SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO ONCOMAX

La presente Solicitud forma parte del contrato de seguro. La adecuada respuesta a las preguntas aquí consignadas constituye la base técnica para la aceptación del seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas con la mayor claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un solo tipo de letra y tinta.
FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN ESTE FORMULARIO SI DESEA SOLICITAR ESTE SEGURO CON LETRA MAYÚSCULA Y LEGIBLE.

1. DATOS DEL CONTRATANTE:

SCOTIABANK PERÚ S.A.A.	20100043140	(01) 211-6000
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	TELÉFONO

AV. DIONISIO DERTEANO N.º 102	SAN ISIDRO	LIMA - LIMA
DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.)	DISTRITO	PROVINCIA/ DEPARTAMENTO

2. RESPONSABLE DE PAGO: (en caso el responsable no sea el asegurado titular)

			/ /
NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO
DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐			F ☐ M ☐
TIPO DE DOCUMENTO	N.º DOCUMENTO	NACIONALIDAD	GÉNERO

DIRECCIÓN	DISTRITO/ PROVINCIA	DEPARTAMENTO

CORREO ELECTRÓNICO	PROFESIÓN/OCUPACIÓN	TELÉFONOS	RELACIÓN CON EL ASEGURADO

3. DATOS DEL ASEGURADO:

	Titular	Adicional 1	Adicional 2	Adicional 3	Adicional 4
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombres					
DNI/CE					
N.º Documento					
Nacionalidad					
Fecha de nacimiento	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Género					
Parentesco					
Estado Civil					
Dirección del Asegurado Titular					
Distrito					
Provincia/ Departamento					
Teléfono					
Correo electrónico					

Cod. 103793 - V.05/2025

4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:

Personas a asegurar	Titular		Adicional 1		Adicional 2		Adicional 3		Adicional 4	
Pregunta	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Tiene cáncer o alguna enfermedad oncológica?										

Si respondió afirmativamente a alguna, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro.

Persona	Diagnóstico o dolencia	Fecha de Diagnóstico	Cirugía o procedimiento realizado	Fecha de cirugía	Cirugía / Hospital	Médico Tratante
Titular						
Adicional 1						
Adicional 2						
Adicional 3						
Adicional 4						

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el Asegurado Titular, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos de cada una de la persona propuesta en la solicitud de seguro como asegurados. Asimismo, el Asegurado Titular autoriza a La Positiva si está lo considera necesario poder tener acceso a la revisión de la historia clínica que declara con fines de auditoría, fiscalización, continuidad y control de beneficios.

5. AUTORIZACIÓN DE CARGO EN CUENTA A TRAVÉS DEL CONTRATANTE:

El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si La Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial o arbitral. Autorizo al Contratante el cargo de la prima en mi tarjeta de crédito o en cualquier otra tarjeta o cuenta donde mantenga saldo acreedor en favor del Contratante y en la que cuente con disponibilidad de acuerdo a la normativa vigente. Me obligo a mantener salgo disponible en cualquier medio de cobro, incluyendo cuentas, en moneda extranjera a fin de prevenir la suspensión, resolución y/o extinción de la cobertura.

Yo (Nombre/Apellidos) _____ autorizo al Scotiabank a cargar la prima de seguro, durante la vigencia de la póliza, en forma mensual.

CUENTA DE AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐ MONEDA: ME ☐ MN ☐

TARJETA DE CRÉDITO ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐

N.º DE CUENTA

MES: AÑO: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

FECHA DE VENCIMIENTO Nº DOCUMENTO

Mediante la presente, autorizo a Scotiabank a cargar a mi tarjeta de crédito y/o cuenta de ahorros Scotiabank, indicada en la presente solicitud, la prima mensual correspondiente al Seguro Oncológico. El importe de cargo será el monto de la prima; siendo de entera responsabilidad del Asegurado Titular/ Responsable de Pago que su tarjeta de crédito y/o cuenta de ahorros Scotiabank se encuentre disponible y con el crédito necesario para realizar dicho cobro.

Los cargos de las primas del seguro de las tarjetas de crédito y/o cuentas de ahorro afiliadas se realizarán en el día de la contratación del seguro, siendo esta su fecha de cobranza para los meses siguientes, las mismas que podrá ser visualizada por el Asegurado Titular/Responsable de Pago al corte de la facturación según tipo de tarjeta y fecha de facturación y/o en los movimientos en caso de cargo en cuenta de ahorros.

Asimismo, mediante la presente, extiendo la autorización de débito automático a la tarjeta de crédito y/o débito Scotiabank, según corresponda, que sea emitida en razón a renovación, extravío, pérdida, robo o cambio de tarjeta. En dichos

supuestos, el Asegurado Titular/Responsable de Pago está obligado a informar al banco, siendo este último responsable de informar a La Positiva en caso de falta de comunicación en los supuestos antes indicados, el banco no será responsable de la suspensión de la cobertura de seguro y/o extinción del contrato de seguro que La Positiva pueda aplicar por falta de pago de la prima mensual.

Scotiabank no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por no contar con línea suficiente en la tarjeta y/o saldo en cuenta de ahorros. En caso que, no se pueda debitar el monto de la prima pactada, se dará la extinción del certificado de seguro vez transcurrido noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato.

El Asegurado Titular/Responsable de Pago reconoce que se podrá efectuar la desafiliación de los débitos automáticos solicitados. La desafiliación se podrá realizar hasta cuarenta y ocho (48) horas antes de la fecha de

vencimiento del pago de la prima mensual. De no respetar el plazo, la desafiliación operará a partir del siguiente cargo recurrente. La desafiliación podrá ser realizada acercándose a cualquiera de la agencia de Scotiabank o a través de su Banca Telefónica.

El pago por el presente servicio será cargado en la cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito indicado por el Asegurado/Responsable de Pago los días 09 y 24 del mes en que corresponda efectuar los pagos siempre que esta cuente con una línea disponible y suficiente fondo disponible para efectuar el cargo total del importe facturado por la Compañía. En caso de que el medio de pago del Asegurado/ Responsable de Pago no cuente con saldo, el Banco aplicará el monto recurrente todos los días hasta efectuar el cobro del costo del servicio. El Banco no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por salgo insuficiente.

Queda acordado entre las partes que Scotiabank es responsable únicamente por las solicitudes que se tramiten y procesen a través de éste.

Si la obligación materia del presente servicio fuera cancelable en moneda distinta a la moneda de la cuenta indicada por el Asegurado Titular/Responsable de Pago. El Banco procederá a realizar la conversión de moneda al tipo de cambio que tenga vigente en la fecha de la respectiva operación.

6. TÉRMINOS IMPORTANTES:

1. En el caso que la cuenta bancaria esté inhabilitada la solicitud de seguro no procederá.
2. De acuerdo a la autorización el Asegurado Titular, el monto de la prima será cargado mensualmente en la tarjeta designada en la fecha de cargo más próxima al inicio de vigencia del seguro, según las fechas predeterminadas de Scotiabank. Si no se pudiera debitar el monto de la prima, el contrato quedará extinguido una vez transcurridos noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo de pago.
3. Con la suscripción de la presente solicitud de seguro oncológico, el Asegurado Titular reconoce haber tomado conocimiento del contenido total del "Condicionado General y Particular" que comprende el detalle de las prestaciones, condiciones y exclusiones del presente seguro oncológico y declara haberle recibido, constituyendo la firma de la presente solicitud la constancia de recepción del referido condicionado. Asimismo el Asegurado Titular podrá descargar el condicionado general y demás información y/o documentos integrantes de la póliza, de la web: www. lapositiva.com.pe y www. scotiabank.com.pe
4. El Asegurado Titular declara conocer que las condiciones y coberturas del presente seguro son exclusivos para clientes de Scotiabank, por lo cual serán exigibles siempre que se mantenga la relación comercial tanto entre el Asegurado Titular y Scotiabank como entre esta última y La Positiva.
5. La vigencia del seguro estará supeditada al pago de la prima.

7. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera y exacta; y que cualquier omisión o falsedad anula el contrato de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando La Positiva Vida liberada de cualquier responsabilidad.

Es así que, La Positiva evaluará la suscripción del seguro y únicamente afiliará a las personas con información completa y correcta; sin embargo, en caso la información proporcionada –tal como nombres, apellidos, documento de identidad, fecha de nacimiento, entre otros datos sensibles que ayuden a la identificación de la persona- no esté correcta, la afiliación será rechazada, para esta persona.

Declaro que he tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales de la Póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.lapositiva.com.pe Autorizo expresamente a La Positiva Seguros, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por la póliza requerida, a acceder a mi

historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.
Asimismo, por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa al seguro oncológico y/o póliza de seguro, así como sus endosas y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan.
De producirse algún cambio en los medios electrónicos indicados, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

8. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en el numeral inicial del presente documento (la presente política únicamente será firmada por el contratante cuando este sea una persona natural distinta al asegurado. En caso, el contratante sea una persona jurídica, el asegurado es responsable del llenado y firma de la política), en forma libre y voluntaria declara y acepta lo siguiente:
El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud 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° **3899**.
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 f**inalidades 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.

FINALIDADES SECUNDARIAS

Asimismo Ud. autoriza y otorga a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A., La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud y a La Positiva Servicios de Salud S.A.C. su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que estas puedan dar tratamiento a sus datos personales con la finalidad secundaria que a continuación se menciona:

Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.
Si acepto ( ) / No acepto ( )

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona al Grupo La Positiva los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.
De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.
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#principales-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.

Marcar con un aspa: **Sí acepto** ☐ / **No acepto** ☐

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

Los Nombre(s), Apellidos y documento(s) de identidad de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias, se encuentra acorde a los datos personales inicialmente brindado a través del presente documento, teniéndose en consideración las disposiciones iniciales de la presente política.

Nota: En caso de menores de edad y/o titulares de datos que no puedan firmar el texto de obtención de consentimiento la firma del presente documento será realizada por los padres, tutores o representantes legales quienes serán responsables de todos los actos realizados por los menores a su cargo o representados

Fecha de Suscripción: ____/____/____

____/____/____

Fecha de Declaración

_____

Firma del Vendedor

_____

Responsable del Pago

_____

Asegurado Titular

Código SBS: AE0416400250 Póliza adecuada a la Ley N.° 29946 y sus normas reglamentarias

La Positiva Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

CERTIFICADO DE SEGURO ONCOLÓGICO ONCOMAX

1. DATOS DEL CONTRATANTE:

SCOTIABANK PERÚ S.A.A.	20100043140	(01) 211-6000
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	TELÉFONO

AV. DIONISIO DERTEANO N.° 102	SAN ISIDRO	LIMA - LIMA
DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.)	DISTRITO	PROVINCIA/ DEPARTAMENTO

2. RESPONSABLE DE PAGO: (en caso el responsable no sea el asegurado titular)

NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___
TIPO DE DOCUMENTO: DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐	N.° DOCUMENTO	NACIONALIDAD	GÉNERO: F ☐ M ☐
DIRECCIÓN		DISTRITO/ PROVINCIA	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO	PROFESIÓN/OCUPACIÓN	TELÉFONOS	RELACIÓN CON EL ASEGURADO

3. DATOS DEL ASEGURADO:

	Titular	Adicional 1	Adicional 2	Adicional 3	Adicional 4
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombres					
DNI/CE					
N.° Documento					
Nacionalidad					
Fecha de nacimiento	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Género					
Parentesco					
Estado Civil					
Dirección del Asegurado Titular					
Distrito					
Provincia/ Departamento					
Teléfono					
Correo electrónico					

4. VIGENCIA: Desde las 12:00 horas del ____/____/____. Hasta las 12:00 horas del ____/____/____ .

De periodicidad anual con renovación automática, los plazos estipulados en las condiciones generales de la póliza son de aplicación al presente certificado.
La vigencia del certificado se encuentra sujeta a que la Póliza esté vigente, no se haya suspendido la misma por falta de pago y que el Asegurado haya sido declarado por el Contratante. Luego de haber transcurrido 30 días desde el incumplimiento de la

Cod. 103793 - V.05/2025

obligación del pago de la prima,
La Aseguradora se encuentra facultada a suspender la cobertura. En dicho caso, La Aseguradora cumplirá con informar al Asegurado Titular dicho incumplimiento de pago, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura. En caso La Aseguradora no reclame el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato de seguro o certificado de seguro, según corresponda, queda extinguido.

5. INTERÉS ASEGURABLE:

Es el interés de carácter económico que tiene el Asegurado de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo el presente certificado, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

6. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA:

COBERTURAS PRINCIPALES*	SUMA ASEGURADA
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Cobertura ambulatoria y hospitalaria para el tratamiento del cáncer, sin deducible al 100%.	Ilimitada
INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	S/ 8,300
COBERTURA ADICIONAL*	SUMA ASEGURADA
SEPELIO DE FALLECIMIENTO ONCOLÓGICO	Hasta S/ 3,000

* Condición de Cobertura: **Periodo de Carencia de 90 días**

7. PRIMA COMERCIAL:

RANGO DE EDADES	PRIMA COMERCIAL MENSUAL (INCLUYE IGV)
De 0 a 25 años	S/ 54.19
De 26 a 50 años	S/ 140.11
De 51 a 60 años	S/ 203.91
61 a más años**	S/ 332.37

** Solo renovación
Nota: La prima se incrementará automáticamente cuando el asegurado cambie de rango de edad.
Evolución de la prima: Las primas podrán ser reajustadas por La Aseguradora en base a (i) la siniestralidad histórica y esperada, (ii) índice de inflación, (iii) tablas de mortalidad y morbilidad y/o (iv) incremento de los tarifarios de la Red de Proveedores de Salud.
La prima comercial incluye el siguiente concepto:
Cargo por la contratación de comercializadores: Comercializador: SCOTIABANK S.A. - 5 % sobre la prima neta cliente (Prima total sin IGV y derecho de emisión).

8. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Edad Máxima de ingreso: Hasta 60 años de edad inclusive
Edad máxima de permanencia: Sin límite de edad de permanencia

9. LUGAR Y FORMA DE PAGO:

El pago de la prima es mensual con cargo en cuenta. Cuando la cuenta para el pago del seguro se encuentre bloqueada o retenida El Contratante no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del Asegurado. Es responsabilidad del Asegurado informar al Contratante y/o de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta donde se encarga la prima del seguro.
Fecha de vencimiento del pago de la prima: Treinta (30) días desde el inicio de vigencia de documento de cobro mensual. El contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo de pago de prima.
El Contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima si La

Compañía no reclama el pago de la prima de manera judicial o arbitral. Autorizo al Contratante el cargo de la prima en mi tarjeta de crédito o en cualquier otra tarjeta o cuenta donde mantenga saldo acreedor en favor del Contratante y en la que cuente con disponibilidad de acuerdo a la normativa vigente. Me obligo a mantener salgo disponible en cualquier medio de cobro, incluyendo cuantas en moneda extranjera a fin de prevenir la suspensión, resolución y/o extinción de la cobertura.

10. DECLARACIONES DE LA ASEGURADORA:

Las comunicaciones cursadas por el Asegurado al Comercializador, por aspectos relacionados con el certificado de seguro, tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido a la Aseguradora. Asimismo, los pagos efectuados por el Asegurado Titular al Comercializador, se consideran abonados a la Aseguradora.

La Aseguradora es responsable frente al Asegurado y/o Aseguradora es responsable por los errores u omisiones en los que incurra el Comercializador, sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden a éste último. En caso de Banca seguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado, aprobado por Res. SBS N.° 3274-2017 y normas modificatorias. Contratante por las coberturas contratadas.

11. DECLARACIONES DEL ASEGURADO TITULAR:

El Asegurado reconoce que cualquier declaración donde medie dolo o culpa inexcusable conllevará a la nulidad del certificado de seguro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de La Ley del Contrato de Seguro, quedando La Aseguradora liberada de cualquier responsabilidad.

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

12. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Titular del banco de datos: La Positiva Seguros y Reaseguros S.A., con RUC N° 20100210909 (en adelante **"LA ASEGURADORA"**), con domicilio en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro - Lima.

Seguridad: LA ASEGURADORA, conforme a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, adopta medidas legales, organizativas y técnicas para garantizar la seguridad de los datos de los usuarios, aplicando altos estándares de seguridad y evitando así su alteración, pérdida, tratamiento indebido o acceso no autorizado.

Alcance: Esta Política se aplica a todos los datos personales recopilados a través de los servicios de aseguramiento de **LA ASEGURADORA**, ya sea en atención presencial, medios digitales (sitio web, aplicaciones móviles), servicios telefónicos, telemedicina u otros canales de atención.

Finalidades: LA ASEGURADORA tratará los datos personales que los usuarios proporcionen a efectos de preparar y/o ejecutar las relaciones contractuales que estos mantengan con ella y/o que pudieran tener en el futuro, considerando las finalidades adicionales que hubieran autorizado, de ser el caso. A tal efecto, se podrán realizar análisis estadísticos y/o analíticos y/o de comportamiento del cliente, lo cual puede incluir, la elaboración de perfiles y la gestión de decisiones automatizadas, así como para que se evalúe la calidad y satisfacción con el producto o servicio brindado.

Los datos personales que podrán ser materia de tratamiento incluyen, además de la información que los usuarios proporcionen, aquellos datos a los que **LA ASEGURADORA** tenga acceso de manera legítima y/o en el marco de la prestación de sus servicios.

Se podrán tratar y compartir los datos personales de los usuarios con autoridades y terceros autorizados por ley, con la finalidad de cumplir con las obligaciones señaladas en normas aplicables a **LA ASEGURADORA**.

En caso los usuarios no proporcionen los datos personales necesarios u obligatorios para contratar alguno de los productos y/o servicios ofrecidos por **LA ASEGURADORA**, no será posible brindárselos.

Conservación y almacenamiento: Los datos de los usuarios serán tratados y conservados mientras estos mantengan una relación contractual con **LA ASEGURADORA** y hasta por 10 años siguientes de culminada la misma. La información será almacenada en el banco de datos de "Clientes" registrado con código RNPDP-PJP N° 3899 en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales.

Destinatarios, transferencia nacional e internacional de datos: Exclusivamente para las finalidades antes descritas se tratarán los datos personales de los usuarios a través de encargados de tratamiento a nivel nacional y/o internacional (flujo transfronterizo), lo cual incluye a las subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o empresas miembro del grupo económico al que pertenece **LA ASEGURADORA**, conforme al listado que se encuentra en el siguiente enlace: www.

lapositiva.com.pe/destinatarios
A los encargados de tratamiento les son de aplicación las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a **LA ASEGURADORA**.
S**eguridad de los datos:** Se ha adoptado lo siguiente: (i) implementación de medidas de seguridad físicas, técnicas y organizativas para proteger los datos de accesos no autorizados, pérdida o alteración, (ii) restricción del acceso a la información sólo al personal autorizado, y (iii) protocolos para el manejo de incidentes de seguridad de la información.
Videovigilancia: Para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal, **LA ASEGURADORA** cuenta con sistemas de videovigilancia en sus instalaciones. Las imágenes se almacenan con acceso restringido.
Datos personales de menores de edad: En el caso de menores de 18 años, se requiere el consentimiento de los padres o tutores para el tratamiento de sus datos personales. Se exceptúan los casos en que sea necesario para la atención médica urgente del menor.
Ejercicio de derechos ARCO: Los usuarios pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición e información comunicándose a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en cualquiera de las oficinas de **LA ASEGURADORA**, debiendo completar la "Solicitud de Ejercicio de Derecho ARCO" que se encuentra en el siguiente enlace: www.lapositiva.com.pe/solicitudesarco
Los usuarios pueden revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos en cualquier momento mediante dicho procedimiento. Asimismo, si consideran que sus derechos no han sido atendidos pueden acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.
LA ASEGURADORA se reserva el derecho de actualizar esta Política de Privacidad cuando sea necesario. Cualquier cambio será informado a través de los canales oficiales.

FINALIDADES SECUNDARIAS

Autorizo y otorgo a La Positiva Seguros y Reaseguros S.A., La Positiva Vida Seguros y Reaseguros S.A., La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud y a La Positiva Servicios de Salud S.A.C., mi consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para que puedan dar tratamiento a mis datos personales con la finalidad secundaria que a continuación se menciona:

Tratar mis datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidas y/o compartidas invitaciones a eventos, novedades, información, encuestas, descuentos y/u ofertas que pueden resultar de mi interés, nuevos productos y/o servicios, a través de cualquier medio de comunicación físico, tradicional y/o electrónico, incluidos SMS, llamadas telefónicas, correos electrónicos, redes sociales, mensajería instantánea y/o plataformas digitales.
Si acepto _____ **No acepto** _____

Esta autorización es facultativa. El no proporcionarla no afectará la prestación del servicio o producto solicitado. A esta autorización le son de aplicación los mismos términos que a la Política de Privacidad.

_____/_____/_____	_____	_____
Fecha de Declaración	Firma del Vendedor	La Positiva

_____	_____
Asegurado Titular	Responsable del Pago

13. DEFINICIONES:

a) Asegurado Titular: Cabeza del grupo asegurado. Asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste.

b) Asegurado Adicional: Persona natural designada y añadida como tal por el Asegurado Titular, siendo familiar hasta tercer grado de consanguinidad, y que cumple los requisitos de asegurabilidad establecidos.

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

d) Personas Asegurables: Podrán ingresar como asegurado de la presente póliza cualquier persona residente en la República del Perú, hasta los 60 años de edad permaneciendo como Asegurados de la Póliza sin límite de edad.
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.

14. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

CONSIDERACIONES:

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - Vía Crédito AMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES GENERALES	DEDUCIBLE	CUBIERTO AL
Honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o suministro de anestesia.	Sin deducible	100%
QUIMIOTERAPIA: Medicamentos antineoplásticos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionalos a su administración.	Sin deducible	100%
TERAPIA BIOLÓGICA: Anticuerpos monoclonales, Factores Estimulantes de Colonia de células blancas, inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa, Inmunoterapia (BCG).	Sin deducible	100%
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	Sin deducible	100%
Radioterapia: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía.	Sin deducible	100%
Servicios de apoyo al tratamiento: exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	Sin deducible	100%
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PET scan). (*)	Sin deducible	100%
Atención domiciliaria para Cuidados Paliativos y Terapias de Dolor para pacientes terminales en situación de postración. Sólo en Lima y según límites geográficos. (*)	Sin deducible	100%
Trasplante de Médula Ósea histocompatible para pacientes con Leucemia o Cáncer a la sangre. No incluye estudios de donantes.	Sin deducible	100%
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estadía hospitalaria hasta un máximo de 3 semanas.	Sin deducible	100%

Código SBS: AE0416400250 Póliza adecuada a la Ley N.° 29946 y sus normas reglamentarias

La Positiva Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

Periodo de espera: 24 Meses para trasplante de Médula Ósea

(*) Límite en Lima: Norte: Urb. Covida (Los Olivos); Sur: Hasta a Villa en Chorrillos; Este Santa Anita; Oeste: Hasta La Punta. (**) No se cubre los medicamentos que no están citados en el "Listado de medicamentos para el tratamiento de cáncer". L.P.S: Línea Positiva Salud: (01) 211-0211

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - EXCLUSIVOEN ONCOSALUDYRED PRESTACIONAL-VÍACRÉDITOAMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	DEDUCIBLE	CUBIERTO AL
Biopsia de descarte de cáncer de Mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	Sin deducible	100%
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.	Sin deducible	100%
Prótesis de Mama para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama. Por única vez por mama.	Sin deducible	100%
Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a la mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de 12 sesiones durante los 3 meses posteriores a la cirugía antes descrita.	Sin deducible	100%
Prótesis Testicular post orquidectomia para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	Sin deducible	100%

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - EXCLUSIVOEN ONCOSALUDYRED PRESTACIONAL-VÍACRÉDITOAMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	DEDUCIBLE	CUBIERTO AL
Foniatría en cáncer de laringe, hasta 12 sesiones programadas.	Sin deducible	100%
Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. 03 sesiones programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente.	Sin deducible	100%
Orientación Nutricional asistencia al paciente, en compañía de familiares directos (incluye tutores, cuidadores o responsables). 03 sesiones programadas por año, contadas a partir de su admisión como paciente.	Sin deducible	100%
Segunda Opinión Médica Nacional Junta médica permanente de la IAFAS (Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud).	Sin deducible	100%
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Sólo en Lima y según los límites geográficos.	Sin deducible	100%
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: 01 Boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias y con destino al lugar de tratamiento (1 vez al Año).	Sin deducible	100%
Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos hospitalizados, hasta por un máximo de cinco (05) días.	Sin deducible	100%

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - EN ONCOSALUD Y RED PRESTACIONAL - VÍA CRÉDITO PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS - DESPISTAJE ONCOLÓGICO	Copago
Consultoría Preventiva (a partir de 1 año) EXÁMENES FÍSICO PREVENTIVO PARA DAMAS Y VARONES - HASTA 1 VEZ AL AÑO 1. Examen de cavidad oral. (a partir de 1 año) 2. Palpación de tiroides. (a partir de 1 año) 3. Palpación de ganglios axilares y cervicales. (a partir de 1 año) 4. Palpación de ganglios inguinales. (a partir de 1 año) 5. Palpación abdominal. (a partir de 1 año) 6. Búsqueda de neoplasia maligna de piel. (a partir de 1 año)	S/ 94.40
EXAMEN COMPLEMENTARIOS - HASTA 1 VEZ AL AÑO 1. Índice de masa corporal – IMC (a partir de 18 años). 2. Hemograma completo (de 1 a 39 años). 3. Toma de presión arterial (a partir de 18 años). 4. Exámenes de sangre (a partir de 18 años)(1) 5. Thevenon (a partir de 50 años)	
CADA 5 AÑOS 6 Colonoscopía convencional (a partir de 50 años)(2)	
EXAMEN DIFERENCIADO PARA DAMAS - HASTA 1 VEZ AL AÑO 1. Revisión aparato genital femenino interno (de 18 a 64 años). 2. Revisión aparato genital femenino externo (de 18 a 64 años). 3. Palpación de mamas (de 18 a 64 años). 4. Tacto rectal (de 18 a 64 años)(3). 5. Ecografía pélvica (de 40 a 64 años). 6. Mamografía bilateral (de 40 a 70 años)(6). 7. Papanicolaou en base líquida (de 18 a 29 años)(4).	
CADA 4 AÑOS 8. Prueba de VPH molecular (de 30 a 64 años). 9. Papanicolaou en base líquida (de 30 a 64 años)(5).	S/ 94.40
EXAMEN DIFERENCIADO PARA VARONES - HASTA 1 VEZ AL AÑO 1. Palpación de testículos (a partir de los 18 años). 2. Palpación de pene (a partir de los 18 años). 3. Tacto rectal (a partir de los 18 años)(3). 4. Palpación de próstata (a partir de los 18 años)(3). 5. Marcador Tumoral PSA (a partir de los 45 años).	

Importe contiene I.G.V.

No se cubren los medicamentos que no están citados en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento de Cáncer"

Importante: La cobertura del despistaje oncológico aplica a la renovación y con una periocidad anual.

(1) Los exámenes de sangre incluyen: colesterol total, glucosa, triglicêridos, LDL, HDL Y VLDL.

(2) Los requisitos para otorgar el examen son: Que el asegurado tenga cinco (5) años continuos en su programa. Asimismo, no es parte de este beneficio la cobertura de biopsias y procedimientos de estas.

(3) El examen será realizado previo consentimiento del afiliado.

(4) Se brindará el papanicolaou de base líquida anualmente para los asegurados que se encuentren en el rango de 18 a 29 años. Asimismo, no es parte del beneficio la cobertura de biopsias ni colposcopías.

(5) Solo se brindará el examen de Papanicolaou de base líquida en los rangos de 30 a 64 años, para

aquellos casos donde la prueba de VPH molecular arroje un resultado positivo a los genotipos de virus de alto riesgo, diferentes al 16 y 18. Se considera virus de alto riesgo para este estudio citológico a los siguientes genotipos: 45, 31, 51, 52, grupo G1 (33 y 38), grupo G2 (35, 39, 68) y el grupo G3 (56, 59, 66) Asimismo, no es parte del l beneficio la cobertura de Biopsias, colposcopias ni otros procedimientos.

(6) El examen de mamografía bilateral, a decisión del asegurado, podrá ser programado por separado de todo el paquete de "exámenes diferenciados para damas".

1.Tratamiento Oncológico

La Aseguradora otorgará cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud especificadas en la presente póliza ante el padecimiento, por parte del Asegurado, de alguna enfermedad oncológica diagnosticada dentro de la vigencia del presente contrato. Siempre que el diagnóstico se dé posteriormente al período de carencia (120 días). Asimismo, brinda las prestaciones preventivas y promocionales, descritas en el Plan Beneficios referidas también a la prevención del riesgo oncológico.

Las prestaciones preventivas y promocionales que otorga la Aseguradora, tales como el otorgamiento de exámenes de despistaje del cáncer en función a la periodicidad y amplitud descrita en el Plan de Beneficios del presente contrato. El íntegro de las prestaciones se realizará en la infraestructura propia del proveedor de salud que la Aseguradora determine en el Plan de Beneficios, resultando este beneficio personal y discrecional para el Asegurado, no siendo transferible ni acumulable. El Asegurado podrá hacer uso del íntegro de ese derecho en un periodo no mayor de treinta (30) días calendarios, contados desde el inicio del despistaje preventivo.

Las prestaciones que se detallan a continuación se otorgarán conforme a los límites, condiciones, proveedores de salud y detalle del Plan de Beneficios establecidos en la presente póliza.

2. Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

La asegurado otorga el monto indemnizatorio establecido en las condiciones particulares cuando se diagnostique cáncer por primera vez al Asegurado. El diagnostico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certitique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón de tumor, tejido o espécimen sospechoso.

3. Sepelio de fallecimiento oncológico

La presente cobertura será otorgada en caso de fallecimiento del Asegurado por causa* oncológico debidamente acreditado, hasta la suma asegurado-establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o Certificado de Seguro y bajo la siguiente modalidad: Reembolso de Gastos de Sepelio: La Aseguradora reembolsará los gastos de sepelio incurridos a la persona naturalo juridico que acredite haber realizado dicho gasto mediante presentación de facturas o boletas"™ de venta originales.

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

15. EXCLUSIONES:

La presente póliza no cubre las prestaciones de salud en los siguientes supuestos:

a) Enfermedad oncológica preexistente, considerada como aquella condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo de la contratación del seguro o de la presentación del cuestionario de salud, de ser el caso. No aplicará la presente exclusión en caso que el tratamiento oncológico haya sido objeto de cobertura en una póliza inmediatamente anterior, de conformidad a lo estipulado en la Ley N.° 28770.
b) Todo diagnóstico anátomo patológico positivo para neoplasia maligna, siempre y cuando se haya producido antes de culminado el periodo de carencia, señalados en las condiciones generales de la póliza.
c) Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el Asegurado, así como gastos efectuados en el extranjero.
d) Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento.
e) Cualquier requerimiento de asistencia prestacional y/o de pagos a terceros, por concepto de gastos de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole, incurridos sin la autorización previa y escrita por parte del prestador de salud de la Aseguradora o anterior a la activación de la cobertura de la presente póliza.
f) Cualquier requerimiento o prescripción médica

cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico oncológico, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del presente contrato.

Tratamientos psicológicos, psiquiátricos, curas de reposo, suicidio e intento de suicidio y/o todo daño derivado de la autoeliminación, así como tratamientos estéticos, kinésicos o de cualquier tipo de rehabilitación, salvo consultas psicológicas indicadas en las prestaciones complementarias.

g) Suministro de prótesis de todo tipo, así como también material de osteosíntesis, salvo la prótesis mamaria y testicular.
h) Reconocimiento de gastos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y sus derivados como albúmina, entre otros; así como las pruebas de tamizaje de donantes.
i) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del presente contrato.
j) Trasplante de médula ósea y radiofrecuencia, búsqueda y análisis de compatibilidad del donante de médula ósea, salvo el trasplante de médula ósea histocompatible.
k) Radioterapia con intensidad modulada (IMRT), salvo las expresamente señaladas en la cobertura del presente documento.
l) Tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de los procedimientos de atención establecidos en el presente contrato, así como las complicaciones que se puedan derivar de ellas.
m) Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas por el o los médicos de los proveedores de salud, según lo establecido en el presente contrato.
n) Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado, prescrito o suministrado por el médico designado por los proveedores de salud y/o que su realización no se lleve a cabo a través de la red prestacional que contempla el plan prestacional elegido.
o) Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
p) Fármacos como ansiolíticos, psicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, proteínas, productos naturales o productos no medicinales y cualquier otro medicamento no oncológico.
q) Tratamientos con fármacos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la FDA o que no se recomienden en las Guías de prácticas clínicas adaptadas de la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cáncer Network (NCCN) del proveedor de salud o no comercializados o no disponibles en el mercado farmacéutico nacional.
r) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH / SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.

Para la indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer que se produzcan a consecuencia de:

a) Enfermedades oncológicas preexistentes o anterior diagnóstico oncológico del asegurado.
b) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH/ SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.
c) Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico Anátomo Patológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.
d) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
e) Cáncer cérvico uterino "In situ".
f) Cualquier diagnóstico oncológico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, conforme a las leyes del país en que haya sido emitido el diagnóstico.

Para la cobertura de Sepelio de fallecimiento oncológico: La Aseguradora no pagará la indemnización prevista cuando el fallecimiento de cáncer ocurra como consecuencia de:

a) Enfermedades preexistentes o anterior diagnóstico oncológico del asegurado.
b) Enfermedad que se haya diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia.
c) Enfermedades oncológicas generadas a consecuencia de VIH / SIDA.
d) Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico Anátomo Patológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.
e) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
f) Cáncer cérvico uterino "In situ".
g) Cualquier diagnóstico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, conforme a las leyes del país en que haya sido emitido el diagnóstico del Plan de Beneficios establecidos en la presente póliza.

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

Aviso de Siniestro:

Para activar las coberturas de la presente póliza, el Asegurado deberá presentar en un plazo máximo de 30 días calendarios del diagnóstico oncológico:

a) En el caso de tratamiento oncológico, deberá coordinar su cita a través del call center o correo electrónico del proveedor de salud que la Aseguradora designe para tal efecto, cuyos números se encuentran establecidos en las condiciones particulares o el plan de beneficios, así como también en el Certificado de Seguro.

El teléfono del proveedor de salud es (01) 513-7900 (opción 0 y luego opción 1) y la dirección de correo electrónico es: autorizaciones@oncosalud.pe. Envía un mensaje al Whatsapp 987 770 550.

Para el caso de provincias, el Asegurado podrá realizar este trámite en sedes locales en red Oncosalud (Lima, Arequipa, Piura, Chiclayo y Trujillo) y otras provincias en sedes comerciales que se encuentran publicadas en la web institucional www.oncosalud.pe.

Si el asegurado está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo un familiar en primer grado consanguinidad o un representante debidamente facultado, debiendo entregar copia de su documento de identidad.

Activación de la cobertura - Tratamiento Oncológico:

Posteriormente, los siguientes documentos deberán ser presentados en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) al proveedor de salud:

- Solicitud de admisión al programa oncológico, la cual tiene carácter de declaración jurada, disponible en la web https://www.oncosalud.pe/activar-mi-programa
- Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
- Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributivos al diagnóstico.
- Informe médico emitido por especialista oncólogo, sustentando la alta sospecha de cáncer, sólo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- Documento de identidad original.
- Prueba de cotinina (nicotina). Según corresponda.

Para activar la cobertura de tratamiento de salud, la documentación previamente detallada deberá ser revisada por el proveedor de salud, quien coordinará con la Aseguradora a efectos de que esta última se pronuncie sobre la cobertura en un plazo máximo de 30 días calendario contados desde la fecha de presentación de la documentación, salvo que el Plan de Salud establezca un plazo menor al previamente indicado.

b) Para la cobertura de Indemnización por primer diagnóstico de cáncer, el Asegurado deberá comunicar por escrito directamente en las oficinas de la Aseguradora. Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra ubicada en Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima.

El teléfono de la Aseguradora es (01)211-0211 a nivel nacional y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

Si el Asegurado o Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro en ambos casos precedentes, y de ello resulta un perjuicio a La Aseguradora, ésta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura.

Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado o Beneficiario, este pierde el derecho a ser indemnizado.

Si el incumplimiento obedece a culpa inexcusable del Asegurado o Beneficiario, pierde el derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o en aquellos casos que La Aseguradora haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Activación de la cobertura - Indemnización por primer diagnóstico de cáncer:

De forma adicional a los documentos indicados en los párrafos precedentes, deberá presentarse la Historia Clínica foliada y fedateada del Asegurado.

En el caso de la cobertura de Indemnización por primer diagnóstico de cáncer, La Aseguradora tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura, salvo que solicite una prórroga al Contratante o Asegurado, según corresponda, para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el Contratante o Asegurado, según corresponda, no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la Aseguradora, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

En caso que la Aseguradora requiera aclaraciones o

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

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

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

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo de 10 años contados desde la ocurrencia del siniestro o desde conocida la existencia del beneficio de la póliza en el caso de los seguros con cobertura de fallecimiento.

c) Sepelio por fallecimiento oncológico:

Para brindar la cobertura de Sepelio de fallecimiento Oncológico , el Beneficiario deberá presentar a la Aseguradora en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) los siguientes documentos:

- Acta o Partida de defunción, documento donde consta la inscripción del fallecido en la municipalidad o RENIEC.
- Certificado de defunción, documento emitido por el médico que certifica el fallecimiento donde se describe cual fue la causa del fallecimiento o las enfermedades que lo causaron.
- Fotocopia del DNI del Beneficiario.
- Facturas originales de gastos cubiertos, en caso de reembolso de gastos de sepelio.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que estos guarden proporción y relación con el siniestro.

Una vez que el Contratante o Beneficiario(s) hayan cumplido con presentar todos los documentos referidos en este artículo, La Aseguradora, cuenta con treinta (30) días para la evaluación del siniestro y proceder con su aprobación o rechazo, y tendrá un plazo adicional de treinta (30) días para proceder al pago de la Suma Asegurada a el(los) Beneficiario(s).

Investigación de siniestros:

La Aseguradora, se reserva el derecho de investigar las causas reales del siniestro, aun cuando ya hubiere pagado la indemnización y el Asegurado queda obligado a cooperar con esta investigación.

Si de la investigación realizada 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 necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas. Si cualquier información referente a un Asegurado o relacionada con su enfermedad fuera simulada o fraudulenta, el Asegurado perderá todo derecho a indemnización; sin perjuicio del derecho que le asiste a La Aseguradora, de iniciar contra los responsables las acciones legales correspondientes en salvaguarda de sus intereses.

17. ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS:

La Positiva atenderá los reclamos a través del "Área de Servicio al Cliente".

El Contratante, Asegurado y sus Beneficiarios pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono (01)211- 0211, (i) de forma presencial o por escrito en cualquiera de sus puntos de venta, coordinadoras externas ubicadas en clínicas afiliadas u oficinas a nivel nacional, cuyas direcciones pueden ubicarlas en www.lapositiva.com.pe, y, (iii) a través del formulario virtual de la página web antes indicada.

Del mismo modo, El contratante Asegurados y los Beneficiarios, segú corresponda pueden (i) Presentar reclamos ante la Defesoría del asegurado, contorme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual- INDECOPI, (i) Presentar sus denuncias ande la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS O el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual – INDECOPI.

18. IMPORTANTE:

La información contenida en el presente Certificado es parcial e informativa, debiendo complementarse la misma con las Condiciones Generales de la Póliza que obran en poder del Contratante. El Asegurado Titular tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de grupo o colectivo a la Aseguradora, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud

presentada por el asegurado titular.
En caso que la presente póliza sea comercializada a través de Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el Asegurado Titular podrá resolver el certificado de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del certificado de seguro, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.
En caso el asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento, luego de haber pagado el total o parte de la prima, la Aseguradora debe proceder a la devolución de la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes, el Asegurado podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.
Para tal efecto, el Asegurado Titular podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro. Del mismo modo, El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden (i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual - INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual - INDECOPI.
Asimismo, durante la vigencia de la póliza, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, la resolución surte efectos de forma inmediata, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de contratación de la póliza.
El Asegurado Titular por su parte, tiene derecho a resolver el presente certificado de seguro sin expresión de causa, siguiendo el procedimiento establecido en el párrafo precedente.
En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.
El Contratante tiene derecho de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por La Aseguradora, durante la vigencia del contrato de seguro. En dicho supuesto la Aseguradora proporcionará al Contratante la información o documentación necesaria para que éste ponga en conocimiento del Asegurado Titular, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato de seguro.
Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. El presente seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.

La Positiva Seguros y Reaseguros
Calle Francisco Masías N.° 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe