

**CONDICIONES GENERALES
BIENESTAR TOTAL**

ÍNDICE

CAPITULO I DEFINICIONES	3
CAPITULO II OBJETO DEL SEGURO	9
CAPITULO III COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO	9
CAPITULO IV CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACION DEL SEGURO	13
CAPITULO V RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	14
CAPITULO VI EXCLUSIONES DEL SEGURO	14
CAPITULO VII CAUSALES DE TERMINACIÓN, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO	19
CAPITULO VIII PRIMA	22
CAPITULO IX CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD	23
CAPITULO X PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO	23
CAPITULO XI LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO	26

CAPITULO XII SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA	26
CAPITULO XIII QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS	26
CAPITULO XIV DEFENSORÍA DEL ASEGURADO	26
CAPITULO XV COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES	26
CAPITULO XVI MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	27
CAPITULO XVII DERECHO DE ARREPENTIMIENTO	27
CAPITULO XVIII MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES	28
CAPITULO XIX POLÍTICA DE PRIVACIDAD	28
CAPITULO XX RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO	29
CAPITULO XXI CESION DE CARTERA	29
CAPITULO XXII TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS	29

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

1.1. Accidente: Evento fortuito, originado por una fuerza o agente externo repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura y que afecta al Asegurado causándole heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas médicamente con certeza.

1.2. Asegurado: Titular del interés asegurable. Persona natural cuya salud se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda. En esta definición está incluido el Asegurado Titular y Asegurado(s) Adicional(es). Asimismo, de ser el caso, el Asegurado podrá tener la calidad de Contratante del seguro, respectivamente.

1.3. Asegurado Titular: Cabeza del grupo asegurado. Asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste. Puede ser también el Contratante del Seguro.

1.4. Asegurados Adicionales: Son los dependientes del Asegurado Titular, los cuales deben necesariamente ser inscritos y aceptados bajo los términos de esta póliza y encontrarse expresamente nominados como tales en los Condicionados Particulares, Certificado de Seguro o solicitud-Certificado, de ser el caso. La relación de parentesco admitida para ser considerado como Asegurado Adicional, se encuentra debidamente indicada en las Condiciones Particulares.

1.5. Beneficio Máximo Anual por Persona

Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte de la póliza, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada Asegurado, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.

1.6. Beneficio Máximo Anual

Límite máximo de indemnización que se reconocerá por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.

1.7. Beneficio Máximo de por Vida por Persona

Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte de la póliza, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada Asegurado durante toda su vida, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.

1.8. Clausulas Adicionales

Son aquellas condiciones especiales y opcionales que permiten extender o ampliar las coberturas del producto, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos en las condiciones generales.

1.9. Coaseguro

Porcentaje de los gastos cubiertos que el Asegurado debe asumir una vez aplicado el deducible correspondiente, según lo indicado en la tabla de beneficios.

1.10. 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.

1.11. Condiciones Particulares

Documento que contiene los datos de identificación del Contratante y/o Asegurado y del interés asegurado y demás condiciones del aseguramiento relativas al riesgo individualizado aplicables a este seguro. La tabla de beneficios forma parte de las Condiciones Particulares.

1.12. Condiciones Especiales

Aquellas condiciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar, y en general modificar el contenido de las Condiciones Generales.

1.13. 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 haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

1.14. Contratante

Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. En caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado. El contratante es el único que puede solicitar enmiendas a la póliza. Asimismo, es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que necesita.

1.15. Corredor de Seguros

Persona física o jurídica que realiza la actividad de intermediación de seguros sin mantener vínculos contractuales con entidades aseguradoras, y que ofrece

asesoramiento independiente, profesional e imparcial a quienes demanden la cobertura de los riesgos. El Contratante 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.

1.16. Declaración Jurada de Salud

Cuestionario que, de ser incluido, el Asegurado Titular completa al momento de solicitar el seguro, en el cuál manifiesta si él, los asegurados adicionales o parientes cercanos padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro. La declaración de salud será incluida en caso de ser comercializado el presente producto como seguro masivo.

1.17. Deducible

Importe fijo de gastos cubiertos que será por cuenta del Asegurado y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en la tabla de beneficios de la póliza de seguro.

1.18. Donante

Persona, viva o fallecida, a la cual se le ha extraído uno o más órganos y/o tejidos para que sirvan de trasplante al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico diagnosticado médicamente necesario.

1.19. Emergencia accidental

Accidente que requiere atención médica dentro de las 48 horas de ocurrido el evento y que pone en peligro la salud del Asegurado.

1.20 Endoso

Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifican algunos de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero total o parcialmente los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la póliza.

1.21. Emergencia médica

Se entiende por emergencia médica toda condición repentina o inesperada que se manifieste en virtud a una enfermedad del Asegurado y que requiera atención inmediata al poner en peligro inminente su vida.

1.22. Enfermedad

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, que sea de causa no accidental y se encuentre dentro de la cobertura de esta póliza de seguro.

1.23. Enfermedad Congénita

Toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o durante el transcurso de la vida. Esta definición incluye, pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición de la Organización Mundial de Salud.

1.24. Enfermedad Congénita No Conocida

Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha transcurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.

1.25. Enfermedad Hereditaria

Toda aquella enfermedad cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

1.26. Exclusiones

Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

1.27. FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION)

Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

1.28. Guías clínicas

Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo, el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

1.29. Gastos cubiertos bajo el beneficio máximo anual por persona

Gastos usuales, acostumbrados y razonables, incurridos por un Asegurado durante la vigencia de esta póliza, en exceso del deducible y coaseguro, que son amparados por esta póliza hasta los límites contratados, y se encuentren incluidos en la Tabla de Beneficios.

1.30. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

Código de Registro SBS: AE0416400252. Póliza adecuada a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

Son los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos, que tienen como objetivo la prestación de servicio de salud. Estas instituciones son acreditadas, autorizadas, categorizadas y registradas, de acuerdo a los dispositivos legales vigentes e involucra a los Centros médicos, Centros de salud, Clínicas, Consultorios, Hospitales, Institutos, Policlínicos y Puestos de salud

1.31. Médicamente necesario o Necesidad Médica.

Servicio o suministros ordenados y proporcionados por un Hospital, un Médico u otro Proveedor de servicios de salud, y:

- Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad del Asegurado o al accidente;
- Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas;
- Que no exceden en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico, o tratamiento seguro y adecuado.
- Que no sean primordialmente para el confort ó la conveniencia personal del Asegurado, de su familia, de su Médico u otro Proveedor;
- Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado, y el que, en el caso de la atención de un paciente internado, no pueda administrarse a un paciente externo sin incurrir en riesgo.

1.32. Medicina basada en la evidencia

Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

1.33. National comprehensive cancer network

Es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a incrementar la calidad y efectividad del cuidado brindado a los pacientes con cáncer. Se encarga de elaborar recomendaciones y guías de manejo que proporcionan valiosa información a los médicos para la toma de decisiones concernientes a la salud del paciente.

1.34. Nivel de evidencia II A

Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de

solidez). El nivel de evidencia "II A", según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia "II A" es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

1.35. Órgano

Es aquella parte del organismo humano que realiza una función fisiológica específica.

1.36. Obesidad

Presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Se clasifica fundamentalmente en base al índice de masa corporal (IMC) que se define como el peso en kilos dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado. Los distintos grados de obesidad se consideran mediante la siguiente escala: Grado I: Sobrepeso entre 25 - 29.9 IMC. Grado II: Obesidad 30 - 39.9 IMC. Grado III: Obesidad mórbida mayor 40 IMC.

1.37. Período de carencia

El periodo de días calendario, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares, en el cual no se reconocerá ninguna cobertura o gasto, a excepción de las coberturas por accidentes o de las siguientes enfermedades agudas: Apendicitis, Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular (hemorragia cerebral aguda), las cuales demandan una atención por el servicio de emergencia.

El periodo de carencia no será aplicable a las enfermedades preexistentes indicadas, de corresponder, en la Declaración Jurada de Salud por el Asegurado que se hayan generado o por las que el Asegurado haya recibido coberturas durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediato anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad con la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

No se excluirán de la póliza aquellas enfermedades y/o dolencias diagnosticadas durante el Periodo de Carencia.

1.38. Periodo de espera

Aquel periodo de días calendario contados a partir del inicio de vigencia de la póliza, establecida en las Condiciones Particulares durante el cual la

Aseguradora no cubre determinados riesgos establecidos en la presente póliza. Los periodos de espera son los siguientes:

a) El periodo de espera para el Beneficio de Maternidad será de 12 (doce) meses contados a partir del inicio de la vigencia de la póliza.

b) Solo se cubrirán después de 10 (diez) meses de incorporación en la Póliza, siempre y cuando no hayan sido pre-existentes al inicio de la misma, el tratamiento y/o cirugía relacionados con:

- Extracción de amígdalas, adenoides y resección submucosa del septum nasal de los cornetes.
- Cataratas, Pterigion y Glaucoma.
- Cáncer
- Tumores malignos, oncológicos y Tumores benignos
- Sinusitis.
- Útero y/o anexos, quistes, mamas y prolapsos genitales.
- Cirrosis Hepática.
- Enfermedades de la próstata.
- Enfermedades de la columna vertebral.
- Hemorroides y Várices.
- Hernias de cualquier tipo.
- Diabetes, Dislipidemia y Enfermedades Metabólicas.
- Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.
- Enfermedades neurológicas, hipertensión arterial, cerebrales y cardiovasculares (con excepción de Infarto agudo al miocardio y accidente cerebro vascular).
- Artrosis, artritis y meniscopatías.
- Enfermedades de la Vesícula Biliar.
- Litiasis Vesicular, de la vía Biliar o de las vías Urinarias.
- Eventración
- Úlcera Gastroduodenal
- Asma, Tuberculosis e Hiperactividad bronquial.
- Procedimiento de Artroscopía, salvo los casos derivados de una emergencia accidental
- Procedimiento de Litotricia.
- Hiperhidrosis.

Los periodos de espera estipulados en el presente artículo no regirán para los Asegurados Adicionales cuyo nacimiento haya sido amparado por la Póliza, siempre y cuando hayan sido incluidos en la póliza dentro de un periodo máximo de 30 (treinta) días calendario contados a partir de su nacimiento.

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

conforme a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

1.39. Póliza

Se entiende por póliza, el presente contrato de seguro constituido por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, incluyendo la Tabla de Beneficios, las Condiciones Especiales y Endosos anexos, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante de la presente póliza. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales; las condiciones generales prevalecen sobre las condiciones generales de contratación. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

1.40. Prima

Es la contraprestación establecida por la Aseguradora por la cobertura otorgada.

1.41. Proveedores afiliados

Proveedores de salud, clínicas, hospitales o instituciones médicas que se detallan en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y que se encuentran detallados en el Listado de Proveedores de La Aseguradora.

1.42. Solicitud de Seguro

Documento en el cual el Asegurado solicita la cobertura del seguro para él y los asegurados adicionales que designe, el cual incluye la respectiva Declaración Jurada de Salud.

1.43. Suma Asegurada

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor máximo por el cual la Aseguradora 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 Aseguradora puede indemnizar por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

1.44. Siniestro

Es la manifestación concreta del riesgo asegurado relacionado con las coberturas, beneficios o servicios otorgados por la presente póliza.

1.45. Tabla de Beneficios

Documento que contiene las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, beneficios y servicios otorgados por la presente póliza.

1.46. Tejido

Código de Registro SBS: AE0416400252. Póliza adecuada a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias

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

1.47. Terapia médica experimental

Se refiere a todo aquel tratamiento, medicación, droga, dispositivo, procedimiento o servicio relacionado a un diagnóstico o condición particular cuando una de las siguientes características existe:

- La terapia para la condición médica particular, no es aprobada por la FDA (Food and Drug Administration – Agencia del Gobierno de Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, suplementos alimenticios, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y productos hemáticos).

- La terapia no cumple con los niveles de evidencia la y IIa bajo el parámetro de la Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a las guías (National Guideline Clearinghouse) de la Agency for Health Care, Research and Quality de los EE.UU.

- La terapia está sujeta a:

a) Protocolo de investigación escrito.

b) Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.

c) Ensayos clínicos en fase I y II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase II, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS).

1.48. Trasplante de órganos y/o tejido

Se refiere al procedimiento quirúrgico, declarado médicamente necesario, que se requiera efectuar durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se reemplaza o trasplanta total o parcialmente, de un donante vivo o fallecido, cualquier órgano y/o tejido.

1.49. Usual, Acostumbrado y Razonable

Usual: Es el cargo cobrado con mayor frecuencia por un proveedor, correspondiente a un servicio o suministro específico.

Acostumbrado: Es el cargo que está dentro del rango de los honorarios usuales cobrados por los Proveedores con capacitación y experiencia similares (con respecto a Proveedores profesionales), o instalaciones y equipos disponibles (con respecto a Proveedores institucionales) por el mismo servicio o suministro dentro de una zona geográfica o socioeconómica determinada.

Razonable: Es el cargo usual y acostumbrado o, en la opinión del Médico Auditor de la Aseguradora, se justifica en virtud de las circunstancias especiales de un caso específico.

1.50. Plan de Salud

Documento que contiene las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, beneficios y servicios otorgados por la presente póliza, también definido como Tabla de Beneficios

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, especiales y en la Tabla de Beneficios a favor del Asegurado y serán exigibles dentro del territorio de la República del Perú. El Contratante o Asegurado Titular, según corresponda, se obliga al pago de la prima convenida.

Los importes de las coberturas de este seguro, el monto de la prima y cualquier otro concepto a cargo del Asegurado Titular y/o Contratante están detallados en las condiciones particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, que forman parte integrante de la presente póliza. De igual manera, el detalle sobre la forma de atención para cada una de las coberturas (crédito o reembolso) estará precisado en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

3. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO

La Aseguradora pagará los gastos cubiertos de acuerdo al diagnóstico y necesidades de tratamiento, con respecto a las siguientes coberturas:

3.1. Cobertura de Atención Ambulatoria

La Aseguradora cubrirá los gastos incurridos en relación al servicio ambulatorio, con la aplicación del deducible, de corresponder, y conforme al porcentaje de coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

- Honorarios médicos por tratamiento ambulatorio.
- Medicinas, radiografías, exámenes, análisis de laboratorio, oxígeno, radioterapia, fisioterapia, enyesado, entablado, vendas y otros gastos similares.

La presente cobertura podrá ser otorgada vía crédito o reembolso, según lo estipulado en las Condiciones Particulares, Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado.

3.2. Cobertura de Atención Hospitalaria

Mediante la presente cobertura, se cubrirán los gastos incurridos en relación al servicio hospitalario, con la aplicación del deducible, de corresponder, y conforme al porcentaje de coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

- Habitación unipersonal y alimentación (incluyendo dietas especiales) en un hospital o clínica autorizada como tal por el Ministerio de Salud y/o organismos competentes.
- Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario, por ayudantía y por anestesiólogo.
- Sala de operaciones, anestesia, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes, análisis de laboratorio, oxígeno, radioterapia, tomografías, ecografías, resonancia magnética y fisioterapia (enyesado, entablillado y vendas)
- Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) donante(s) calificado(s), incluyendo los exámenes de compatibilidad sanguínea para transfusión, de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas, sustentadas en la historia clínica bajo pertinencia médica.
- Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. Este servicio ofrece un desayuno, un almuerzo y una cena al día, servidos por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento, según las condiciones particulares de la presente cobertura. **Este servicio no aplica para internamientos por Maternidad. Asimismo, solamente se brindará en Perú y por el sistema de crédito, en cualquier red de clínicas.** Para internamientos por tratamiento oncológico el servicio será brindado sin límites de edad.

3.3. Consulta Médica a Domicilio

En virtud a la presente cobertura, la Aseguradora otorgará atenciones de Médico a domicilio exclusivamente para enfermedades agudas de baja complejidad. Para dichos efectos, el Asegurado deberá solicitar una cita programada para atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la tabla de beneficios, debiendo pagar el copago establecido por consulta.

La presente cobertura está condicionada a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del Asegurado, cuyo tiempo de atención se informará en el momento de la solicitud de cobertura, siempre que se encuentre dentro del ámbito geográfico señalado en las Condiciones Particulares. Para dichos efectos, el Asegurado deberá comunicarse vía telefónica a Línea Positiva de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios.

Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos en la red de clínicas o centros médicos, bajo la cobertura de atención ambulatoria indicado en el Plan de Salud.

3.4. Atención de Emergencias

3.4.1. Emergencia Accidental

Ampara al 100% los gastos ambulatorios de emergencias accidentales, incurridos durante las primeras 48 horas de ocurrida la emergencia, siempre que el Asegurado no requiera hospitalizarse, como, por ejemplo:

- Luxaciones, esguinces, fracturas entre otros traumatismos.
- Heridas cortantes de cualquier etiología
- Quemaduras
- Picaduras de insectos con reacción alérgica y mordeduras de animales.

Y cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerado como un caso de emergencia accidental por el médico tratante. Los controles posteriores de una emergencia accidental, serán cubiertos al 100% siempre que se continúe el tratamiento hasta el plazo máximo indicado en las Condiciones Particulares.

Si a causa de la emergencia accidental el Asegurado tuviera que hospitalizarse o realizarse alguna cirugía, los gastos cubiertos derivados del accidente serán reconocidos de acuerdo a las condiciones de la cobertura Hospitalaria, según la tabla de beneficios.

3.4.2. Emergencia médica

Definida como crisis aguda e imprevisible en la salud del Asegurado que se manifieste en virtud a una enfermedad del Asegurado, con gravedad y severidad de tal magnitud que ponga en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos por lo que requiere de atención médica de emergencia.

Serán cubiertos los gastos ambulatorios de emergencias médicas, incurridos durante las primeras 24 horas de ocurrida la emergencia; siempre que el asegurado no requiera hospitalizarse, como, por ejemplo:

- Infarto Agudo al Miocardio, Angina de Pecho, Crisis Hipertensiva y edema agudo pulmonar.
- Crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda y neumonía.
- Cólico vesicular, Apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras y peritonitis.
- Cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda e insuficiencia renal aguda.
- Convulsiones, Accidentes Cerebro Vasculares (derrame cerebral, hemiplejías etc.).
- Síndromes febriles mayor a 38.5 (de 0 a 12 años) y síndromes febriles mayor a 39 (mayores de 12 años).
- Hemorragias de cualquier etiología, **excepto las que se originen por el embarazo.**
- Pérdida de conocimiento súbita.
- Torsión testicular
- Intoxicaciones medicamentosas y alimentarias.

Y cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerado como un caso de emergencia médica por el médico tratante. Si a causa de la emergencia médica el asegurado tuviera que hospitalizarse o realizarse alguna cirugía, los gastos cubiertos derivados de la emergencia serán reconocidos de acuerdo a las condiciones de cobertura Hospitalaria según la tabla de beneficios.

3.4.3. Ambulancia a Domicilio

Atención Médica a Domicilio para situaciones de Emergencia. Previa comunicación a Línea Positiva se coordinará el envío de unidades móviles para la atención de emergencias accidentales o emergencias médicas a domicilio durante las 24 horas y todos los días del año.

3.4.4. Transporte por Evacuación Terrestre en caso de Emergencia

La Aseguradora cubrirá el transporte por evacuación del Asegurado en caso requiera tratamiento médico quirúrgico de Emergencia y no exista la capacidad profesional o resolutive en el establecimiento de salud en la localidad donde se encuentre, siempre que el médico tratante autorice la evacuación.

Para cualquier traslado de emergencia se requerirá previamente una coordinación entre el equipo médico de la Aseguradora con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar, según la evaluación de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia tipo I, Tipo II o Tipo III) hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado. Luego de validarse la necesidad del traslado de emergencia, el médico tratante deberá coordinar con el médico que recibirá al Asegurado según las normas de referencia y contra-referencia del Ministerio de Salud (Minsa).

En caso de traslado de emergencia se cubrirán los gastos de transporte mediante reembolso de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la salud.

No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el asegurado, ni acompañante.

3.5. Maternidad

Ampara los gastos efectuados a consecuencia del embarazo, incluyendo el control de gestación, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se cubre parto ya sea éste normal o cesárea quirúrgica; siempre y cuando este último sea médicamente necesario, Asimismo, se incluyen los gastos para el recién nacido por concepto de sala de bebés, medicinas y consultas del médico pediatra.

La cobertura de fimosis o circuncisión se brindará únicamente mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto. No se otorgará reembolso para el procedimiento de fimosis o circuncisión.

La presente cobertura incluye los casos de aborto y/o amenaza de aborto no provocados intencionalmente. Se considera aborto y/o amenaza de aborto aquel producido hasta el sexto mes de embarazo.

La presente cobertura será otorgada únicamente a favor de la Asegurada Titular, o cónyuge del Asegurado Titular.

Periodo de espera: Esta cobertura entrará en vigencia después de doce (12) meses continuos de estar asegurada.

3.6. Control del Niño Sano

Mediante la presente cobertura, se ampara las consultas de control mensual del recién nacido hasta su primer año de vida, siempre y cuando el parto haya sido cubierto por la presente póliza y el recién nacido haya sido inscrito como Asegurado Adicional dentro de los treinta (30) días de su nacimiento.

3.7. Vacunas

En virtud de la presente cobertura, la Aseguradora brindará inmunizaciones que se encuentren establecidas en el Plan Nacional de Vacunación publicado por el Ministerio de Salud, según Tabla de Beneficios de la presente póliza.

3.8. Chequeo Médico Preventivo

La presente cobertura otorga un chequeo médico preventivo diseñado de acuerdo a la edad y sexo del Asegurado, en la periodicidad indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado, según corresponda. El detalle de la cobertura se encuentra indicado en la Tabla de Beneficios de la presente Póliza.

3.9. Oftalmología

Las enfermedades o cirugías de los ojos serán cubiertas según la red de proveedores y de acuerdo a las condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios.

3.10. Odontología

La cobertura odontológica se brinda de acuerdo a las condiciones estipuladas en el Plan de Salud, según lo siguiente:

- a) Examen oral inicial.
- b) Radiografías: Bitewings, periapical y oclusal. Radiografía panorámica sólo para casos de exodoncia impactada
- c) Profilaxis general, **(incluye limpieza manual simple sin uso de cavitron o equivalentes, solo una vez durante la vigencia anual de la póliza),**
- d) Flúor y sellantes **(hasta los 12 años).**
- e) Restauraciones: resina, resina con luz alógena, curaciones simples y compuestas.
- f) Terapia Radicular (endodoncia).

- g) Pulpectomía y Pulpotomía
- h) Apiceptomía.
- i) Exodoncias simples y complementarias (extracciones dentales).

3.11. Oncología

En virtud a la presente cobertura, la Aseguradora cubrirá los gastos por enfermedades oncológicas que sufra el Asegurado de acuerdo con las condiciones señaladas en la Tabla de Beneficios. **Para la aprobación de la cobertura resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las siguientes condiciones:**

1) Que tanto el tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) haya(n) concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir, que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y se encuentren calificadas como categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las “Clinical Practice Guidelines in Oncology” (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la National Comprehensive CANCER Network (NCCN) de Estados Unidos de América.

2) Que los procedimientos oncológicos (CIRUGÍA ONCOLÓGICA, radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren estipulados en las “Clinical Practice Guidelines in Oncology” (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la National Comprehensive CANCER Network (NCCN), como categorías de evidencia y consenso 1 o 2A.

Mayor información con respecto a la National Comprehensive CANCER Network (NCCN), podrá ser obtenida en la siguiente página web: www.nccn.org
Las enfermedades que se presenten en el Asegurado como intercurencias o complicaciones y que no guarden relación directa con la enfermedad de cáncer serán cubiertas bajo las condiciones ambulatorias y hospitalarias establecidas en la Tabla de Beneficios de la póliza, siempre que no formen parte de las exclusiones de la póliza.

La Aseguradora podrá designar los centros de atención para exámenes de laboratorio, especiales radiografías, ecografías, densitometrias, mamografías, resonancias, tomografías entre otros.

Para efectos de las coberturas detalladas en el presente capítulo, la medicación prescrita por un médico tratante no podrá **ser mayor a 30 días de tratamiento**. Asimismo, las atenciones mediante el sistema de crédito deberán ser prestadas en proveedores afiliados. En dicho caso el asegurado será responsable solamente por el deducible, coaseguro y gastos no cubiertos por la póliza.

Si la Aseguradora reconoce y brinda alguna cobertura y luego de las investigaciones y revisiones realizadas se considera que la cobertura otorgada correspondía a un evento expresamente excluido por la presente Póliza, La Aseguradora no estará obligada a continuar asumiendo el gasto, y corresponderá el rechazo de las coberturas, de acuerdo al procedimiento descrito para tal efecto, en tanto las causales de rechazo del siniestro sean conocidas por la Aseguradora con posterioridad a la presentación del siniestro.

4. CELEBRACIÓN, INICIO Y DURACION DEL SEGURO

El presente contrato de seguro tendrá la vigencia establecida en las condiciones particulares y/o certificado de seguro, según corresponda. De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la prima o cuota de seguro correspondiente.

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 prima o cuota de seguro, 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.

5. 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 o Asegurado Titular, según corresponda, cumpla con pagar la prima correspondiente.

No procede la renovación del plan complementario si es que a su vencimiento el Asegurado no cuenta con un PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) vigente verificado por La Aseguradora a través del Registro de Afiliados de SUSALUD.

Cuando el asegurado haya venido renovando su póliza durante los últimos cinco (05) años en forma consecutiva e ininterrumpida tendrá derecho a continuar renovando el contrato de seguro indefinidamente con coberturas no menores a las pactadas anteriormente.

6. EXCLUSIONES DEL SEGURO

No se activará ninguna cobertura de la presente póliza y la Aseguradora no pagará ningún gasto en los siguientes supuestos:

6.1 Accidentes aéreos en aviones privados, :

Gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados; con excepción de aquellos accidentes y/o lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.

6.2 Accidentes por la conducción de vehículos sin licencia

No se cubren lesiones a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados cuando el asegurado siendo conductor no cuente con licencia vigente para hacerlo.

6.3 Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales:

Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

6.4 Accidentes por consumo de drogas, alcohol y otros:

Gastos por accidentes resultantes del uso de drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, siempre que guarde relación causal con el accidente, por ejemplo: caídas, golpes, peleas u otros accidentes. No se brindará cobertura si existe evidencia de la evaluación médica y esté registrado en la historia clínica, o presente un dosaje etílico mayor a 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre, salvo que el accidente haya sido derivado de un diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.

6.5 Vacunas, Vitaminas, minerales y otros:

Gastos relacionados a la aplicación de Vacunas excepto las contempladas en el Plan Nacional de Vacunación y las vacunas indicadas por isoimmunización materno fetal, toxoide tetánico según indicación médica. Tratamientos preventivos de enfermedades (Vitaminas, Minerales, (a excepción de los contemplados en el Plan Materno-Infantil), Suplementos y/o complementos alimenticios y/o nutricionales, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes (flora intestinal y otros), energizantes y estimulantes de las funciones intelectuales cerebrales. Sólo se cubren vitaminas y minerales en enfermedades que se haya evidenciado por laboratorio la carencia de los mismos.

No se contempla en esta exclusión la Nutrición Total Parenteral y la Nutrición Enteral que se cubre sólo en pacientes hospitalizados en los siguientes casos:

Nutrición Parenteral: en pacientes con enfermedad que impide el uso del aparato digestivo y que no tengan contraindicaciones para su administración.

Nutrición Enteral: en pacientes que no puedan ingerir alimentos por boca pero que tienen el aparato digestivo utilizable (politraumatizados, coma, gran quemado, pancreatitis severa, en sedación o en ventilación mecánica).

Leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal) a base de plantas o hierbas y medicina homeopática, tónico cerebral, hepatoprotectores, hemostáticos, venoactivos, o las llamadas fórmulas magistrales y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular, salvo la leche maternizada cuando hay imposibilidad documentable de lactancia materna, sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente en etapa puerperal.

6.6 Productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos:

No se cubren los gastos relacionados a productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos, salvo en casos de diarrea aguda infecciosa con reacción inflamatoria en heces negativa: *Saccharomyces boulardii* (Por ejemplo: Floratil), *Bacillus clausii* esporas (Por ejemplo: Enterogermina) y *Lactobacillus* (Por ejemplo: Florea, Biogaia).

6.7 Medicina biológica y/o sus complicaciones:

Medicamentos, insumos, implantes u otro material de origen biológico, inmunoglobulinas e inmunomodulares de origen biológico, salvo los utilizados en terapia oncológica y/o terapia biológica no oncológica, precisada en la Tabla de Beneficios.

6.8 Aparatos ortopédicos, bragueros, muletas y similares:

Aparato, equipos ortopédicos y ortésicos (zapatos ortopédicos, silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, collarines, cama clínica, mantas térmica, entre otros), prótesis externas y dentales, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil, presión positiva continua de vía aérea –CPAP) audífonos e implante coclear. Con excepción de las prótesis quirúrgicas internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardíacas, para diálisis, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardíaco) bajo beneficio de prótesis. No se cubren Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina

6.9 Dispositivos para columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo): del grupo de separadores interespinales e intervertebrales (Coflex, Coflex –F,Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos ablativos para columna con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, rizotomía o neulolisis; proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca. Sí se cubren los bloqueos radiculares o facetarios con anestésicos o corticoides.

Se cubre los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas, bajo beneficio de prótesis.

6.10 Estudios de polisomnografía:

No se cubre el estudio de polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de apnea obstructiva de sueño, narcolepsia o insuficiencia cardiaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

6.11 Chequeo médico sin diagnóstico o síntomas:

Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico, despistaje y/o descarte de enfermedades en una persona sin diagnóstico o síntomas de enfermedad que no sea parte del Programa de Anual de Chequeo Preventivo ofrecido por la presente póliza. Se excluye a su vez todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.

6.12 Cirugía plástica, estética, reconstructiva y tratamientos de embellecimiento

Gastos por cirugía plástica, estética, reconstructiva y tratamientos para fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza.

Se excluye también el tratamiento y/o consecuencias de melasma, várices con fines estéticos y escleroterapia en varices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso.

Asimismo, no están cubiertas las cirugías y/o complicaciones de tipo estética por mamoplastía reductora, ginecomastia, gigantomastia, lipoescultura posparto y reconstrucción mamaria, así como las cirugías por reconstrucción de vías nasales, salvo que se encuentren expresamente contenidas en la Tabla de Beneficios.

6.13 Cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes:
Gastos por cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza.

6.14 Cuidado domiciliario:

Gastos relacionados a los cuidados médicos y personales en caso de senilidad, demencia o trastornos o pérdida de la función cognitiva.

6.15 Condiciones preexistentes:

Gastos relacionados a Condiciones Preexistentes y las complicaciones de Condiciones Preexistentes. No aplicará la presente exclusión en caso que la enfermedad preexistente haya sido objeto de cobertura durante la vigencia de una póliza que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

6.16 Consecuencias de uso fármacos sin prescripción médica o en forma contraria a la prescripción médica.

Gastos efectuados como consecuencia del inicio del tratamiento en fecha distinta a la señalada por el médico tratante, originados por negligencia del propio Asegurado en perjuicio de su rehabilitación; asimismo los gastos efectuados como consecuencia del uso de medicamentos sin prescripción médica. De igual forma no se cubren los gastos por uso o consecuencia del uso de fármacos para tratamientos y/ o cirugías no cubiertas por esta póliza.

6.17 Cuidados del acompañante y objetos de confort personal: Gastos por cuidados del acompañante del Asegurado hospitalizado y/o artículos personales como papel higiénico, termómetro, toallas, pañales, biberón, leche, pulsera de identificación. Se excluye a su vez el alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipo para ejercicios.

6.18 Curas de reposo, surmenaje, desarrollo psicomotor, deficit de atención, problemas de aprendizaje o lenguaje. Salvo se indiquen como diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.

6.19 Dermatología:

Gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo, protectores solares aun si son por prescripción médica y tratamiento de alopecia.

6.20 Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM):

Todo tratamiento por trastornos de la articulación temporomandibular o maloclusión. Asimismo, se excluye trastornos cráneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura aun cuando se hayan producido como consecuencia de un accidente.

6.21 Enfermedades congénitas y hereditarias:

Salvo que este expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, se excluye los gastos a consecuencia directa o indirecta de una enfermedad congénita y enfermedad hereditaria. Asimismo, no están cubiertos las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas excepto para diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas cubiertos en esta póliza. No aplica screening.

6.22 Enfermeras privadas:

Gastos por cuidado de enfermeras privadas.

6.23 Epidemias:

Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubre los gastos por enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que hayan sido declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

6.24 Gastos en el extranjero

Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubren los gastos por tratamientos efectuados en el extranjero y medicamentos no comercializados a nivel nacional.

6.25 Gastos excesivos:

Gastos que excedan los límites razonables y acostumbrados, que no sean médicamente necesarios y que el Asegurado no está legalmente obligado a pagar, la evaluación se realiza con la auditoría del caso, según pertinencia médica.

6.26 Lesiones por actos militares entre otros:

Gastos por lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa en servicio militar, actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.

6.27 Lesiones a causa de accesorios externos estéticos y tatuajes:

Gastos relacionados a complicaciones generadas a partir de la colocación de accesorios estéticos externos (tipo Piercings) o a la realización de tatuajes.

6.28 Lesiones por práctica de deportes notoriamente peligroso y/o por ser profesional en la práctica de un deporte:

Lesiones producidas a consecuencia de la práctica profesional de deportes, así como de actividades y/o deportes peligrosos, conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky surf, skateboard, o ciclismo de montaña.

6.29 Lesiones o enfermedades por terapias de radiación:

Gastos por lesiones o enfermedades producidas por energía atómica, radiaciones ionizantes, de rayos X, radioterapia, radium o isótopos, aplicada sin la supervisión o diagnóstico médico correspondiente.

6.30 Terapia de sensibilización para Alergias y sus complicaciones, excepto la Prueba del Panal de Alergias, pruebas cutáneas o PRICK TEST.

6.31 Medicamentos para el tratamiento de la osteopenia.

6.32 Queratotomía radial, cirugía correctiva ocular y aditamentos para la vista y audición:

Gastos por tratamiento de queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción, técnicas de superficie lasik, epi-lasik. Lasek, PRK o tratamientos similares. Asimismo, la adquisición de anteojos, cristales, lentes de contacto o aparatos auditivos.

Los honorarios del oculista sólo estarán cubiertos cuando estos sean parte de intervenciones quirúrgicas por enfermedades y/o accidentes del aparato ocular, cubiertos por esta póliza.

6.33 Sangre y Plasma:

Compra de sangre y derivados, plasma, plaquetas y paquetes globulares, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertos los exámenes de compatibilidad sanguínea para transfusión, de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas, sustentadas en la historia clínica bajo pertinencia médica.

6.34 Servicios médicos proporcionados por un pariente:

Gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.

6.35 Suministros y/o servicios no prescritos médicamente:

Cualquier servicio o suministro no prescrito por un médico u odontólogo colegiado. No se reconocerán los gastos por la práctica de intrusismo.

6.36 Tratamientos de medicina alternativa y experimentales:

Todo tratamiento y servicio no aceptado por la ciencia o la medicina tradicional. Asimismo, y salvo que la Tabla de Beneficios expresamente lo contenga, se excluyen tratamientos pediátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food & Drug Administration – agencia del gobierno de EEUU responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, suplementos alimenticios, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y productos

hemáticos), o EMEA (Agencia Europea de Medicina) y/o Organización Mundial de la Salud.

6.37 Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización

Gastos por tratamiento de obesidad o raquitismo y/o de fertilización o esterilización, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. Los trastornos de crecimiento a excepción de Pubertad Precoz. Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.

6.38 Tratamiento por Trastornos de los pies

Gastos por cuidado podiátrico y tratamiento de callosidades, pie plano, hallux valgus, hallux rigidus, dedo del pie en martillo, otras deformidades del pie similares.

6.39 Tratamientos odontológicos

Se excluyen gastos por tratamientos y operaciones de ortodoncias, prótesis dentales y todo lo relacionado con ellos y sus complicaciones, a excepción de los que se hubieren producido a consecuencia de un accidente, gasto cubierto por esta póliza y aquellos que expresamente se encuentran cubiertos de acuerdo a cobertura brindada.

6.40 Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.

6.41 Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual: VIH / SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones. Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.

6.42 Trasplantes de órganos y tejidos:

Se excluye los gastos por trasplantes de órganos y/o tejidos. Asimismo, se excluye los gastos por servicios médicos suministrados en relación con, o como resultado de, cualquier trasplante de órgano o de tejido que originalmente no estuvo cubierto bajo esta póliza y se excluye cualquier gasto por el concepto de compra de órganos.

6.43 Unidades de calefacción y artefactos eléctricos:

Gasto por alquiler de unidades de calefacción, teléfono y artefactos eléctricos.

6.44 Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration- USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.

6.45 Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest).

6.46 Disfunción eréctil y trastorno de la libido.

6.47 Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.

6.48 Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.

6.49 Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.

6.50 Pruebas o tests con fines pronósticos (genéticas, de imágenes o de laboratorio) intra o extrauterino.

7. CAUSALES DE TERMINACIÓN, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

7.1 La terminación de la póliza, certificado de seguro y/o solicitud-certificado, según corresponda, se produce sin necesidad de aviso o comunicación alguna:

a) Al fallecimiento del Asegurado

b) Al término de la vigencia de la póliza, en caso no sea renovada
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 de la prima 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, certificado de seguro y/o solicitud-certificado, según corresponda, durante la suspensión de la cobertura del seguro mediante una comunicación escrita dirigida al Contratante y Asegurado Titular con treinta (30) días calendario de anticipación.

b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante o Asegurado Titular, según sea el caso por ser responsable de pago, 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
La solicitud de resolución del Contrato 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 o el asegurado tuvieran 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.

c) Cuando medie solicitud de cobertura fraudulenta, supuesto en el cual la Aseguradora de forma conjunta con la comunicación de rechazo del siniestro, dentro del plazo señalado en la cláusula 10, informará la resolución del contrato de seguro, mediante comunicación escrita. La resolución surtirá efectos desde su notificación.

d) 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 póliza quedará resuelta en la fecha en que el Contratante y/o Asegurado reciba dicha comunicación.

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.

e) Por decisión de la Aseguradora, lo cual deberá ser comunicado al Contratante o Asegurado 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 resolución será efectiva con ocasión de la fecha de recepción de la comunicación.

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 o Asegurado Titular, según corresponda, 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 los supuestos en que corresponda, a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso a La Aseguradora se realizará en las Oficinas de la Aseguradora:

- En caso de seguros masivos, previa solicitud por escrito del Contratante o Asegurado en un plazo de treinta (30) días.**
- En caso de seguros no masivos, La Aseguradora devolverá la prima pagada en exceso al Contratante o Asegurado, sin necesidad de requerimiento previo, dentro de los treinta (30) días siguientes de la fecha de resolución. En el supuesto del literal b), el plazo se computa desde presentada la solicitud de resolución.**

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 los supuestos comprendidos en el numeral 7.3 del literal a), b) y d) La Aseguradora procederá a la devolución de la prima, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de la fecha de declaración de la nulidad del contrato. Tratándose del literal c) La Aseguradora tendrá derecho a retener el íntegro de la prima del primer año de duración del contrato a título indemnizatorio, procediendo a devolver la prima por el periodo posterior pagado dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de declaración de la nulidad del contrato. La devolución se realizará en las Oficinas de La Aseguradora.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o 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.

Si el Asegurado hubiera cobrado cualquier suma correspondiente a un siniestro cubierto bajo la presente póliza, y luego se revelará que ésta es nula conforme a lo dispuesto en el marco legal que regula el contrato de seguro, la Aseguradora informará al Asegurado mediante comunicación escrita, quedando el Asegurado automáticamente obligado a devolver a la Aseguradora toda suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos sustentados en comprobantes de pago admitidos por la administración tributaria y tributos vinculados al pago del siniestro. Los sustentos de los gastos y tributos mencionados serán enviados en la comunicación.

8. PRIMA:

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

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 o Asegurado, según corresponda, 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 20 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 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. La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que se haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, La Aseguradora podrá optar por resolver la póliza de seguro o certificado o Solicitud – Certificado, según corresponda. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante y Asegurado 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 la póliza de seguro o certificado, según corresponda, la

cobertura podrá ser rehabilitada hacia el futuro, siempre que el Contratante y/o Asegurado Titular, según corresponda, 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 la póliza de seguro o certificado, según corresponda, 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 Asegurado Titular y Contratante del incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias.

Las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización debido a factores como inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad del programa, evolución de gastos médicos, tablas de morbilidad, edad, nuevas tecnologías, cambio en tarifario de los proveedores de salud y otros criterios técnicos-financieros y supuestos actuariales que determinan el reajuste de la prima. Los ajustes por actualización se realizarán en la renovación de la vigencia de la póliza.

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 Aseguradora. El pago hecho por el Contratante y/o Asegurado Titular al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de la Aseguradora o a la entidad financiera autorizada por la Aseguradora para recaudar el pago.

9. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Podrán ingresar como Asegurado de la presente póliza cualquier persona residente en la República del Perú y que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y con las edades establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro y/o Certificado.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse con documento fehaciente en los casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del Siniestro amparado por este Contrato de Seguro.

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 Aseguradora modifique las primas, deducibles, proveedores afiliados, y copagos de acuerdo a los criterios y procedimientos para actualización de las primas.

10. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

10.1 Aviso de siniestro:

Al ocurrir un siniestro, el Asegurado, beneficiario o cualquier tercero que corresponda, deberá:

Informar a la Aseguradora la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha de ocurrido el siniestro o de que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo, llamando al teléfono (01) 211-0-213 desde Lima y/o Provincia o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional o solicitando la cobertura respectiva bajo sistema de créditos ante alguna IPRESS contenida en las Condiciones Particulares de su póliza. Si el Asegurado o beneficiario, debido a culpa leve, incumplen con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a la Aseguradora, 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. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado, este pierde el derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Asegurado, 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 Aseguradora haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio. El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura.

El Asegurado deberá suministrar toda aquella información y pruebas documentales que la Aseguradora le requiera, conforme a los numerales siguientes, siempre y cuando guarden consistencia y proporcionalidad con la indemnización reclamada.

10.2 Procedimientos para la atención del siniestro

Las coberturas del seguro podrán solicitarse en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: www.lapositiva.com.pe. Para las coberturas atendidas bajo el Sistema de Créditos, las coberturas podrán solicitarse ante las IPRESS (proveedores) que se señalan en su Tabla de Beneficios. Para atención vía telefónica comunicarse a Línea Positiva llamando al teléfono (01) 211-0-213 desde Lima y/o Provincia a efectos de coordinar la atención correspondiente.

Asimismo, el Asegurado deberá presentar la siguiente documentación e información, según corresponda al siguiente correo siniestrossalud@lapositiva.com.pe

- Sistema de reembolso:

Para el reembolso de algún gasto médico cubierto, es necesario que se presenten documentos originales como, facturas y/o boletas de venta, indicaciones y recetas, la solicitud proporcionada por la Aseguradora y/o sus proveedores debidamente completada con los datos del paciente y con

el informe médico, así como todos los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido, en un plazo no mayor a 90 días calendario.

Los recibos por honorarios profesionales deberán ser emitidos siempre a nombre del paciente asegurado.

- Sistema de Crédito:

Atención Ambulatoria: Se otorga en los proveedores afiliados con la presentación del documento de identidad o carné de extranjería.

El Asegurado abonará el importe correspondiente al deducible y coaseguro de los gastos efectuados y de ser el caso los gastos no cubiertos por la presente póliza.

Atención Hospitalaria: El Asegurado deberá solicitar a la Aseguradora una carta de garantía, presentando la copia simple de la orden de internamiento de su médico en la que se especifique el Proveedor Afiliado, la dolencia que padece y el presupuesto de dicho proveedor afiliado correspondiente. Con la carta de garantía, podrá hospitalizarse abonando, al momento del alta, únicamente los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro a cargo del Asegurado estipulados en la tabla de beneficios.

Todos los pagos correspondientes a gastos cubiertos por este seguro serán efectuados directamente por la Aseguradora a los proveedores afiliados que en exclusividad brindarán sus servicios, de acuerdo a las coberturas que se señalan en la tabla de beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares o a los Asegurados en los casos de los reembolsos permitidos por la póliza.

La Aseguradora podrá solicitar aclaraciones o precisiones adicionales que considere necesario respecto de la documentación e información presentada por el asegurado para la evaluación y liquidación del siniestro, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que la misma guarde relación con el siniestro.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, la Aseguradora deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del mismo; de no pronunciarse en dicho plazo se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, debiendo atenderse dentro del plazo de los 30 días siguientes de dicho consentimiento. La Aseguradora 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, resultase 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 devolverá a la Aseguradora el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

De igual manera, si la Aseguradora hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en la presente póliza y posteriormente detectase dicha situación, no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura.

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro

10.3 Investigación y revisión de siniestros

La Aseguradora podrá hacer revisar a los Asegurados por médicos designados por ella, durante el internamiento de éstos en una clínica, en un hospital, en una maternidad, en su domicilio particular o citarlos al consultorio de dichos médicos para comprobar la procedencia de su solicitud de cobertura. Así mismo, se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización. El Asegurado queda obligado a cooperar con esta investigación.

Si el Asegurado no cooperara con la investigación o si de esta última resultara que el siniestro no estaba cubierto, el Asegurado perderá automáticamente su derecho a ser indemnizado, debiendo reintegrar a la Aseguradora las sumas pagadas más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

En general, la Aseguradora podrá disponer las medidas proporcionales para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas. Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con el siniestro fuera simulada o fraudulenta, perderá el Asegurado todo derecho a indemnización, sin perjuicio que la Aseguradora inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

11. LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO

11.1 Reducción de la Suma Asegurada

La suma asegurada de la cobertura afectada, quedará automáticamente reducida en una cantidad igual al monto del o los siniestros asumidos por la Aseguradora respecto de los siniestros amparados por esta póliza.

11.2 Subrogación

Desde el momento en que la Aseguradora indemniza cualquiera de los riesgos cubiertos por esta póliza, subroga al Asegurado en todos sus derechos y acciones para repetir contra terceros responsables por el importe de la indemnización pagada. El Asegurado responderá ante la Aseguradora de

cualquier acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación.

12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

El Asegurado perderá el derecho a ser indemnizado, quedando La Aseguradora relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera 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.

La solicitud de cobertura fraudulenta constituye causal de resolución automática del contrato de seguros. En dicho supuesto, la Aseguradora enviará una comunicación de rechazo de cobertura y resolución del contrato, dentro del plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de los documentos indicados en la cláusula 10 de las presentes condiciones.

13. QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS:

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

Del mismo modo, El Contratante y Asegurados, 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, (ii) presentar sus consultas y/o denuncias ante el Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI; o (iii) presentar sus quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

14. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El Contratante y Asegurado, tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna N° 307, Piso 9 – San Isidro, Lima, Teléfono 01-4210614 , 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. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Las comunicaciones dirigidas por la Aseguradora al Contratante y/o Asegurado podrán realizarse a través del correo electrónico o número telefónico que se señala en la solicitud de seguro, o, por escrito, para lo cual serán dirigidas al domicilio del Contratante y/o Asegurado.

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

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

Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y la Aseguradora surten todos sus efectos en relación al Contratante, con las limitaciones previstas en el marco legal vigente.

16. 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 pueden pactar con la Aseguradora someter cualquier diferencia que guarde relación con el contrato de seguro, 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.

17. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de sistemas a distancia y/o Comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que no sean condición para contratar operaciones crediticias, el Contratante o el Asegurado podrá resolver la póliza, certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, 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 o certificado o solicitud-certificado, según corresponda, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

La Positiva devolverá la totalidad del monto de la prima pagada, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro.

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

18. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES:

18.1 A la fecha de su renovación, el monto de la prima y/o cualquier condición establecida en la póliza podrán ser modificadas, previa comunicación por escrito de La Aseguradora y detallándose las modificaciones que se realicen en caracteres destacados, la misma que deberá ser remitida con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia correspondiente.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días 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, debiendo la Aseguradora remitir la póliza consignando las modificaciones en caracteres destacados. 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.

18.2 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 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.

La Aseguradora deberá proporcionar la documentación suficiente al Contratante para que éste ponga en conocimiento del Asegurado Titular las modificaciones que se hayan incorporado en el Contrato. El Contratante tiene la responsabilidad de informar al Asegurado Titular las modificaciones propuestas.

19. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados es LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A. con domicilio en Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima, en adelante, LA ASEGURADORA.

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación CLIENTES y el código RNPDP N° 03899.

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de LA ASEGURADORA, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente documento Ud. proporciona sus datos personales (que podrían contener datos sensibles) a **LA ASEGURADORA**, tales como: nombre, apellido, tipo y número de documento nacional de identidad, edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, ocupación, correo electrónico, teléfono, datos financieros – económicos, voz, profesión.

Siendo las **finalidades primarias**:

Ejecutar la relación contractual.

- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web.

<https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principal-es-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link:

https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nlD2pG8 para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa.

<https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

20. RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA FRENTE AL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La Aseguradora es responsable frente al Contratante/ 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 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.

21. CESION DE CARTERA

El Contratante y/o Asegurado declaran conocer que la Aseguradora tiene la facultad de ceder su cartera de seguros del que forma parte el presente producto, cumpliendo de manera previa con el procedimiento establecido en la normativa vigente.

En dicho supuesto, la Aseguradora pondrá en conocimiento del Contratante y/o Asegurado, el inicio del procedimiento de cesión de cartera, a través de los medios de comunicación que usó para la contratación del seguro, otorgándoles un plazo de 60 días calendarios para que se pronuncie, luego de cual se entenderá por aceptada la decisión de ser cedidos, aun cuando no se haya manifestado en contra de la comunicación recibida. El Contratante y/o Asegurado tiene derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso el contrato de seguro terminará a la finalización de la vigencia que corresponda, siendo la Aseguradora la que se haga cargo de las obligaciones del contrato.

En caso el Asegurado haya renovado sucesiva e ininterrumpidamente su póliza en los últimos cinco (5) años, la empresa cesionaria considerará la cesión como renovación.

22. TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

22.1 Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato que tenía contratado el Contratante y/o Asegurado en el periodo inmediato anterior al de la presente póliza, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente (sistema de seguros) o un plan de salud (EPS). Las preexistencias deberán ser informadas por el Contratante y/o Asegurado al momento de la contratación del seguro; sin embargo, la Aseguradora podrá efectuar recargos por producto o clase.

El Asegurado podrá contratar en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquiera aseguradora del sistema de seguros peruano. Ello para efectos de no ser considerada enfermedad preexistente aquella

que se haya generado o por la que el Asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia del contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior.

Para todo lo no previsto en la presente cláusula, se aplicará lo dispuesto en la Ley N° 28770, Ley N° 29946 y demás normas que resulten aplicables.

22.2 El Contratante y/o Asegurado deberá informar el tipo de preexistencia que adolece y la empresa que le viene cubriendo.

22.3 La Aseguradora ofrecerá seguros a las personas que migren de otras empresas de seguros y/o EPS, los cuales tendrán como mínimo las mismas coberturas del producto anterior del Contratante y/o Asegurado

CLAUSULA ADICIONAL DE CONTROL AMBULATORIO POST HOSPITALIZACION

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE CONTROL AMBULATORIO POST HOSPITALIZACION que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de "Definiciones" del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Control ambulatorio Post hospitalización.-

Son las atenciones de seguimiento posterior a una hospitalización por tratamiento médico o una intervención quirúrgica.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará la continuidad de atención por evento hospitalario hasta treinta (30) días posteriores, considerando el pago de coaseguro hospitalario según Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional lo señalado en el apartado de “Exclusiones” del Condicionado General.

CLÁUSULA ADICIONAL DE TRANSPORTE POR EVACUACIÓN AÉREA EN CASO DE EMERGENCIA

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE TRANSPORTE POR EVALUACION AEREA EN CASO DE EMERGENCIA que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de "Definiciones" del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Acompañante.-

Persona que poseen un grado de parentesco (hasta 4º grado de consanguinidad o afinidad) con el Asegurado y/o persona que se encuentre debidamente autorizado para actuar en representación del Asegurado de acuerdo a los poderes otorgados.

b) Profesional de Salud.-

Persona capacitada en las diversas ciencias de la rama de la medicina, debidamente colegiada y con habilitación vigente, para proceder con la atención médica de personas.

c) Transporte Aéreo.-

El servicio de transporte aéreo puede ser ofrecido en vuelo comercial o ambulancia aérea, según la condición del paciente, garantizando el desplazamiento del paciente entre dos localidades, siempre que en la localidad de origen no exista la capacidad resolutive para la complejidad del problema médico suscitado.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura sobre los costos generados por el transporte aéreo del Asegurado; si y solo si, el

Asegurado requiere tratamiento médico quirúrgico de Emergencia y no exista la capacidad médica profesional en el establecimiento de salud en la localidad donde se encuentre el Asegurado.

Para efectos de la presente cobertura, previamente se deberá cumplir con lo siguiente: (i) El médico tratante deberá autorizar la evacuación, (ii) Existencia de condiciones indispensables relacionado al transporte aéreo (ejemplo: terminal aéreo, vuelo disponible y/o equipo médico disponible, permiso de la autoridad aeroportuaria); y, (iii) Autorización del familiar o representante responsable; a efecto de que el médico tratante explicase todos los riesgos que conlleva realizar el presente traslado.

No se cubren gastos de hospedaje y/o alimentación para el asegurado, ni del acompañante.

El monto máximo de indemnización por cada evento y el límite máximo de la suma asegurada, se encontrarán estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado General.

4. **PRIMA COMERCIAL:** Es el monto que se detalla en las Condiciones Particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

La cobertura se activa con la solicitud de atención en nuestra Línea Positiva Salud 01-2110213 la cual realizara las coordinaciones correspondientes del siniestro. Además se tomará en consideración lo siguiente:

- Para cualquier traslado de emergencia se requerirá previamente una coordinación entre el equipo médico de La Positiva con el profesional médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar - según la evaluación de su estado de salud- el medio más idóneo para su traslado (ambulancia aérea o avión de línea comercial autorizada) hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado.

Luego de validarse la necesidad del traslado de emergencia, el médico tratante deberá coordinar con el médico que recibirá al asegurado según las normas de referencia y contra-referencia del Ministerio de Salud (MINSa).

- En el caso que, el traslado se produzca por avión - de línea aérea comercial autorizada por emergencia-, La Positiva asumirá el importe por concepto de reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por

asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (solo por motivos de evacuación) previa coordinación y aprobación de La Positiva.

Asimismo, en caso de menores de edad - en calidad de Asegurado - que requiera el traslado de emergencia, La Positiva cubrirá los gastos de transporte (mediante reembolso) de un (01) acompañante o profesional de salud.

Los documentos en original requeridos para proceder al traslado son:

- DNI del paciente.

De ser un traslado de emergencia de un establecimiento de salud a otro, el equipo médico de La Positiva gestionará la hoja de referencia que incluye datos clínicos del asegurado y datos del médico tratante.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional, además de lo indicado en el apartado “Exclusiones” del condicionado general, los siguientes conceptos:

a) Exámenes Auxiliares (laboratorio e imágenes), terapia física y rehabilitación.

b) Traslado aéreo en ambulancia fuera del territorio peruano.

CLAUSULA ADICIONAL DE PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS (PEC)

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS (PEC) que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como adicional a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de "Definiciones" del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Enfermedad crónica sin complicaciones.-

Aquella patología de carácter permanente cuyo tratamiento, con medidas higiénico-dietéticas o farmacológicas estandarizadas, mantiene al asegurado compensado, haciendo que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo. Esto, a su vez, permite prevenir las complicaciones o manifestaciones tardías de la enfermedad.

b) Enfermedad crónica con complicaciones.-

Aquella patología de carácter permanente, que por diversos factores, no ha sido controlada adecuadamente, lo cual ha generado la afección de otros órganos, aparatos o sistemas, comprometiendo su función de manera episódica o detectable por exámenes auxiliares, situación que requiere un manejo multidisciplinario sobre el paciente.

c) Enfermedad crónica con manifestaciones tardías.-

Aquella patología de carácter permanente, que, como parte de su historia natural, presenta afección detectable en el examen físico, que compromete el funcionamiento regular de uno o más órganos, aparatos o sistemas, situación que requiere un manejo multidisciplinario.

2. DESCRIPCIÓN MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura sobre el Programa de Enfermedades Crónicas - PEC, el cual cubre el tratamiento y control médico de las siguiente enfermedades: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependiente, Asma, Dislipidemia, Artritis Reumatoide, Osteoartrosis, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo y Gota, siempre que no tengan complicaciones ni manifestaciones tardías de la enfermedad, y de acuerdo a las

condiciones indicadas en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Adicionalmente a lo señalado, el PEC incluye: Educación para estilos de vida apropiados para su enfermedad, Exámenes auxiliares, seguimiento y medicamentos, según lo prescrito por el médico tratante del PEC. Se requerirá evaluación previa por parte de La Positiva para determinar el ingreso del asegurado en el PEC. Asimismo, la permanencia en el mismo está condicionada a cumplir las indicaciones médicas, lograr las metas de tratamiento del PEC, según lo especifica la normatividad interna vigente del PEC, y no recurrir a otros canales de atención por los mismos diagnósticos, para asegurar el tratamiento estandarizado y uniforme de las patologías indicadas.

La presente cobertura incluye los medicamentos especificados en el petitorio del PEC, y los exámenes auxiliares previamente calendarizados según Guías de Práctica Clínica y realizados en los laboratorios autorizados por el programa según lo indicado por el médico tratante del PEC. **Las atenciones realizadas fuera del PEC en la red de Clínicas disponible para la póliza, así como los exámenes y medicamentos que de estas deriven, no tendrán la cobertura del PEC sino la que le corresponda según la Tabla de Beneficios ambulatorios.**

En caso de aparición de enfermedades derivadas de aquellas cubiertas en el PEC (por ejemplo, nefropatía diabética en un paciente de diabetes mellitus), estas se cubren según lo especificado en las condiciones ambulatorias y/u hospitalarias establecidas en la tabla de beneficios.

Las condiciones de cobertura y el límite máximo de la suma asegurada, serán estipulados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Los lugares de atención y condiciones son los que La Positiva establezca para otorgar dicho beneficio y detallados en el Plan de Beneficios.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado General.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Con la finalidad de otorgar la presente cobertura, se deberá realizar lo siguiente:

- El Asegurado debe solicitar su inscripción al programa a través de Línea Positiva al teléfono: 211-0213.

- LA POSITIVA se encargará de establecer contacto con el(los) afiliado(s) que haya(n) solicitado su inscripción en el PEC para coordinar su primera atención.

. En la primera atención, LA POSITIVA confirmará el diagnóstico o los diagnósticos por los cuales se solicita la afiliación. Si el asegurado dispone de resultados de laboratorio previos, podrá presentarlos, siendo decisión del médico que evalúa, si son aceptables o se indican nuevos exámenes.

- Para consultas posteriores LA POSITIVA coordinará el lugar de atención, que podrá ser en su domicilio, en su centro laboral o, en su defecto, en las instalaciones que se señalen.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional, además de lo indicado en el apartado "Exclusiones" del condicionado general, los siguientes conceptos:

a) Antecedentes patológicos que compliquen el manejo de la enfermedad crónica.

b) Detección de manifestaciones tardías en la primera evaluación, o su aparición durante la evolución posterior de la enfermedad.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

CLÁUSULA ADICIONAL DE PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE PROTESIS QUIRURGICAS INTERNAS que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, “La Positiva”) como adicional a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de “Definiciones” del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Prótesis.-

Pieza o dispositivo que reemplaza parcial o totalmente a un órgano, miembro o estructura del cuerpo y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad o estructura del órgano original. Para su aplicación es imprescindible retirar el órgano o parte del órgano que se reemplaza.

b) Prótesis Internas.-

Prótesis de aplicación quirúrgica que sustituye a un órgano o parte del mismo. A diferencia de las prótesis externas, las PRÓTESIS INTERNAS se colocan mediante cirugía a un órgano interno y su uso es permanente o de tiempo prolongado pues no puede removerse diariamente.

c) Prótesis Externas.-

Prótesis que sustituyen a un órgano o parte del mismo. A diferencia de las prótesis internas, las PRÓTESIS EXTERNAS se emplean por fuera del cuerpo y son susceptibles de remoción cotidiana.

d) Implante.-

Es todo aquel material inerte que se inserta parcial o totalmente en el cuerpo humano, con finalidad terapéutica o estética.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura sobre las prótesis internas quirúrgicamente necesarias para aquellos tratamientos por accidentes y/o enfermedades cubiertos por esta póliza, hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Sólo se cubrirán las prótesis internas colocadas quirúrgicamente, tales como: Marcapaso cardíaco (excepto marcapaso desfibrilador), válvula cardíaca, válvula para diálisis, stent, prótesis osteoarticulares (reemplazos articulares y óseos), prótesis tipo cajetillas o cages para columna vertebral, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, lentes intraoculares monofocales para tratamiento de catarata bajo beneficio de prótesis.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional, además de lo indicado en el apartado "Exclusiones" del condicionado general, los siguientes conceptos:

- **PRÓTESIS** externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades. No se cubren prótesis ni implantes dentales, aunque sean consecuencia de un accidente.

- **SUMINISTRO DE ORTESIS** (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, tobilleras, coderas, collarines, remodelador craneal, entre otros).

- **Dispositivos o IMPLANTES** médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA (Food and Drug Administration), tales como: prótesis hechas con impresora 3D, ortésicos, implante coclear y audífonos, Cefaly, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (marcapaso, desfibrilador), los separadores (llamados también espaciadores o estabilizadores) intervertebrales o interespinosos para ningún diagnóstico (Ejemplos: Coflex, Coflex-F, DIAM, X-Stop, DCI).

- No se cubren implantes mamarios.

- Equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA (Food and Drug Administration); y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, bombas de insulina implantables, glucómetro y

muletas, bomba de insulina implantable, tiras reactivas para glicemia y lancetas de punción, equipos de monitoreo continuo de glicemia (Ej, Minimed®), neuroestimuladores cerebrales o espinales, compra o alquiler de equipos médicos ambulatorios (Ej. equipo para Biofeedback, bombas de infusión, CPAP/BiPAP).

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última

CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCIMER LÁSER

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE EXCIMER LASER que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de "Definiciones" del Condicionado General, se emplearán la siguiente definición:

a) Excimer Láser.-

Tipo de rayo láser mayormente utilizado en cirugía refractiva, permitiendo corregir y garantizar un enfoque correcto de las imágenes de la retina. El resultado de esta intervención - con excimer láser (técnica Lasik) - es que la propia cornea hace de lente; lo cual genera que el paciente no tendrá que usar gafas posteriormente.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura sobre los gastos derivados de la cirugía ambulatoria que use rayo láser, frío y de intensidad débil, para moldear la córnea, para tratamiento de miopía, hipermetropía y/o astigmatismo.

La presente cobertura podrá utilizarse una vez de por vida y por cada ojo. La presente cobertura únicamente cubre los siguientes conceptos: (i) Honorario del médico a cargo; y, (ii) Utilización de equipos en la misma cirugía ambulatoria.

No existe reembolso para este beneficio.

No se cobertura complicaciones ni consecuencias de las mismas.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

A efectos de la cobertura de la presente cláusula adicional, el Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- **Pacientes mayores de 21 años y menores de 50 años**
- **Error de refracción estable (dentro de $\pm 0,50$ D en los 12 meses anteriores).**
- **Miopía o hipermetropía con o sin astigmatismo, astigmatismo mixto.**

4. **PRIMA COMERCIAL:** Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional, además de lo indicado en el apartado "Exclusiones" del condicionado general, los siguientes conceptos:

- a) **Queratocono o anormal topografía corneal anormal.**
- b) **Personas con Enfermedades vasculares de colágeno, autoinmune o inmunodeficiencia.**
- c) **Mujeres embarazadas o en lactancia.**
- d) **El tratamiento con isotretinoína o clorhidrato de amiodarona.**
- e) **No están cubiertos las medicinas, vendas ni otros insumos necesarios para el procedimiento pre ni post-operatorio.**

CLAUSULA ADICIONAL DE LIBERACION DEL PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE LIBERACION DEL PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, “La Positiva”) como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Los términos empleados en la presente Cláusula Adicional se encuentran conforme a las disposiciones contenidas en el Condicionado General.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

La presente cobertura se activará cuando de producirse el fallecimiento del asegurado titular de la cobertura principal durante la vigencia de la presente Cláusula Adicional, el grupo de personas que figuran como asegurados dependientes en la póliza principal quedará exonerado del pago de todas y cada una de las primas que por concepto de las coberturas que hubieren sido contratadas se devenguen con posterioridad a la fecha de fallecimiento del asegurado titular, por el periodo de tiempo y según lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En razón a ello, por la presente cobertura adicional, La Positiva mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los asegurados dependientes inscritos a la fecha del fallecimiento en la presente Póliza, por el lapso que faltase para concluir la vigencia anual de la póliza, en caso falleciera el asegurado titular a consecuencia de una enfermedad y/o accidente amparado por esta Póliza.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Los asegurados dependientes deberán dar aviso y solicitar a La Positiva la presente cobertura conforme lo estipulado en el Condicionado General.

Los asegurados dependientes deberán presentar certificación de reproducción notarial (antes “copia legalizada”) de los siguientes documentos:

- Certificado de Defunción, documento que lo emite el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cuál fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que causaron el fallecimiento del Asegurado
- Para el caso de muerte accidental Atestado Policial (documento emitido por la policía cuando el asegurado ha fallecido en un accidente) y Certificado de Necropsia (ordenado por el Ministerio Público), con resultados toxicológicos.

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 de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo de dicha solicitud.

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

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional, además de lo indicado en el apartado “Exclusiones” del condicionado general, los siguientes conceptos:

- a. Suicidio, intento de suicidio, o heridas auto infringidas, ya sea que el asegurado haya estado en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- b. Pena de muerte o por participación del asegurado en cualquier acto delictivo.
- c. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado
- d. Participación activa del Asegurado en acto terrorista, en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiendo por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

e. Una infección oportunista, o una neoplasia maligna, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, debe incluir:

- Encefalopatía (demencia) de VIH, (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.

- Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.

- Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

CLAUSULA ADICIONAL DE GASTOS DE SEPELIO

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE GASTOS DE SEPELIO que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante “La Positiva”) como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de “Definiciones” del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Sepelio.-

Acción de enterrar el cuerpo de una persona que ha fallecido.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura por Sepelio, de acuerdo a los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, cremación, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores, derivado del fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza.

La presente cobertura será otorgada en caso de fallecimiento del Asegurado bajo cualquiera de las siguientes modalidades, el cual deberá encontrarse debidamente establecida en las condiciones particulares:

a) A través de la central de atención de servicios o funerarias afiliadas: La cobertura de sepelio será otorgada directamente por La Positiva o por funerarias afiliadas hasta la suma asegurada establecida, según la cobertura que corresponda al plan elegido y las condiciones de la póliza.

Esta modalidad es aplicable en las ciudades del Perú donde se tenga a disposición atención directa, según lo que se informe al momento de solicitar el servicio de sepelio.

b) Reembolso de gastos de sepelio: La Positiva reembolsará, hasta la suma asegurada establecida en la póliza, los gastos de sepelio incurridos a la persona

natural o jurídica que acredite haber realizado dicho gasto mediante presentación de facturas o boletas de venta originales.

La Positiva se reserva el derecho a verificar la autenticidad de las facturas o boletas entregadas, por lo cual, en caso de haber sido falsificadas o adulteradas, La Positiva quedará liberada de toda responsabilidad de cobertura del siniestro.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Con la finalidad de hacer efectiva la póliza, la solicitud de cobertura de sepelio podrá realizarse por un tercero, quien deberá llamar a la funeraria que figura en el Plan de Beneficios, a la cual le deberá presentar el Certificado de Defunción respectivo en certificación de reproducción notarial (antes “copia legalizada”).

El proveedor del Servicio solicitará a La Positiva una Carta de Garantía presentando el Certificado de Defunción y el presupuesto elegido.

Cuando la atención es vía reembolso, el asegurado deberá presentar a La Positiva los siguientes documentos en certificación de reproducción notarial (antes “copia legalizada”):

- Acta o Partida de defunción original, , documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad y RENIEC.
- Certificado de defunción original con causal de fallecimiento, documento que lo emite el médico que certifica el fallecimiento, donde se describe cuál fue la causa del fallecimiento y las enfermedades que causaron el fallecimiento del Asegurado.
- Fotocopia del DNI del Beneficiario.
- Parte policial Atestado Policial y/o Informe Policial original, según corresponda, documento emitido por la policía cuando el asegurado ha fallecido en un accidente.
- Protocolo de necropsia original, de haberse realizado, ordenado por el Ministerio Público.
- Facturas originales de gastos cubiertos.

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 de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo de dicha solicitud.

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

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional, además de lo indicado en el apartado “Exclusiones” del condicionado general, los siguientes conceptos:

- No se cubre el Sepelio si el Asegurado muere como consecuencia de suicidio, salvo que la póliza haya estado vigente de forma ininterrumpida durante 2 (dos) años, auto mutilación o auto lesión, estando o no el Asegurado en su sano juicio.**
- No se cubre sepelio de los no-natos.**

CLÁUSULA ADICIONAL DE COBERTURA DE PANDEMIA COVID - 19

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE COBERTURA DE PANDEMIA COVID-19 que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, “La Positiva”) como adicional a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de “Definiciones” del Condicionado General, se empleará el siguiente término:

a) Enfermedad COVID-19:

Para los efectos de la póliza, incluye a todo paciente con Infección Respiratoria Aguda que cumpla con los criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio para los casos leves, moderados o severos, establecidos en el Documento Técnico “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú)” aprobado por la Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA del 14 de abril 2020 y normas que actualicen dicha resolución.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura por las atenciones médicas de la Enfermedad COVID-19, según la modalidad de atención, sea hospitalario o ambulatorio, hasta el límite de la suma asegurada del plan de salud, indicado en la Tabla de Beneficios, que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular y/o Certificado de Seguro.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES:

Las indicadas en el apartado de “Exclusiones” del Condicionado General.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las Condiciones Generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

CLAUSULA ADICIONAL DE COBERTURA DE ATENCION DE SALUD MENTAL

Conste por el presente documento la CLAUSULA ADICIONAL DE COBERTURA DE ATENCION DE SALUD MENTAL, que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, “La Positiva”) como adicional a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de “Definiciones” del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

Problemas de salud mental: Comprenden:

- a) Problema psicosocial. Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente.
- b) Trastorno mental y del comportamiento. Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

En virtud a la presente cláusula adicional, La Positiva otorgará al Asegurado cobertura para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental, registrado en el Capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud vigente al momento de la atención de salud.

Aplica periodo de espera según condiciones particulares.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

Las señaladas en el apartado de “Exclusiones” del Condicionado General, y las siguientes:

Se excluyen psicofármacos para el tratamiento de salud mental que no estén incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y la Lista Complementaria para Enfermedades de Salud Mental establecida por el MINSA.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

CLAUSULA ADICIONAL DE PSICOPROFILAXIS DEL PARTO

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE PSICOPROFILAXIS DEL PARTO que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de "Definiciones" del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Psicoprofilaxis del parto.-

Es un conjunto de actividades que se orientan para preparar a las embarazadas de manera integral; es decir, de manera física y psicológicamente, así como también, de manera teórica para conseguir un embarazo, parto y postparto sin miedo ni complicaciones.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura sobre el programa de Psicoprofilaxis, a partir de las veintiocho (28) semanas de gestación, con el objeto de ayudar al asegurado a que aborde y enfrente el proceso del parto sin temor.

No se aplica reembolso a la cobertura.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional lo señalado en el apartado de “Exclusiones” del Condicionado General.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES CONGENITAS DEL RECIEN NACIDO que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesorio a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de "Definiciones" del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Diagnósticos Congénitos.-

Aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o durante el transcurso de la vida, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de Salud.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura sobre los gastos incurridos en la atención de enfermedades congénitas de aquellos recién nacidos durante la vigencia de la presente póliza y en los que los gastos del parto fueron amparados por esta póliza, y que hayan sido inscritos dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de nacimiento.

La presente cobertura se limita a los gastos necesarios para el tratamiento, interurrencias, complicaciones y/o secuelas a consecuencia de las enfermedades congénitas con la aplicación de las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. **PRIMA COMERCIAL:** Es el monto que se detalla en las condiciones particulares

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional lo señalado en el apartado de “Exclusiones” del Condicionado General.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE ENFERMEDADES CONGENITAS NO CONOCIDAS que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesoria a las condiciones generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Adicionalmente a los términos empleados en el apartado de "Definiciones" del Condicionado General, se emplearán las siguientes definiciones:

a) Enfermedades no congénitas.-

Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha transcurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

Por la presente cobertura adicional, La Positiva otorgará cobertura sobre los gastos incurridos en la atención de enfermedades congénitas (no identificadas al momento de tomar la póliza) o presentes en el momento del nacimiento, aunque no tuvieran manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina; es decir, cuyas enfermedades que no hayan sido diagnosticadas y no resueltas (que no sean consideradas enfermedades preexistentes) antes de la presentación de la Solicitud de Seguro o Declaración Personal de Salud.

Se cubre tratamiento, intercurrentias, complicaciones y/o secuelas a consecuencia de las enfermedades congénitas con la aplicación de las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Para efectos de la presente cobertura, este beneficio no contempla la restitución de suma asegurada.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional lo señalado en el apartado de “Exclusiones” del Condicionado General.

CLAUSULA ADICIONAL DE SEGUNDA OPINION MEDICA INTERNACIONAL

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE SEGUNDA OPINION MEDICA INTERNACIONAL que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Los términos empleados en la presente Cláusula Adicional se encuentran conforme a las disposiciones contenidas en el Condicionado General.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

En atención a obtener una segunda opinión y sugerencias de médicos especialistas en el tema, que laboran en el extranjero, los cuales forman parte de un grupo consultor sugerido por el Operador Internacional de La Positiva, a través de la presente cobertura adicional La Positiva otorgará cobertura al 100% de la consulta que se lleve a cabo como una segunda opinión, relacionados a casos médicos y/o quirúrgicos.

Asimismo, la póliza cubre el envío del expediente médico - lo cual debe ser entregado por el asegurado (traducido al idioma inglés)-, y el honorario del profesional en salud (previamente coordinado con La Positiva).

Este beneficio no está sujeto a reembolso.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Para solicitar cobertura de segunda opinión médica internacional, el asegurado deberá comunicarse con Línea Positiva (teléfono: 211-0213), quién le brindará los requisitos documentarios a presentar (en copias Certificadas), según lo siguiente:

- Expediente médico, contiene historia clínica, resumen del médico tratante sobre la condición del asegurado, reporte de exámenes, imágenes diagnósticas originales, y tomas de patología (documentos traducidos al idioma inglés).

La Positiva Seguros coordinará con el Operador internacional, quién brindará un resumen clínico del caso y recomendaciones.

6. EXCLUSIONES

Se excluye de la presente cobertura adicional, además de lo indicado en el apartado “Exclusiones” del condicionado general, los siguientes conceptos:

- No se cubren los exámenes auxiliares ni tratamientos adicionales que el médico evaluador internacional pudiera sugerir.

- No se cubre el viaje del paciente, ni de sus familiares para la consulta respectiva.

CLAUSULA ADICIONAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL 100% EN EXCESO

Conste por el presente documento, la CLAUSULA ADICIONAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL 100% EN EXCESO que será ofrecida por La Positiva Seguros y Reaseguros (en adelante, "La Positiva") como accesoria a las Condiciones Generales, según lo pactado en las condiciones particulares o certificado de seguro de la misma.

Esta cobertura adicional podrá ser añadida a la póliza de seguro, adjuntando la presente cláusula adicional como anexo integrante de la póliza o transcribiendo las disposiciones y condiciones de la misma, en las condiciones particulares, donde se indicarán los alcances y condiciones.

Todo lo no previsto en la presente cláusula adicional se rige por lo señalado en las Condiciones Generales.

En caso de discrepancia entre las condiciones generales y los términos de la presente cláusula adicional, rige lo determinado en esta última.

1. DEFINICIONES:

Los términos empleados en la presente Cláusula Adicional se encuentran conforme a las disposiciones contenidas en el Condicionado General.

2. DESCRIPCION MATERIA DE LA COBERTURA

En virtud de la presente cobertura adicional, La Positiva cubrirá el 100% del excedente de los gastos hospitalarios en que incurra el Asegurado sin pago de deducible o copago, cuando dichos gastos superen el monto que se establezca en la Tabla de Beneficios que se encuentra adjunta a las condiciones particulares y/o certificado de seguro.

Dicha cobertura estará sujeta a la suma asegurada máxima estipulada para la cobertura principal de Atención Hospitalaria.

Para acceder a esta cobertura adicional el Asegurado deberá encontrarse hospitalizado de manera continua e ininterrumpida en un mismo proveedor de salud y sus atenciones deberán haber excedido el monto máximo de gastos hospitalarios establecido en la Tabla de Beneficios. **La presente cobertura sólo opera en las clínicas y centros médicos establecidos en la Tabla de Beneficios y respecto a atenciones hospitalarias brindadas en el Perú.**

En cada renovación, la suma asegurada de la cobertura principal de Atención Hospitalaria y el monto máximo de gastos hospitalarios para efectos de la presente cobertura adicional, empiezan nuevamente a contabilizarse. En tal sentido, en caso que la hospitalización se mantenga durante la renovación de la póliza, el cómputo del costo de las atenciones hospitalarias del Asegurado se reiniciará para efectos del monto máximo de gastos hospitalarios. Se debe tener

presente que debe tratarse de un mismo evento dentro de la misma clínica o centro médico.

3. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Se empleará las condiciones de asegurabilidad señaladas en el Condicionado Particular y/o Certificado de Seguro.

4. PRIMA COMERCIAL: Es el monto que se detalla en las condiciones particulares.

5. PROCEDIMIENTO PARA DAR AVISO Y SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Se empleará el procedimiento establecido en el Condicionado General.

6. EXCLUSIONES:

Las indicadas en el apartado de “Exclusiones” del Condicionado General.