberá presentar la papeleta de alta otorgada por un establecimiento de salud debidamente acreditado, donde se compruebe la fecha y hora de inicio (posterior al inicio de vigencia del seguro) y salida de hospitalización.

10.5 Para la cobertura adicional de cáncer de género: En adición a la documentación presentada para la cobertura de indemnización por diagnóstico de cáncer, se deberá presentar la documentación que certifique el diagnóstico del cáncer de género según la definición del numeral 3.5 del presente condicionado.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de la Aseguradora, en un plazo no mayor a 360 días posteriores contados desde la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

Los teléfonos de la Aseguradora son 211-0-212, en la ciudad de Lima y 74-9001, en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente. La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al Beneficiario para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Beneficiario no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días calendario de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta la Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Aseguradora o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

En los casos en que deba practicarse una necropsia y/o dosaje etílico y/o examen toxicológico y los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, La Aseguradora quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado hasta la presentación de los documentos requeridos y aprobación del siniestro.

11. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

El **Contratante** y/o **Asegurado**, o sus **Beneficiarios**, perderán el derecho a ser indemnizados, quedando la **Aseguradora** relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso que exista más de un beneficiario, la actuación dolosa o engañosa de uno no afectará el derecho de los demás beneficiarios, salvo que éste actúe debidamente facultado en representación de éstos.

12. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El **Asegurado** autoriza expresamente a la **Aseguradora**, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por esta póliza, a acceder a su historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

13. QUEJAS Y RECLAMOS:

El **Contratante**, **Asegurados** y los **Beneficiarios** podrán presentar sus quejas y/o reclamos a la **Aseguradora**, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 días calendario contados desde la fecha de su recepción.

Del mismo modo, El **Contratante**, **Asegurados** y los **Beneficiarios**, según corresponda pueden (i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El **Asegurado** y el **Beneficiario** tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la **Aseguradora** sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la **Aseguradora**.

15. INDISPUTABILIDAD:

Esta póliza será indisputable, es decir, la **Aseguradora** no podrá invocar reticencia o falsa declaración, una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contados a partir de la fecha de su perfección, excepto en los casos que medie actuación dolosa del **Contratante** y/o **Asegurado**.

16. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones dirigidas por la Aseguradora al **Contratante** y/o **Asegurado** deberán realizarse por escrito o a través del correo electrónico que se señala en la solicitud de seguro.



Para los efectos del presente contrato, la **Aseguradora**, el **Contratante** y el **Asegurado** señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones físicas en general.

Si el **Contratante** y/o **Asegurado** cambiara de domicilio o de correo electrónico, deberán comunicar tal hecho a la **Aseguradora** por escrito. Todo cambio de domicilio o de correo electrónico que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

17. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todo litigio o controversia, resultante, relacionada o derivada de este acto jurídico o que guarde relación con él, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, pueden ser resueltas mediante la vía judicial, para cuyo efecto, las partes se someten a la competencia de los fueros correspondientes.

El Contratante y/o Asegurado puede pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el monto reclamado, a la jurisdicción arbitral, luego de producido el siniestro y siempre que el monto reclamado por el Asegurado fuese igual o superior a 20 UIT.

18. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el Contratante podrá resolver el contrato de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o nota de cobertura provisional, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

Para tal efecto, el Contratante podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

19. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

19.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación escrita y detallando las modificaciones en caracteres destacados, remitida por La Aseguradora a través de los mecanismos de comunicación pactados, con por lo menos cuarenta y cinco (45) días calendario de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendario previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para manifestar su rechazo por escrito a la propuesta comunicada por La Aseguradora; caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas.

En caso la propuesta de modificación enviada por La Aseguradora sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo de vigencia correspondiente, luego del cual no procederá la renovación automática de la póliza.

19.2 Durante la vigencia del contrato, la Aseguradora no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Aseguradora y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días calendario desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.



20. PROTECCION DE DATOS PERSONALES:

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el **Contratante/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 **Aseguradora**, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La **Aseguradora** 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

Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al **Contratante/Asegurado** información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El **Contratante** reconoce y acepta que la **Aseguradora** podrá encargarse del 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 **Contratante/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 **Contratante** decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte la **Aseguradora**.

Conforme a ley, el **Contratante/Asegurado** está facultado a ejercitar 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.

21. PERÍODO DE CARENCIA:

Los beneficios de la presente póliza sólo podrán ser utilizados por los **Asegurados**, luego de transcurridos noventa (90) días calendario desde el inicio de vigencia de la póliza. El período de carencia es aplicable únicamente a las coberturas de indemnización por diagnóstico de cáncer, enfermedades graves, renta diaria por hospitalización de cáncer y adicional por cáncer de género. En el caso de fallecimiento, la atención es a partir del inicio de vigencia del seguro.

22. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE

En caso que la presente póliza sea comercializada a través del canal Comercializadores, la Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado por la cobertura contratada. Asimismo es responsable por los errores u omisiones en que incurra el Comercializador sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

Las comunicaciones cursadas por el Contratante y/o Asegurado o sus beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con la presente póliza de seguro, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido dirigidos a la Aseguradora. Así como los pagos efectuados por el Contratante o terceros encargados del pago al Comercializador se considerarán abonados a la Aseguradora.