

SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO INTERBANK

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/COMERCIALIZADOR:

BANCO INTERNACIONAL DEL PERÚ - INTERBANK	20100053455	(01) 311-9000
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	TELÉFONO
AV. CARLOS VILLARÁN N.º 140 URB. SANTA CATALINA	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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TIPO DE DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	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					

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

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

4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:

Personas a asegurar	Titular		Adicional 1		Adicional 2		Adicional 3		Adicional 4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Tiene o ha tenido o está siendo estudiado por 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:

Yo (Nombre/Apellidos) _____ autorizo al Interbank 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 _____ N.º DE TARJETA DE CRÉDITO _____

Mediante la presente, autorizo a Interbank a cargar a mi tarjeta de crédito y/o cuenta de ahorros Interbank, 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 Interbank 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 Interbank, 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.

Interbank 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

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

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

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 las agencias de Interbank 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 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 saldo insuficiente.

Queda acordado entre las partes que Interbank 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 esté anulada o imposibilitada de aceptar cargos la solicitud de seguro no procederá.
2. 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 haberlo 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

3. El Asegurado Titular declara conocer que las condiciones y coberturas del presente seguro son exclusivos para clientes de Interbank, por lo cual serán exigibles siempre que se mantenga la relación comercial tanto entre el Asegurado Titular e Interbank como entre esta última y La Positiva.

3/16

7. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas; 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 Seguros liberada de cualquier responsabilidad.

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 a mis afiliaciones a la EPS y/o pólizas de seguro, así como sus endosos 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:

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**.

Seguridad 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.

Firma del Vendedor

Responsable del Pago

Asegurado Titular

5/16

CERTIFICADO DE SEGURO ONCOLÓGICO INTERBANK

1. DATOS DEL CONTRATANTE:

BANCO INTERNACIONAL DEL PERÚ - INTERBANK RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	20100053455 RUC	(01) 311-9000 TELÉFONO
AV. CARLOS VILLARÁN N.º 140 URB. SANTA CATALINA DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.)	SAN ISIDRO DISTRITO	LIMA-LIMA PROVINCIA/ DEPARTAMENTO

2. RESPONSABLE DE PAGO (EN CASO EL RESPONSABLE NO SEA EL ASEGURADO TITULAR):

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO	
DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
TIPO DE DOCUMENTO	Nº 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					

4. 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

5. 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%.	Hasta S/ 500,000 renovables al año
INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	S/ 3,000

* Condición de Cobertura: Periodo de carencia 120 días

6. PRIMA COMERCIAL:

RANGO DE EDADES	PRIMA COMERCIAL MENSUAL	PRIMA COMERCIAL MENSUAL (INCLUYE IGV)
0 - 25	S/ 38.65	S/ 45.61
26 - 40	S/ 89.01	S/ 105.03
41 - 45	S/ 108.67	S/ 128.23
46 - 50	S/ 119.23	S/ 140.70
51 - 55 (*)	S/ 203.92	S/ 240.63
56 - 60 (*)	S/ 236.28	S/ 278.81
61 - 65 (*)	S/ 293.60	S/ 346.45
66 a 70 (*)	S/ 506.10	S/ 597.20
71 a más(*)	S/ 609.90	S/ 719.68

*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: BANCO INTERNACIONAL DEL PERÚ-
INTERBANK

Comisión:

COMISIÓN PRESENCIAL 19.42% de la PRIMA COMERCIAL. COMISIÓN CALL CENTER 11.65% de la PRIMA COMERCIAL.

7/16

7. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

Edad Máxima de ingreso : Hasta 50 años y 365 días

Edad máxima de permanencia : Sin límite de edad de permanencia

8. VIGENCIA:

Vigencia: Anual

Inicio de Vigencia: ____/____/____

Fin de Vigencia: ____/____/____

Renovación anual automática

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 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.

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

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

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 a la Aseguradora, de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta donde se carga la prima del seguro.

Fecha de vencimiento del pago de la prima: Treinta (30) días desde el inicio de vigencia del documento de cobro mensual.

El contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al vencimiento del plazo de pago de prima.

Para la forma de Pago se cargará la prima total de manera mensual o anual, en la tarjeta de crédito y/o débito y/o cuenta según plan elegido considerando que:

- El ASEGURADO autorice el cargo recurrente de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación, según la periodicidad pactada en el presente documento.
- En caso no se encontrará saldo disponible en la cuenta designada por el ASEGURADO o este tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, el ASEGURADO acepta el cargo de la prima en las cuentas donde mantenga saldo acreedor o cualquier otra cuenta o tarjeta de crédito que el ASEGURADO mantenga con el CONTRATANTE y se procederá a realizar XX re-intentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.
- Si luego de los intentos de cargo no se pudiera

debitar las primas correspondientes, la póliza quedará extinguida transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago.

- La prima se cargará en soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

Sin perjuicio de lo antes expuesto, si el CONTRATANTE no usase esta facultad o pese a ello no pudiese realizar el cargo de la prima correspondiente, no será responsable de la suspensión, resolución y/o extinción de la cobertura del seguro ya que los reintentos de cargo no suponen la eliminación de la obligación del ASEGURADO del pago oportuno de la prima y su verificación.

En caso de cambio de número de tarjeta por cualquier circunstancia, el cliente autoriza la afiliación del Pago Automático de los servicios arriba indicados a la tarjeta que se emita en sustitución de la anterior. Sin perjuicio de ello, es obligación del cliente informar a LA ASEGURADORA el cambio del número de tarjeta. Cuando la cuenta y/o tarjeta de débito y/o crédito del ASEGURADO se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o instrucciones del CONTRATANTE por operaciones activas celebradas por el ASEGURADO, el CONTRATANTE y/o LA ASEGURADORA no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del presente seguro. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del ASEGURADO.

Es responsabilidad del ASEGURADO informar al CONTRATANTE y/o a LA ASEGURADORA de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta o tarjeta de crédito donde se carga mensualmente la prima del seguro

8/16

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 Contratante por las coberturas contratadas.

Asimismo, la Aseguradora es responsable por los errores u omisiones en 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.

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 con 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.

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

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

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**.

Seguridad 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.

9/16

Firma del Vendedor

La Positiva Seguros y Reaseguros

Asegurado Titular

Responsable del Pago

Fecha de Declaración

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 anatomopatológico 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 in situ; tumores no-invasivos que sólo exhiben cambios malignos
- d) Personas Asegurables: Podrán ingresar como asegurado de la presente póliza cualquier persona residente en la República del Perú, hasta los 50 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.

10/16

14. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

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 Aseguradora otorga el monto indemnizatorio establecido en las condiciones particulares cuando se diagnostique cáncer por primera vez al Asegurado.

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

15. 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 relacionados 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%
Prestaciones Domiciliarias para Cuidados Paliativos y Terapias de Dolor así como seguimiento y control en domicilio.	Sin deducible	100%
Cáncer no biopsiable: En caso de alta sospecha de neoplasia maligna primaria de encéfalo, páncreas, riñón, ovario y testículo.	Sin deducible	100%
Trasplante de Médula Ósea histocompatible: Incluye cobertura de estudios de histocompatibilidad solo del AFILIADO receptor. No incluye estudio u otros gastos relacionados a los donantes.	Sin deducible	100%
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas y plasma) se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente trasfundidas.	Sin deducible	100%
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres semanas.	Sin deducible	100%
Kit de Colostomía para uso diario para pacientes con Cáncer de Colon Primario.	Sin deducible	100%
Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos.	Sin deducible	100%
Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o Cáncer Óseo.	Sin deducible	100%

* No se cubren los medicamentos si no están citados en el "Listado de Medicamentos Oncológicos", indicados en la web de Oncosalud.

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

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - EXCLUSIVO EN ONCOSALUD Y RED PRESTACIONAL - VÍA CRÉDITO AMBULATORIA 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%
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. (Sólo se cubre 12 sesiones).	Sin deducible	100%
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.	Sin deducible	100%
Foniatría en cáncer de laringe, hasta 12 sesiones programadas.	Sin deducible	100%
Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas por año.	Sin deducible	100%
Orientación Nutricional para pacientes en compañía de familiares. Incluye tres (3) sesiones programadas por año.	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 establecidos*.	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 (según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento (1 vez al Año)	Sin deducible	100%
Despistaje Oncológico: Exámenes preventivos según sexo y edad del afiliado. (1 vez al Año)	Sin deducible	100%

12/16

Periodo de carencia: 120 días

(*) Límites en Lima: NORTE: Los Olivos (Covida) desde Av. Canta Callao cruce con la Av. Carlos Izaguirre que se prolonga hasta el cruce con Túpac Amaru; OESTE: hasta La Punta; ESTE: Santa Anita hasta la Av. Prolongación Javier Prado y de San Juan de Lurigancho hasta la Av. Las Lomas; SUR: Chorrillos (Villa) hasta la Av. Alameda Las Garzas Reales.

DESPISTAJE ONCOLÓGICO - EXÁMENES (A partir del año de contratación de la póliza) Examen para Damas y Varones	PERIODICIDAD
CONSULTORÍA PREVENTIVA (A PARTIR DE 1 AÑO DE EDAD)	Anual
EXAMEN FÍSICO - (a partir de 1 año de edad) 1. Examen de cavidad oral. 2. Palpación de tiroides. 3. Palpación de ganglios axilares y cervicales. 4. Palpación de ganglios inguinales. 5. Palpación abdominal. 6. Búsqueda de neoplasia maligna de piel.	Anual
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS 1. IMC (desde los 18 años) 2. Hemograma completo (hasta los 39 años) 3. Toma de Presión arterial (desde los 18 años) 4. Exámenes de sangre (desde los 18 años) * 5. Thevenon (desde los 50 años) 6. Colonoscopia Convencional (desde los 50 años) **	Anual Cada 5 años

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

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

DESPISTAJE ONCOLÓGICO - EXÁMENES (A partir del año de contratación de la póliza) Examen para Damas y Varones	PERIODICIDAD
EXAMEN DIFERENCIADO PARA DAMAS 1. Revisión aparato genital femenino interno (Desde los 18 a 64 años). 2. Teleconsulta 3. Exámenes de sangre - Colesterol Total y Triglicéridos (a partir de 40 años) 4. Mamografía Bilateral- Se incluye el rango de 35 a 39 años, solo si existe algún factor de riesgo. 5. Revisión aparato genital femenino externo (Desde los 18 a 64 años) 6. Palpación de mamas (Desde los 18 a 64 años). 7. Tacto rectal (Desde los 18 a 64 años). 8. Mamografía Bilateral (desde los 40 a 70 años)****. 9. Prueba de PVH (30 a 64 años) 10. Papanicolaou de base líquida (18 a 29 años) 11. Papanicolaou de base líquida (30 a 64 años)	Anual Cada 4 años Anual*** Cada 4 años****
EXAMEN DIFERENCIADO PARA VARONES 1. Palpación de testículos (desde los 18 años). 2. Palpación de pene (desde los 18 años). 3. Tacto rectal (desde los 18 años). 4. Teleconsulta 5. Exámenes de sangre – Creatinina y Transaminasas: TGO y TGP (a partir de 40 años) 6. Palpación de próstata (desde los 18 años). 7. Marcador Tumoral PSA (desde los 45 años).	Anual
EXAMEN NIÑOS Y ADOLESCENTES (de 1 a 17 años) 1. Teleconsulta 2. Examen de sangre – Glucosa (se brindará en el rango de 0 a 34 años en caso de existir factor de riesgo como obesidad, antecedente familiar, entre otros)	Anual

* Los exámenes de sangre incluyen: colesterol total, glucosa, triglicéridos, LDL, HDL.

** Para otorgar la colonoscopia es un requisito que el AFILIADO tenga cinco (5) años continuos en su programa. Asimismo, no es parte de este beneficio la cobertura de biopsias y procedimientos de éstas.

*** 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 colposcopias.

**** Solo se brindará el examen de Papanicolaou de

base líquida en caso que resulte positivo a los virus de alto riesgo (1) en la prueba de PVH para los rangos de 30 a 64 años. Asimismo, no es parte del beneficio la cobertura de Biopsias ni colposcopias.

Se consideran 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).

**** El examen de mamografía bilateral, a decisión del asegurado, podrá ser programado por separado de todo el "EXAMEN DIFERENCIADO PARA DAMAS"

13/16

16. EXCLUSIONES:

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

- 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.º 28770.
- Todo diagnóstico anatómico patológico positivo para neoplasia maligna, siempre y cuando se haya

producido antes de culminado el periodo de carencia señalado en las Condiciones Generales.

- Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el Asegurado, así como gastos efectuados en el extranjero.
- Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento.
- 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

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

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías N.º 370, San Isidro, Lima – Perú RUC: 20100210909 Teléfono (01) 211-0211 www.lapositiva.com.pe

- 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.
 - g) 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.
 - h) Suministro de prótesis de todo tipo, así como también material de osteosíntesis, salvo la prótesis testicular.
 - 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 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 Cancer 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 Anatómo 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.

14/16

17. 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 o desde que conoce el beneficio:

- 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

y la dirección de correo electrónico es: contacto@oncosalud.pe

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 activación de cobertura (proporcionado por el proveedor de salud y/o Aseguradora).
- 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 el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
- Copia del DNI del Asegurado.
- 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.º 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.

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

15/16

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 Positiva las sumas pagadas 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.

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.

18. 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, 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.

19. 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, siempre que el Asegurado no haya hecho uso de las coberturas. 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.

Asimismo, durante la vigencia de la póliza, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de

la póliza. La resolución opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la presentación de la solicitud de resolución.

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. La resolución opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la presentación de la solicitud de resolución.

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.

16/16