

SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO BANCO FALABELLA

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 FALABELLA PERU S.A. 20330401991 (51) 311-7070

RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL RUC TELÉFONO
CALLE CARPACCIO N°250 SAN BORJA LIMA / LIMA

DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.) DISTRITO PROVINCIA / DEPARTAMENTO

2. RESPONSABLE DE PAGO (Completar este recuadro en caso el responsable de pago no sea el asegurado titular)

NOMBRES Y APELLIDOS / /

DNI ☐ CE. ☐ PASAPORTE ☐ OTROS DOCUMENTOS ☐ N° DOCUMENTO NACIONALIDAD GÉNERO F M

TIPO DE DOCUMENTO

DIRECCIÓN DISTRITO / PROVINCIA DEPARTAMENTO

CORREO ELECTRONICO PROFESIÓN/OCUPACIÓN TELÉFONO RELACIÓN CON EL ASEGURADO

3. DATOS DEL ASEGURADO

Titular

1/12

NOMBRES Y APELLIDOS / /

DNI ☐ CE. ☐ PASAPORTE ☐ N° DOCUMENTO NACIONALIDAD GÉNERO F M

TIPO DE DOCUMENTO

DIRECCIÓN DEL ASEGURADO DISTRITO/PROVINCIA DEPARTAMENTO

ESTADO CIVIL PARENTESCO CORREO ELECTRONICO TELEFONO

4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Personas a asegurar	Titular	
Pregunta	Sí	No
1. ¿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						

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 Telf.: (01)211-0211 www.lapositiva.com.pe

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de declaración jurada y determina que el Asegurado, 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 propuestas en la solicitud de

seguro como asegurados. Asimismo, el Asegurado Titular autoriza a La Positiva si 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 O RESPONSABLE DE PAGO

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

La venta únicamente se hará con tarjeta CMR

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

Los cargos de las primas del seguro de la tarjeta de crédito afiliada se realizarán dependiendo de la Fecha más próxima a la afiliación, siendo esta su fecha de cobranza para los meses siguientes, las mismas que podrá ser visualizada por el Responsable de Pago al corte de la facturación según tipo de tarjeta y fecha de facturación. Asimismo, mediante la presente, extendiendo la autorización de débito automático a la tarjeta de crédito y/o débito Banco Falabella, según corresponda, que sea emitida en razón a renovación, extravío, pérdida, robo o cambio de tarjeta. En dichos supuestos, el 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, Banco Falabella 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.

Banco Falabella no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por no contar con línea suficiente en la tarjeta en caso que, no se pueda debitar el monto de la prima transcurrido noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato. El 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 del Banco Falabella o a través de su Línea Telefónica llamando al (51) 311-7070 (lima y provincias) desde cualquier lugar. El pago por el presente servicio será cargado a la tarjeta CMR, el día 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 Responsable de Pago no cuente con saldo, Banco Falabella 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 Banco Falabella 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 Responsable de Pago. Banco Falabella procederá a realizar la conversión de moneda al tipo de cambio que tenga vigente en la fecha de la respectiva operación.

En caso el cargo de la prima del seguro no pudiera realizarse en la tarjeta de crédito, el cargo se pudiera reintentar en otra tarjeta y/o cuenta que el Responsable de Pago mantiene dentro de Banco Falabella. Sin embargo, Banco Falabella no está obligado a realizar este reintento.

2/12

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 "Condicionamiento 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 integrales de la póliza, de la web: www.lapositiva.com.pe

CLIENTE 2/12

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 indicado, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

3/12

8. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Usted, en calidad de contratante y/o asegurado identificado según los datos personales registrados en la 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 S.A ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD 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° 12709. Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de LA ASEGURADORA, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

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

Siendo las finalidades primarias:

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos. De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos Personales son considerados obligatorios.

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 a LA ASEGURADORA 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.

ACEPTO
(Marcar con un aspa)
☐

NO ACEPTO
(Marcar con un aspa)
☐

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.

Fecha de Suscripción: _____

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 su o representados.

CERTIFICADO DE SEGURO ONCOLÓGICO BANCO FALABELLA

El presente Certificado 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 este certificado 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**

Según detalle ingresado en la página 1 del presente documento

2. **RESPONSABLE DE PAGO** (Completar este recuadro en caso el responsable de pago no sea el asegurado titular)

Según detalle ingresado en la página 1 del presente documento

3. **DATOS DEL ASEGURADO**

Según detalle ingresado en la página 1 del presente documento

4. **BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES Y COBERTURA ADICIONAL**

Será el Asegurado registrado en la presente solicitud.

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.

Cód. 103793 - V.01/2025

CLIENTE 5/12

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 Telf.: (01)211-0211 www.lapositiva.com.pe

6. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA

COBERTURAS PRINCIPALES*	SUMAASEGURADA
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SOLO PARACÁNCER (Coberturaambulatoria y hospitalaria para el tratamiento del cáncer, sin deducible al 100%).	HastaS/60,000Renovable al año
INDEMNIZACIÓNPORPRIMERDIAGNÓSTICO ALASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.	HastaS/10,000

* Condición de Coberturas principales y cobertura adicional: Periodo de Carencia de 90 días

* Límite de edad de ingreso: 55 años de edad.

PRIMA COMERCIAL:

RangodeEdades	Prima Comercial Mensual + (IGV)
De 0 - 40	S/ 15.90
De 41 - 55	S/ 23.90
De 56a más años(*)	S/ 27.90

*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 médica, (iii) tablas de mortalidad y morbilidad y/o (iv) incremento de

los tarifarios de la Red de Proveedores de Salud. La prima comercial incluye los siguientes conceptos: Cargo por la contratación de comercializadores: Comercializador: BANCO FALABELLA – 11.6% sobre la prima comercial Corredores de Seguros Falabella - 12.1% sobre la prima comercial.

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edadmínima y máxima de ingreso	Desde los 00 años hasta los 55 años inclusive
Edadmáxima de permanencia	Sinlímitedeedadde permanencia

7. VIGENCIA: Marcar la opción a elegir A

Las coberturas se activan a partir del momento en que la compañía aseguradora emite la Póliza. De Periodicidad anual con renovación automática, los plazos estipulados en las condiciones generales de la póliza son de aplicación al presente certificado.

Mencionar que la vigencia del programa es Anual y renovable automáticamente.

La vigencia del certificado se encuentra sujeta a que la Póliza esté vigente y no se haya suspendido por

falta de pago. 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 y/o Responsable de Pago 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 certificado, queda extinguido.

8. LUGAR Y FORMA DE PAGO

El pago de la prima es mensual con cargo en cuenta del Responsable de Pago o del Responsable de pago, según corresponda. Cuando la cuenta para el pago del seguro se encuentre bloqueada o retenida, el Comercializador y/o La Aseguradora no serán responsables por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del Asegurado y el Contratante. Es responsabilidad del Asegurado y el Contratante informar al Comercializador y/o 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: Cada Treinta (30) días desde el inicio de vigencia del certificado.

El contrato de seguro quedará extinguido dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo de pago de prima. El afiliado permanecerá pagando la prima correspondiente a su rango etario hasta el final de su vigencia que sería al cabo de un año, luego de esto si existiese la actualización de prima por cambio de rango etario se aplicará al afiliado.

9. 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.º 3274-2017 y normas modificatorias. Contratante por las coberturas contratadas.

10. 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 8º 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

11. DEFINICIONES

- a) El Asegurado: Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, Certificado y/o Solicitud de Certificado, según corresponda.
- b) Responsable de Pago: Persona quien realiza el aporte o abono de facturas sea él el asegurado titular o cubra estos gastos hacia otro asegurado.
- c) Asegurado Titular: Cabeza del grupo asegurado. Asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste.
- d) 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 recientes; tumores por la presencia del virus de inmunodeficiencia humano (SIDA); Kaposi's Sarcoma y cánceres relacionados con el SIDA; cualquier cáncer de la piel que no fuera melanoma maligno.
- e) Personas Asegurables: Podrán ingresar como asegurado de la presente póliza cualquier persona residente en la República del Perú, desde los 18 años hasta los 55 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.

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 enfermedades oncológicas diagnosticadas dentro de la vigencia del presente contrato.

Siempre que el diagnóstico se dé posteriormente al período de carencia (90 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 Asegurada otorga el monto indemnizatorio establecido en el presente certificado de seguro, 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.

7/12

12. CONSIDERACIONES

DETALLE DE COBERTURA	COBERTURA	COPAGO
Honorarios médicos por consultas, teleconsultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno
Fase diagnóstica*: Requiere informe médico Incluye, consultas, exámenes, procedimientos y diagnóstico, cubierto al 100%. *Fase diagnóstica: - Se requiere sustento en estudios de imágenes y laboratorio que establezcan el diagnóstico de alta sospecha de cáncer. - Se otorgará este beneficio para cubrir las prestaciones médicas ambulatorias (consultas, honorarios profesionales, procedimientos y cirugía ambulatoria, así como los exámenes de laboratorio, imágenes y patología) necesarias para obtener la biopsia y estudio de anatomía patológica para establecer un diagnóstico definitivo. - Este beneficio se brinda exclusivamente en Oncocenter Sede San Borja.	100%	Ninguno
Evaluación Preventiva Inicial: Desde el tercer mes de la vigencia del contrato y sin costo adicional (Se otorga por única vez).	100%	Ninguno
QUIMIOTERAPIA: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	Ninguno
Hormonoterapia farmacológica convencional: Medicamentos convencionales para modular las hormonas del organismo atenuando el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno
Radioterapia: Radioterapia Tridimensional, Arcoterapia Volumétrica de Intensidad Modulada, Radioterapia de Intensidad Modulada, Radiocirugía Estereotáctica, Radioterapia Estereotáctica Extra Cerebral, Radioterapia Intraoperatoria, Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Servicio solo disponible en Lima.	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, 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 transfundidas.	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): Solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno
Kit de colostomía e ileostomía insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	100%	Ninguno
Kit de urostomía insumo y equipamiento al paciente con urostomía por causa oncológica.	100%	Ninguno

CLIENTE 8/12

Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes de cáncer de piel y tejidos blandos del sistema musculoesquelético, inclusive en cara y por amputación de extremidades (no incluye genitales), en el mismo acto operatorio extractivo y no cosmético.	100%	Ninguno
Complicaciones ocasionadas por el tratamiento oncológico únicamente las patologías que se presentan a consecuencia de la enfermedad oncológica o luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico, descritas en las prestaciones generales.	100%	Ninguno
Material de Osteosíntesis: para pacientes con fracturas patológicas por metástasis ósea o cáncer óseo.	100%	Ninguno
Control ambulatorio de pacientes oncológicos con 5 años de evolución sin enfermedad activa	100%	Ninguno

9/12

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO – EXCLUSIVO EN ONCOSALUD Y RED PRESTACIONAL-VÍA CRÉDITO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	COBERTURA	COPAGO
Prueba de expresión genética para cáncer de mama.	100%	Ninguno
Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical y total por cáncer de mama. Servicio disponible solo en Lima. Servicio disponible solo en Red Integrada	100%	Ninguno
Prótesis de mama para pacientes con mastectomía por cáncer de mama. Por única vez por mama	100%	Ninguno
Medicina Integrativa: Dentro de las prestaciones cubiertas, se encuentran las siguientes: - Psicooncología: Incluye cinco (5) sesiones programadas por año y consultas sin límite de número durante la hospitalización, contadas a partir de su admisión como paciente. En caso de paciente menores de dieciocho (18) años, se cubrirá las consultas ambulatorias y durante la hospitalización, sin límite de número de consultas. Asimismo, se extenderá a los padres hasta sesenta (60) días posteriores al fallecimiento del menor. Solo en Red Integrada. Orientación nutricional para pacientes en compañía de familiares. Incluye cinco (5) sesiones programadas por año.	100%	Ninguno
Terapia física: Hasta un máximo de doce (12) sesiones durante los tres (3) meses posteriores a la cirugía antes descrita. En el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior a mastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades; terapia física post cirugía encefálica; fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar.	100%	Ninguno
Foniatría: Hasta doce (12) sesiones programadas. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
Prótesis Testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la junta médica permanente de la IAFAS y con el soporte de los comités multidisciplinarios de alta complejidad de la RED AUNA.	100%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos	100%	Ninguno
Alimentación para un acompañante de pacientes pediátricos (menores de catorce (14) años y seis (6) meses de edad) durante el tiempo que dure la hospitalización	100%	Ninguno
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: Un (1) 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.	100%	Ninguno

CLIENTE 9/12

Sedación de pacientes pediátricos	100%	Ninguno
Tutoría Médica y Ejecutiva de Acompañamiento al Paciente	100%	Ninguno
Chequeo oncológico: Conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas. Asimismo, con la evaluación inicial de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular.	El deducible, cobertura, así como el detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el Chequeo oncológico y evaluación inicial de salud están publicados en nuestra página web: https://oncosalud.pe/documentos-interes .	

10/12

- 1) Se cubrirán los medicamentos únicamente citados en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer". Se excluye aquellos medicamentos considerados como terapia hormonal compleja, así como aquellos considerados como terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida)

13. 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, señalados en las condiciones generales de la póliza.
- 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 hasta la suma asegurada establecida en la póliza, los gastos de sepelio incurridos a la persona natural o jurídica que acredite haber realizado dicho gasto mediante presentación de facturas o boletas de venta originales. La Positiva se reserva el derecho a verificar la autenticidad de las facturas o boletas entregadas, por lo cual, en caso de haber sido falsificadas o adulteradas, La Positiva quedará liberada de toda responsabilidad de cobertura del siniestro.

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.

- 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 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.
- 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:

- Enfermedades oncológicas preexistentes o anterior diagnóstico oncológico del asegurado.
- Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH / SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.
- Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico anatomopatológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.
- Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- Cáncer cérvico uterino "In situ".
- Cualquier diagnóstico oncológico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, conforme a las leyes del daño derivado de la autoeliminación, así como tratamientos estéticos, kinésicos o de cualquier tipo de rehabilitación, salvo consultas psicológicas indicadas en las prestaciones complementarias.

CLIENTE 10/12

- j) Suministro de prótesis de todo tipo, así como también material de osteosíntesis, salvo la prótesis mamaria y testicular.
- k) 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.
- l) 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.
- m) Trasplante de médula ósea y radiofrecuencia, búsqueda y análisis de compatibilidad del donante de médula ósea, salvo el trasplante de médula ósea histocompatible.
- n) Radioterapia con intensidad modulada (IMRT), salvo las expresamente señaladas en la cobertura del presente documento.
- o) 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.
- p) Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas por el médico de los proveedores de salud, según lo establecido en el presente contrato.
- q) 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.
- r) Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.
- s) Fármacos como ansiolíticos, psicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, proteínas, productos naturales o productos no medicinales y cualquier otro medicamento no oncológico.
- t) 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 Clínica del país en que haya sido emitido el diagnóstico.

14. 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:

- a) Solicitud de activación de cobertura (proporcionado por el proveedor de salud y/o Aseguradora).
- b) Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
 - I. Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributivos al diagnóstico.
 - II. Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, solo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
 - III. Copia del DNI del Asegurado.

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, 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.

15. 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.

16. 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

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.

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.

12/12



La Positiva Seguros y Reaseguros

Asegurado Titular

Responsable del Pago