

ANEXO C

TABLA DE BENEFICIOS

Vida Ley (Trabajadores) - Soles

CONDICIONES GENERALES

SEGURO VIDA LEY

SEGURO DE VIDA EN GRUPO PARA TRABAJADORES ACTIVOS SEGÚN DECRETO LEGISLATIVO No. 688, MODIFICADO POR LA LEY No. 29549 Y SU REGLAMENTO APROBADO POR EL DECRETO SUPREMO No. 003-2011-TR

CONDICIONES GENERALES

EL PRESENTE CONDICIONADO GENERAL, EL CONDICIONADO PARTICULAR, EL RESUMEN INFORMATIVO, EL CERTIFICADO, LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CLAUSULAS ADICIONALES, ENDOSOS Y LA DECLARACIÓN DE REMUNERACIONES MENSUALES PROPORCIONADAS POR EL **CONTRATANTE**, CONSTITUYEN EL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA LEY CORRESPONDIENTE AL DECRETO LEGISLATIVO N° 688 "LEY DE CONSOLIDACION DE BENEFICIOS SOCIALES" Y SUS MODIFICATORIAS, ENTRE **LA POSITIVA VIDA** Y EL **CONTRATANTE** INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA, LA CUAL SE EMITE BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES QUE SERVIRAN DE BASE PARA EL PAGO DE PRIMAS Y SINIESTROS.

1. COBERTURAS BASICAS Y SUMAS ASEGURADAS

- 1.1. Muerte natural:** Esta cobertura es a favor de los Beneficiarios del Asegurado fallecido y asciende a dieciséis (16) remuneraciones que se establecen en base al promedio de lo percibido por el Asegurado en el último trimestre previo al fallecimiento.
- 1.2. Muerte accidental:** Esta cobertura es a favor de los Beneficiarios del Asegurado fallecido y asciende a treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el Asegurado en la fecha previa al accidente. El suicidio no es considerado accidente.
- 1.3. Invalidez total y permanente por accidente:** Esta cobertura es a favor del Asegurado calificado como inválido total y permanente como consecuencia de un accidente cubierto de acuerdo a las definiciones de esta póliza.

Corresponde a un beneficio de treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por el Asegurado en la fecha previa al accidente. Dicho monto será abonado directamente al trabajador, o por impedimento de él, a su cónyuge, curador o apoderado especial, debidamente acreditado.

Las sumas aseguradas serán calculadas considerando el tope estipulado en el artículo 9° del Decreto Legislativo No. 688, con respecto a la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, en el Sistema Privado de Pensiones. Este tope también será aplicable a las coberturas complementarias que se hubieran incluido en la póliza. Las



condiciones particulares podrán establecer, para las coberturas complementarias, topes diferentes a los establecidos por el Sistema Privado de Pensiones.

En este sentido, a efectos del pago del capital del pago o póliza se entiende como remuneración asegurable a aquella que figura en los libros de planillas y boletas de pago, percibida mensualmente por el trabajador, aun cuando su monto pueda variar en razón de incrementos u otros motivos; hasta el tope de una remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

Tratándose de trabajadores remunerados a comisión o destajo, el monto del capital que corresponda abonar, sea cual fuere la contingencia, se establecerá en base al promedio de las comisiones percibidas en los últimos tres meses.

Queda claramente establecido que un mismo accidente no dará derecho a indemnizaciones acumulativas por invalidez total y permanente y por Muerte; por lo que si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por la cobertura del inciso 1.3 precedente, no corresponderá el pago de indemnización alguna por Muerte.

2. DEFINICIONES

Entiéndase a efectos de la presente póliza los siguientes conceptos según lo detallado a continuación:

2.1. Asegurado: Es el trabajador empleado u obrero sobre cuya vida se estipula el presente seguro una vez que cumpla cuatro años de trabajo al servicio del **Contratante**. A efectos de ser considerado como **Asegurado**, el **Contratante** deberá cumplir con declararlo a **La Positiva Vida** oportunamente. Previo consentimiento de **La Positiva Vida**, se podrá considerar como **Asegurado** a un trabajador a partir de los tres meses de servicios. En este caso y durante la vigencia de la póliza, **La Positiva Vida** podrá optar por solicitar una Declaración Personal de Salud (DPS) o disponer la realización de un examen médico, con respecto a todo empleado cuya edad sea superior a 60 años, sobre la base de los cuales decidirá si acepta su inclusión en la póliza.

2.2. Beneficiarios de Ley: Son las personas en beneficio de las cuales se toma el seguro de vida materia del presente contrato:

- a) El cónyuge o concubino (a) del Asegurado (según lo estipulado en el artículo 326º del Código Civil).
- b) Los descendientes del Asegurado.

Sólo en caso que no exista ninguno de los beneficiarios indicados en los numerales anteriores, el beneficio materia del presente seguro corresponderá a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años.

Asimismo, solo en caso de Invalidez Total y permanente por Accidente, se considerará como **Beneficiario de Ley al Asegurado**, conforme al detalle establecido en el Decreto Legislativo 688 y el presente contrato.

2.3. Beneficiarios del Asegurado: Son los **Beneficiarios de Ley** debidamente designados por el Asegurado en la declaración jurada con firma legalizada notarialmente (o por Juez de Paz a falta de Notario) por él mismo de acuerdo a ley. También se entiende como Beneficiarios del Asegurado a los Beneficiarios de Ley nombrados por el Asegurado en un testamento por Escritura Pública si éste es posterior a la declaración jurada.

2.4. Contratante: Entidad empleadora indicada en las condiciones particulares de la presente póliza y que es la obligada a contratar el presente seguro de vida y pagar las primas correspondientes, de acuerdo a lo estipulado en el Decreto Legislativo No. 688.

2.5. Interés Asegurable: Es el interés de carácter económico que tiene el **Contratante** y/o **Asegurado** de que no se materialice alguno de los riesgos cubiertos bajo la presente póliza.

2.6. Invalidez Total y Permanente por Accidente: Se considera como Invalidez Total y Permanente por accidente únicamente los siguientes casos, según la certificación de la invalidez expedida por el Ministerio de Salud, EsSalud y Comafp o Comec:

- a) Estado absoluto e incurable de alienación mental
- b) Descerebramiento que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.
- c) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.
- d) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- e) Pérdida completa de ambas manos.
- f) Pérdida completa de ambos pies.
- g) Pérdida completa de una mano y de un pie.

A estos efectos se entiende por pérdida total a la amputación o a la inhabilitación total y definitiva del miembro lesionado.

2.7. Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del Asegurado independiente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

2.8. Muerte Natural: Es el deceso del **Asegurado** por cualquier causa con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

2.9. Prima: Es el costo del seguro.

2.10. Remuneración Mensual: A efectos del pago del beneficio o prima se entiende como remuneración, a aquella que figura en los libros de planillas y boletas de pago, percibida mensualmente por el trabajador, aun cuando su monto pueda variar en razón de incrementos u otros motivos.

En caso de trabajadores remunerados a comisión o destajo se considerará como remuneración mensual el promedio de las recibidas en los últimos tres meses.

Así pues, no son considerados como remuneración mensual a efectos del presente seguro los siguientes conceptos:

- a) Gratificaciones
- b) Participaciones
- c) Compensación vacacional adicional
- d) Otras que por su naturaleza no se abonen mensualmente.

2.11. Siniestro: Suceso que origina el fallecimiento o la declaración de invalidez total y permanente del **Asegurado** y que obliga a otorgar la prestación que corresponda en las condiciones pactadas en la



presente póliza.

3. PAGO DE PRIMAS

La Positiva Vida recibe como contraprestación del riesgo asumido una prima mensual que debe ser cancelada por adelantado dentro de los diez (10) primeros días calendario de cada mes.

3.1 El monto de la prima es el indicado en el condicionado particular, conforme a la tasa determinada por La Positiva Vida en base a la edad promedio del conjunto de trabajadores declarados por el Contratante e incluidos en el presente seguro; la cual se aplica a la Remuneración Mensual que se declare por cada Asegurado en el mes inmediato anterior a la vigencia del seguro, considerando el tope remunerativo dispuesto en el artículo 9° del Decreto Legislativo No. 688.

3.2 El pago será realizado adjuntando una copia de las planillas del correspondiente mes y una declaración del Contratante según el modelo indicado por La Positiva Vida, quien al recibo de la declaración debidamente completada enviará al Contratante la factura cancelada.

3.3 Si el contratante no cumpliera con el pago de la prima en el plazo indicado, la cobertura quedará suspendida automáticamente quedando relevada La Positiva Vida de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro que ocurra, el cual será de responsabilidad del Contratante según ley. En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, la Aseguradora podrá optar por resolver el contrato de seguro. Para tal efecto, se comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro por falta de pago de prima.

A elección expresa del Contratante, lo cual será indicado en las condiciones particulares, la prima podrá ser cancelada de manera anual, estimándose el monto de la planilla de acuerdo a la declaración del Contratante de la planilla del mes anterior al del inicio de la vigencia multiplicado por 12 meses para proyectarla, procediéndose a la regularización de sueldos reales en el undécimo mes de vigencia, con las planillas que deberá remitir el Contratante (empleador) a La Positiva Vida, determinándose entonces el cobro o devolución a que hubiera lugar.

4. EXCLUSIONES

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

- Suicidio o intento de suicidio.
- Lesiones auto Infligidas.

Las coberturas adicionales a las indicadas en el numeral 1 del presente condicionado general, podrán contener exclusiones de adicionales.

5. DECLARACION FALSA

Si el **Contratante** declarase una suma total de remuneraciones mensuales menor a la que figura en la planilla y boletas de pago será considerado como su propio asegurador por la parte proporcional correspondiente a la diferencia entre el monto declarado y el que debió declarar. Para tal efecto, en caso de siniestro, **La Positiva Vida** revisará las sumas totales declaradas durante los últimos seis meses y de no corresponder éstas, a las que debieron declararse, se aplicará la regla proporcional.

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

6.1 La cobertura del contrato de seguro termina para el Asegurado, cuando se resuelva el vínculo contractual entre dicho Asegurado y el Contratante.

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

- a) Por falta de pago de la prima, en cuyo caso La Positiva Vida procederá de acuerdo a lo indicado en el numeral 3.3 del presente condicionado.**
- b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, debiendo comunicarlo previamente a la Aseguradora, mediante documento escrito de fecha cierta, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha Efectiva de la resolución.**
- c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Positiva Vida ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de diez (10) días calendario por El Contratante, La Positiva Vida podrá resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de treinta (30) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los diez (10) días calendario mencionados precedentemente.**

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

Asimismo, La Positiva Vida tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución.

El monto de indemnización que corresponda completar, si fuese el caso, corresponda al Contratante/Empleador, quien deberá asumir toda la responsabilidad ante el Asegurado.

- d) Por decisión de la Positiva Vida, lo cual deberá ser comunicado al Contratante conforme a lo señalado en el numeral 11 del presente Condicionado General, en un plazo de quince (15) días calendarios, luego de ser informada por el Contratante o Asegurado de la agravación de los riesgos cubiertos por la póliza. Cuando la Aseguradora opte por resolver la póliza**

tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. La presente decisión no podrá ser ejercida por la Positiva Vida como consecuencia del cambio de actividad del Asegurado conforme a lo establecido en el artículo 124 de la Ley del Contrato de Seguro.

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

Asimismo, para los casos en que el Contratante no comunique la agravación del riesgo, La Positiva Vida queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

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

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

En los supuestos de resolución señalados en los literales a) y b) del numeral 6.2 precedente, La Positiva Vida tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto. En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de La Positiva Vida, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

En aquellos casos en que la resolución sea efectuada por la Aseguradora y El Contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de la Aseguradora, luego de quince (15) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

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

El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a) Si el riesgo cubierto por la presente póliza se hubiera producido o si hubiera desaparecido la posibilidad de que se produzca, al momento de la contratación.
- b) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable del Contratante- de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus



condiciones si La Positiva Vida hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La Positiva Vida tiene un plazo de 30 (treinta) días calendario para invocar dicha causal, plazo que se contará desde que ésta conoce la reticencia o declaración inexacta.

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

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

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

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

7. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO:

Dentro de las 48 horas de ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Contratante se encuentra obligado -bajo responsabilidad- a entregar a La Positiva Vida la declaración jurada de Beneficiarios del Asegurado.

Solicitud de Beneficios por Muerte del Asegurado.

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, se deberá presentar una solicitud a La Positiva Vida quien sin más trámite procederá a entregar el monto asegurado a los Beneficiarios del Asegurado identificados según lo establecido en el numeral 2.4 del presente condicionado, dentro de las setenta y dos (72) horas una vez que se verifique que el Contratante se encuentra al día en el pago de la prima, luego de lo cual quedará obligada al pago de intereses legales. El plazo antes mencionado se contabiliza a partir de la presentación de la solicitud de cobertura y



los documentos requeridos en la póliza para el análisis del siniestro. Los Beneficiarios del Asegurado deberán presentar su documento nacional de identidad.

Cabe precisar que para el pago de la indemnización por Muerte Natural se deberán presentar a La Positiva Vida las pruebas legales del deceso: (i) certificado de defunción en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), llenado en su totalidad y, (ii) Acta o Partida de defunción en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

En caso de Muerte Accidental, además de los documentos indicados en el párrafo precedente, los Beneficiarios del Asegurado entregarán a La Positiva Vida una copia simple del parte o atestado policial; certificado o protocolo de necropsia (en caso de haberse realizado).

Asimismo, se deberán presentar las boletas de pago y las planillas de remuneraciones de los 3 últimos meses anteriores a la ocurrencia del fallecimiento.

La entrega de la indemnización correspondiente se hará sin ninguna responsabilidad para La Positiva Vida en caso que posteriormente aparecieran otros Beneficiarios de Ley con derecho al seguro de vida. De ser éste el caso, los Beneficiarios del Asegurado que hayan recibido los beneficios de la póliza serán responsables solidariamente entre sí por el pago de la alícuota correspondiente al (los) nuevo(s) Beneficiario(s) de Ley.

El monto de las indemnizaciones que corresponda a menores de edad se entregará al padre sobreviviente, al tutor o al apoderado quien administrará el monto que corresponde a los menores de conformidad a las normas del Código Civil.

En el caso de uniones de hecho, La Positiva Vida consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital correspondiente al conviviente que haya sido declarado como Beneficiario del Asegurado, para el correspondiente trámite de ley, salvo que presente declaración judicial de unión de hecho o escritura pública notarial inscrita de unión de hecho.

Solicitud de beneficios por invalidez total y permanente por accidente del Asegurado

Ocurrido un accidente que genere una invalidez Total y permanente según lo definido en el numeral 2.6 del presente condicionado, el Asegurado o sus representantes legales, en caso de encontrarse aquél impedido, deberán comunicárselo por escrito a La Positiva Vida, adjuntando el Certificado de Invalidez proporcionando por el Ministerio de Salud o los Servicios de la Seguridad Social y el último informe Médico emitido sobre el estado de salud del asegurado, donde se constate el supuesto de invalidez total y permanente por accidente según lo definido en el numeral 2.6. . Una vez evaluado y certificado el caso por La Positiva Vida, ésta procederá a efectuar el pago de la indemnización que corresponda, dentro de las setenta y dos (72) horas contadas desde la fecha de presentación de toda la documentación establecida en el presente contrato y en las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

El Contratante tendrá derecho a cobrar el capital asegurado en la póliza si fallecido el trabajador Asegurado y vencido el plazo de un (1) año de ocurrido el siniestro, ninguno de los Beneficiarios del Asegurado o de los Beneficiarios de Ley hubiera ejercido su derecho.



8. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA:

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

9. AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA:

El Contratante y el Asegurado autorizan expresamente a La Positiva Vida, 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.

10. QUEJAS Y RECLAMOS:

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

11. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES:

Todas las comunicaciones entre **La Positiva Vida** y el **Contratante** y/o **Asegurado** deberán realizarse por escrito.

Para los efectos del presente contrato **La Positiva Vida**, el **Contratante** y el **Asegurado** señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones en general. Si el **Contratante** o **Asegurado** cambiara de domicilio, deberán comunicar tal hecho a **La Positiva Vida** por escrito. Todo cambio de domicilio que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

12. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

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

13. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

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



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

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

13.2 Durante la vigencia del contrato, La Positiva Vida no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del contratante, siempre que dichos cambios no contravengan lo establecido en el Decreto Legislativo No 688, quien tiene derecho a analizar la propuesta remitida por La Positiva Vida y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado hasta el término de su vigencia.

14. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato de seguro prescriben en el plazo de diez años desde que ocurrió el siniestro.

Para las coberturas de muerte, el plazo prescribe desde que el beneficio es conocido por los beneficiarios, conforme lo previsto por el artículo 80 de la Ley de Contrato de Seguros.

15. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la Positiva Vida realizará el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de los datos personales del Contratante/Asegurado siendo almacenados en el banco de datos denominado Clientes con código de inscripción RNPDP-PJPN°4267 de titularidad de la Aseguradora, ubicada en el domicilio indicado en la presente póliza. Dichos datos serán incorporados, con las mismas finalidades al banco de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico (La Positiva Seguros y Reaseguros S.A.A y La Positiva S.A. Entidad Prestadora de Salud) al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual. La Aseguradora conservará su información por un término de hasta de 10 años, a partir de la fecha de recaudación del dato personal del Titular del Dato.

La Aseguradora utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación jurídica y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación, seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, de contar con el consentimiento del Asegurado/Contratante, la Aseguradora utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

La Aseguradora podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, pudiéndose realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

El Contratante/Asegurado reconoce que los datos proporcionados son esenciales para la gestión y ejecución de la relación contractual. Los bancos de datos donde se almacena la información cuentan



con estrictas medidas de seguridad.

Conforme a ley, el Contratante/Asegurado está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

16. CESACION DE EMPLEO

Los trabajadores que cesen pueden optar por mantener su seguro de vida, para lo cual deberán comunicar esta decisión a La Positiva Vida en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario desde el término de la relación laboral, y efectuar el pago de la prima, la cual se calculará sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima asegurable a que se refiere el artículo 9° del Decreto Legislativo N° 688. Para el cálculo de la prima se aplicará la tasa correspondiente a la edad del cesante, de acuerdo a la escala que fije La Positiva Vida.

En este caso, las coberturas de la póliza grupal quedarán sin efecto desde el momento del cese del trabajador. La Positiva Vida extenderá una nueva póliza individual con vigencia anual renovable, la cual será emitida bajo nuevas condiciones conforme a lo acordado entre el trabajador cesante y La Positiva Vida, respetando las coberturas y sumas aseguradas establecidas en el Decreto Legislativo N°688

RESUMEN INFORMATIVO DEL SEGURO DE VIDA LEY PARA TRABAJADORES ACTIVOS

LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS
Calle Francisco Masías N° 370 - San Isidro – Lima
www.lapositiva.com.pe

RIESGOS CUBIERTOS. Son los indicados en el numeral 1 de las Condiciones Generales de la Póliza:

Muerte Natural

Muerte

Accidental

Invalidez Total y Permanente por Accidente

Las sumas aseguradas de estas coberturas podrán ser calculadas sin aplicar el tope remunerativo establecido en el artículo 9 del Decreto Legislativo No. 688, en caso que sea contratada la cláusula adicional correspondiente.

La póliza también podrá incluir cláusulas adicionales, las cuales serán identificadas en el Condicionado Particular indicando la suma asegurada, y se regirán por lo establecido en la Cláusula correspondiente, que integrará a la Póliza.

SUMA ASEGURADA.

Muerte Natural: 16 Remuneraciones, establecidas en base al promedio de lo percibido por el Asegurado en el último trimestre previo al fallecimiento, a favor de los Beneficiarios del Asegurado.

Muerte Accidental: 32 Remuneraciones mensuales, percibidas por el Asegurado en la fecha previa al accidente, a favor de sus Beneficiarios.

Invalidez Total y Permanente por Accidente: 32 Remuneraciones mensuales percibidas por el Asegurado en la fecha previa al accidente.

Las sumas aseguradas serán calculadas considerando el tope estipulado en el artículo 9° del Decreto Legislativo No. 688, con respecto a la remuneración máxima asegurable establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio, en el Sistema Privado de Pensiones. Este tope también será aplicable a las cláusulas adicionales que se hubieran incluido en la póliza. Las condiciones Particulares podrán establecer, para las cláusulas adicionales, topes

diferentes a los establecidos por el Sistema Privado de Pensiones.

En caso de haber contratado la cláusula adicional sin tope de la remuneración máxima asegurable, ésta se aplicará a las coberturas complementarias referidas en el párrafo precedente.

EXCLUSIONES.

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

Suicidio o intento de suicidio.

Lesiones auto infligidas.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: RESOLUCIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

Son las indicadas en el numeral 6 de las condiciones generales.

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

Dentro de las 48 horas de ocurrido el fallecimiento del Asegurado, el Contratante se encuentra obligado -bajo responsabilidad- a entregar a La Positiva Vida la declaración jurada de Beneficiarios del Asegurado.

Solicitud de Beneficios por Muerte del Asegurado

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, se deberá presentar una solicitud a La Positiva Vida quien sin más trámite procederá a entregar el monto asegurado a los Beneficiarios del Asegurado identificados según lo establecido en el numeral 2.4 del condicionado general, dentro de las setenta y dos (72) horas una vez que se verifique que el Contratante se encuentra al día en el pago de la prima, luego de lo cual quedará obligada al pago de intereses legales. El plazo antes mencionado es a partir de la presentación de la solicitud de cobertura y los documentos correspondientes para el análisis del siniestro. Los Beneficiarios del Asegurado deberán presentar su documento nacional de identidad.

Cabe precisar que para el pago de la indemnización por **Muerte Natural** se deberá presentar a **La Positiva Vida** las pruebas legales del deceso: (i) certificado de defunción en original o copia legalizada, llenado en su totalidad y, (ii) Acta o Partida de defunción en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

En caso de **Muerte Accidental**, además de los documentos indicados en el párrafo precedente, los **Beneficiarios del Asegurado** entregarán a **La Positiva Vida** una copia simple del parte o atestado policial; certificado o protocolo de necropsia (en caso de haberse realizado).

Asimismo, se deberán presentar las boletas de pago y las planillas de remuneraciones de los 3 últimos meses anteriores a la ocurrencia del fallecimiento.

La entrega de la indemnización correspondiente se hará sin ninguna responsabilidad para **La Positiva Vida** en caso que posteriormente aparecieran otros **Beneficiarios de Ley** con derecho al seguro de vida. De ser éste el caso, los **Beneficiarios del Asegurado** que hayan recibido los beneficios de la póliza serán responsables solidariamente entre sí por el pago de la alicuota correspondiente al (los) nuevo (s) **Beneficiario(s) de Ley**.

El monto de las indemnizaciones que corresponda a menores de edad se entregará al padre sobreviviente, al tutor o al apoderado quien administrará el monto que corresponde a los menores de conformidad a las normas del Código Civil.

En el caso de uniones de hecho, **La Positiva Vida** consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital correspondiente al conviviente que haya sido declarado como **Beneficiario del Asegurado**, para el correspondiente trámite de ley, salvo que presente declaración judicial de unión de hecho o escritura pública notarial inscrita de unión de hecho.

Solicitud de beneficios por invalidez total y permanente por accidente del Asegurado

Ocurrido un accidente que genere una invalidez total y permanente según lo definido en el numeral 2.6 del condicionado general, el **Asegurado** o sus

representantes legales, en caso de encontrarse aquél impedido, deberán comunicárselo por escrito a **La Positiva Vida** adjuntando el Certificado de Invalidez proporcionado por el Ministerio de Salud o los Servicios de la Seguridad Social y el último Informe Médico emitido sobre el estado de salud del asegurado donde se constate el supuesto de invalidez total y permanente por accidente según lo definido en el numeral 2.6 de las Condiciones Generales de la Póliza. Una vez evaluado y certificado el caso por **La Positiva Vida**, ésta procederá a efectuar el pago de la indemnización que corresponda, dentro de las setenta y dos (72) horas contadas desde la fecha de presentación de toda la presentación establecida a lo estipulado en el presente contrato y en las disposiciones legales vigentes sobre el particular.

El **Contratante** tendrá derecho a cobrar el capital asegurado en la póliza si fallecido el trabajador **Asegurado** y vencido el plazo de un (1) año de ocurrido el siniestro, ninguno de los **Beneficiarios del Asegurado** o de los **Beneficiarios de Ley** hubiera ejercido su derecho.

CLÁUSULAS ADICIONALES

En caso que se hayan contratado cláusulas adicionales, éstas se regirán por lo establecido en la cláusula adicional correspondiente.

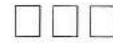
MODIFICACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES.

Conforme a lo señalado en el numeral 14 de las condiciones generales.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

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

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



60816985

fuese igual o superior a 20 UIT.

automático.

RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA.

El **Contratante** tiene derecho a resolver el contrato de seguro en forma unilateral y sin expresión de causa, debiendo comunicarlo previamente a **La Positiva Vida** mediante documento escrito de fecha cierta, con una anticipación no menor a treinta (30) días a la fecha efectiva de la resolución.

ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.

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

El Contratante, Asegurado y sus Beneficiarios pueden presentar sus reclamos (i) llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias llamando al 74-9000, (ii) 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.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la "Defensoría del Asegurado" - Lima, llamando al 446-9158 o en www.defaseg.com.pe.

Importante:

- El **Contratante** y/o **Asegurado** podrán presentar sus reclamos de forma directa en **La Positiva Vida** o recurrir a la Defensoría del Asegurado o al INDECOPI. Asimismo, sus denuncias podrán ser canalizadas a través de la SBS o el INDECOPI.
- El presente producto presenta obligaciones a cargo del **Contratante** cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.
- El **Contratante** y/o **Asegurado** tendrán derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.
- El monto de la prima será cancelado a través de (i) cargo en cuenta, o (ii) de forma directa a la **Aseguradora** o (iii) a través de débito

CLAUSULA ADICIONAL DE COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

La presente cláusula adicional que es de contratación opcional y voluntaria, otorga las Coberturas Complementarias mencionadas a continuación, sujeta a las Condiciones Especiales, Exclusiones y Definiciones indicadas en esta cláusula, la misma que forma parte integrante de la póliza.

Queda claramente establecido, salvo que la cobertura complementaria indique lo contrario, que la remuneración señalada corresponde al promedio de los últimos tres meses previos a la fecha del siniestro.

Asimismo, para el otorgamiento de las coberturas se deben considerar las definiciones de las coberturas complementarias señaladas en el condicionado particular.

1. CÁNCER, INFARTO DEL MIOCARDIO, ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y COMA. En caso de que a un Asegurado menor de **60 años** se le diagnosticara una de estas enfermedades (según se define más adelante), a partir de los 90 días de su inclusión en la póliza emitida por La Positiva Vida, se le indemnizará el monto equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, (promedio últimos tres meses anteriores al diagnóstico), conforme a los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento y siempre que el Asegurado se encontrara con vida en dicha fecha y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura.

2. CIRUGÍA DE PUENTE AORTOCORONARIO ("BY -PASS"). En caso de que el **Asegurado** menor de **60 años** requiera someterse a una operación de cirugía de puente aortocoronario ("by -pass") (según se define más adelante) a partir de los 90 días a su inclusión en la póliza emitida por **La Positiva Vida**, se indemnizará el monto equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza (promedio de los últimos tres meses anteriores a la fecha de la cirugía), conforme a los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento y siempre que se **Asegurado** se encuentre con vida en dicha fecha y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura.

3. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS. En caso de que un **Asegurado** menor de **60 años** requiera someterse a un trasplante de órganos (según se define más adelante), a partir de los 90 días de su inclusión en la póliza emitida por **La Positiva Vida**, se le indemnizará el monto equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza (promedio últimos tres meses anteriores a la fecha del trasplante), conforme a los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento y siempre que el **Asegurado** se encontrara con vida en dicha fecha y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura.

4. CEGUERA, SORDERA Y QUEMADURA. En caso de que el **Asegurado** menor de **60 años** se accidentara (según se define más adelante) a partir de su inclusión en la póliza emitida por **La Positiva Vida**, se le indemnizará el monto equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza (promedio de los últimos tres meses anteriores a la fecha del accidente), conforme a los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento y siempre que el **Asegurado** se encontrara con vida en dicha fecha y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura.

5. GASTOS DE SEPELIO. La Positiva Vida reembolsará los gastos del servicio funerario del Asegurado, a quien acredite haberlos realizado, dentro de los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura. El límite de

indemnización señalado precedentemente será equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

6. DESGRAVAMEN DE SALDOS. En caso de préstamos pendientes de pago otorgados al trabajador por su empresa y en caso se produzca el fallecimiento del trabajador, La Positiva Vida pagará al empleador el saldo del préstamo hasta el equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza

7. DESAMPARO FAMILIAR SÚBITO. En caso de fallecimiento del trabajador y su cónyuge en un mismo accidente; **La Positiva Vida** indemnizará a los beneficiarios hasta con el monto equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Queda establecido que, para otorgar la presente cobertura deben presentarse los siguientes requisitos:

- a) Que el fallecimiento se produzca en un plazo máximo de 3 meses de ocurrido el accidente.
- b) Que el tiempo que transcurra entre el fallecimiento del trabajador y su cónyuge no sea mayor a 24 horas.

8. HIJO PÓSTUMO. En caso de fallecimiento de trabajador varón y su esposa diera a luz un hijo póstumo, **La Positiva Vida**, contra entrega de la partida de nacimiento auténtica y legalizada donde consta que el recién nacido vivo es hijo póstumo del trabajador asegurado fallecido, indemnizará a la cónyuge con un monto equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura y siempre que el nacimiento del hijo póstumo hubiera ocurrido en un plazo que no exceda los 250 días corridos, contados desde la fecha del fallecimiento del **Asegurado**. El pago se realizará dentro de los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento.

9. TRASLADO AL LUGAR DE ORIGEN. **La Positiva Vida** reembolsará el monto equivalente el número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura, de los gastos incurridos para trasladar al asegurado a su lugar de origen a quién acredite haberlos realizado, siempre que dicho traslado se realice entre departamentos del Perú. El pago se realizará dentro de los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento.

10. REPATRIACION DE RESTOS. En caso de fallecimiento del asegurado en el extranjero, La Positiva Vida reembolsará el monto equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura, el monto de los gastos incurridos para trasladar los restos del asegurado al Perú a quién acredite haberlos realizado. El pago se realizará dentro de los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento.

11. RENTA FAMILIAR. En caso de fallecimiento del asegurado, La Positiva Vida pagará por única vez y en una sola armada, al o los beneficiarios y en las mismas proporciones que las coberturas principales, el equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura. El pago se realizará dentro de los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento.

12. INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO. En caso el asegurado acredite haber excedido el periodo de subsidio máximo cubierto por ESSALUD con una incapacidad temporal (11 meses 10 días ininterrumpidos) y luego continúe imposibilitado de desarrollar sus actividades laborales habituales luego de terminado dicho periodo, La Positiva Vida indemnizará por única vez y en una sola armada, el

equivalente al número de remuneraciones indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el límite de indemnización estipulado para esta cobertura. El asegurado sólo podrá presentar los correspondientes Certificados de incapacidad temporal para el trabajo expedidos por ESSALUD a fin de acreditar la incapacidad temporal por el periodo exigido en la presente cláusula. Esta cobertura no se extiende a cubrir a aquellos asegurados que estén percibiendo subsidios. El pago se realizará dentro de los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento.

13. ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES. La Positiva Vida pagará al Asegurado como anticipo de indemnización o pago a cuenta el 50% del capital asegurado bajo la cobertura de Muerte Natural, si el Asegurado, durante el periodo de vigencia de esta cobertura, se ve afectado por alguna de las siguientes enfermedades: Infarto Cardíaco, Accidente vascular cerebral o cáncer; y que un cuerpo médico calificado certifique que producto de la enfermedad, el Asegurado tiene un periodo de vida no mayor de 120 días.

La suma indemnizada es a cuenta del capital asegurado de la cobertura de Muerte Natural que es pagadero a los Beneficiarios designados al ocurrir el fallecimiento del asegurado. Este beneficio será efectivo para cada asegurado, después de transcurridos 6 meses de vigencia ininterrumpida como asegurado, contados a partir de su inclusión en la póliza.

El pago se realizará dentro de los plazos establecidos en el punto 20 del presente documento.

14. PERICARDITIS: En caso de que un Asegurado menos de 60 años sufriera un cuadro de pericarditis, según se define más adelante, a partir de los noventa (90) días de su inclusión en la póliza emitida por La Positiva Vida, se le indemnizará el número de remuneraciones indicado en las condiciones particulares de la póliza (promedio de los últimos tres meses anteriores a la fecha del diagnóstico), hasta el monto indicado en la misma. El derecho de solicitar la cobertura inicia a los treinta (30) días después de diagnosticada la enfermedad y siempre que el asegurado se encontrara con vida tanto a la fecha del diagnóstico como a la fecha del reclamo de la cobertura.

En adición a las exclusiones que se detallan en el ítem 17, la presente cobertura tiene las siguientes exclusiones:

- **Actividades que incluyan riesgo de trauma en tórax anterior.**
- **Enfermedades preexistentes: cáncer, leucemia, síndrome urémico, enfermedades autoinmunes, tuberculosis, fiebre reumática, hipotiroidismo y operaciones de corazón.**

* **Preexistencia:** Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

15. FALLECIMIENTO POR CÁNCER: En caso un Asegurado falleciera por cáncer y su diagnóstico hubiera sido a partir de los noventa (90) días de su inclusión en la Póliza emitida por La Positiva Vida, se indemnizará a los Beneficiario(s) el número de remuneraciones indicado en las condiciones particulares de la póliza (promedio de los últimos tres meses anteriores a la fecha de fallecimiento), hasta el monto indicado en la misma.

Esta cobertura se aplica para los asegurados menores de sesenta 60 años y que no se les haya diagnosticado algún tipo de cáncer con anterioridad a la fecha de ingreso a este seguro.

El periodo de carencia es de noventa (90) días calendarios los mismos que serán computados desde la

fecha de inicio de la vigencia de la presente póliza o desde la fecha en que se incluyó la presente cobertura complementaria en la póliza.

Ningún beneficio será exigible si la enfermedad oncológica es diagnosticada por un Médico colegiado mientras el periodo de carencia se encuentre activo. En caso que se produzca el diagnóstico durante el periodo de carencia, esta enfermedad será considerada como preexistente y no se brindará la cobertura descrita en la presente cláusula.

16. HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE: En caso el asegurado menor de **60** años sea hospitalizado por más de 30 días consecutivos a causa de una accidente ocurrido a partir de los noventa (90) días de la inclusión en la Póliza emitida por La Positiva Vida, se le indemnizará el número de remuneraciones indicado en la póliza (promedio de los últimos tres meses anteriores a la fecha de la hospitalización), hasta el monto indicado en la misma.

Para obtener la cobertura de la presente cláusula, el asegurado deberá presentar a la compañía de seguros un certificado de hospitalización emitido por un establecimiento de salud debidamente autorizado en el que figure la condición de hospitalizado del paciente.

17. EXCLUSIONES DE LAS COBERTURAS COMPLEMENTARIAS.

17.1 TRABAJADORES CON MÁS DE 59 AÑOS.

17.2. SUICIDIO Y AUTOLESIONES.

17.3. ACCIDENTES EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ O BAJO INFLUENCIA DE DROGAS.

17.4. VUELOS EN LÍNEAS AÉREAS NO COMERCIALES.

17.5. PRÁCTICA DE DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS.

17.6. SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA Y ENFERMEDADES RELACIONADAS.

18. COBERTURAS MUTUAMENTE EXCLUYENTES. Las coberturas de cáncer, infarto del miocardio, cirugía de puente aortocoronario ("by-pass"), accidente vascular cerebral(AVC), fallecimiento por cáncer, insuficiencia renal crónica y trasplante de órganos son mutuamente excluyentes, es decir, solo una de ellas será indemnizada por La Positiva Vida al Asegurado, la primera que ocurra.

19. DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS COMPLEMENTARIAS.

* **Cáncer.** Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término "cáncer" incluye también la Leucemia, los Linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

QUEDAN EXCLUIDOS PARA EFECTOS DE LA COBERTURA, LOS CARCINOMAS "IN SITU" NO INVASIVOS, LOS TUMORES LOCALIZADOS NO INVASIVOS QUE MUESTREN SÓLO CAMBIOS MALIGNOS TEMPRANOS, LOS TUMORES EN PRESENCIA DE ALGÚN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, Y TODOS LOS CÁNCERES DE LA PIEL, CON EXCEPCIÓN DE LOS MELANOMAS MALIGNOS.

* **Infarto del miocardio.** Muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:

a) Historia de dolor torácico típico

- b) Cambios en el electrocardiograma, y
- c) Elevación de las enzimas cardíacas

* **Cirugía de puente aortocoronario ("by – pass").** Cirugía a corazón abierto para corregir estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante puentes, en personas con síntomas de angina.

PARA EFECTOS DE LA COBERTURA, QUEDAN EXCLUIDOS LOS PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS, TALES COMO LA ANGIOPLASTÍA.

* **Accidente vascular cerebral (AVC).** Cualquier incidente o accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas con duración de por lo menos 24 horas y que incluya:

- a) Infarto del tejido cerebral.
- b) Hemorragia de un vaso intracraneano, o
- c) Embolización de fuente extracraneal

Debe presentarse evidencia del déficit neurológico permanente.

* **Insuficiencia renal crónica.** Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal.

PARA EFECTOS DE LA COBERTURA, QUEDA EXCLUIDO EL CASO DE PERIODOS TEMPORALES DE DIÁLISIS Y DE QUE UN SOLO RIÑÓN SEA EXTRAÍDO.

* **Ceguera.** La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos provocada por accidente. El diagnóstico debe ser clínicamente confirmado por especialistas.

* **Sordera.** La pérdida total e irrecuperable de la audición en ambos oídos provocada por accidente. El diagnóstico debe ser clínicamente confirmado por especialistas.

* **Quemaduras.** Quemadura importante provocada por accidente que dé como resultado la destrucción total de, al menos, 20% de la piel.

* **Esclerosis Múltiple.** Confirmación por un neurólogo de un diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple, que produce al menos anormalidades neurológicas moderadas las cuales persisten durante un periodo consecutivo de seis meses inmediatamente anterior a la notificación del siniestro.

* **Coma:** Pérdida irreversible, resultante por cualquier causa, de la función cerebral superior tal como consciencia, percepción y reacción. **QUEDA EXPRESAMENTE EXCLUIDO EL COMA RESULTANTE DEL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS.**

* **Pericarditis:** Enfermedad que origina la inflamación del Pericardio. Inflamación del saco que envuelve el corazón a menudo comprometiéndolo también la superficie epicárdica del mismo y causa efusión pericárdica (acumulación de fluidos entre el saco y el corazón) con adhesión y contracción de ambas membranas pericárdicas, produciendo una disminución en la presión arterial, un pulso débil y un fallo circulatorio.

* **Trasplante de órganos:** Es el procedimiento quirúrgico, medicamento necesario, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo del asegurado, tejido proveniente de la médula ósea, o cualquier órgano, que

haya recibido por un donante fallecido o vivo. Los trasplantes de órganos amparados por este beneficio son: riñones, corazón, hígado, pulmones, páncreas, y médula ósea.

20. PROCEDIMIENTO PARA LIQUIDACION DE SINIESTRO:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberá entregar a la Aseguradora los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a. Para las coberturas de cáncer, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral (avc), insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple y coma, cirugía de puente aortocoronario ("by-pass"), trasplante de órganos, ceguera, sordera y quemadura, anticipo por enfermedades terminales:
 - i) D.N.I. o carnet de extranjería.
 - ii) Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos requeridos para la configuración y/o determinación de la enfermedad que corresponda, según lo descrito en cada una de la cobertura. Estos documentos deben estar autorizados por un médico facultado legalmente para el ejercicio de la profesión en la especialidad que corresponda al diagnóstico. Asimismo, esta documentación debe ser validada por el médico o auditor designado por La Positiva Vida.
 - iii) Copia Simple de la historia clínica del asegurado.
- b. Para la Cobertura de Gastos de Sepelio, deberán presentar los comprobantes de pago por el servicio funerario donde se identifique al Asegurado.
- c. Para la cobertura de pericarditis, deberán presentar los siguientes documentos
 - a. Documento de identidad del Asegurado.
 - b. Informes médicos y las pruebas clínicas (Radiografía Torácica, IRM Torácica, Tc o IRM del Corazón y Ecocardiograma), histológicas, de laboratorio.
 - c. Registro de un intermediario que indique Pericarditis dentro de un plazo no mayor a 24 horas antes de dicho internamiento.
 - d. Una sintomatología congruente con dicha enfermedad.
 - e. Boletas de pagos de los tres últimos meses anteriores al diagnóstico.
- d. Para el cobertura de fallecimiento por cáncer, deberán presentar los siguientes documentos:
 - a. DNI del Beneficiario(s).
 - b. Documento de identidad del Asegurado, en caso, en caso de tenerlo en su poder.
 - c. Certificado de Defunción.
 - d. Copia fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencie el diagnóstico de la enfermedad.
 - e. Boletas de pagos de los tres últimos meses debidamente firmadas por el Trabajador.
- e. Para el cobertura de hospitalización por accidente, deberán presentar los siguientes documentos:
 - a. Documento de identidad del Asegurado.
 - b. Informes médicos y las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio.

- c. Resultado de dosaje etílico del Asegurado, en caso corresponda.
- d. Resultado del examen toxicológico del Asegurado, en caso corresponda.
- e. Boletas de pagos de los tres últimos meses debidamente firmadas por el Trabajador.
- f. Certificado de hospitalización emitido por el establecimiento de salud en el que se encuentra hospitalizado el asegurado.
- f. Para la cobertura de Desgravamen de Saldos, deberán presentar el estado de cuenta emitido por el Empleador, donde conste el saldo deudor.
- g. Para la Cobertura de Desamparo Familiar Súbito
 - i) Certificado Médico de Defunción del Asegurado y su Cónyuge.
 - ii) Partida o Acta de Defunción del Asegurado y su Cónyuge.
 - iii) Partida de Matrimonio donde se evidencie el matrimonio del Asegurado con el cónyuge también fallecido.
 - iv) DNI del Asegurado y Cónyuge.
- h. Para la Cobertura de Hijo Póstumo
 - i) DNI de la madre del menor
 - ii) Partida de nacimiento del menor
- i. Para la Cobertura de Traslado a Lugar de Origen
 - i) Certificado de Defunción.
 - ii) Comprobantes de pago por los gastos de traslado efectuados.
- j. Repatriación de Restos; deberá presentar los Comprobantes de pago por los gastos de traslado efectuados.
- k. Renta Familiar; se deberá presentar DNI de los beneficiarios, de acuerdo con la declaración jurada. El presente beneficio se entregará a los beneficiarios de la cobertura de fallecimiento de la póliza principal.
- l. Incapacidad para el Trabajo; deberá presentar los Certificados de incapacidad temporal para el trabajo expedidos por ESSALUD

En aquellos casos que la cobertura se otorgue como consecuencia de la muerte accidental del asegurado, adicionalmente, se deberá presentar cuando corresponda:

- i) Certificado de Defunción
- ii) El Atestado o Informe Policial Completo
- iii) Protocolo de Necropsia del Asegurado.
- iv) Dosaje Etílico del Asegurado.

El aviso del siniestro y la solicitud de cobertura deberán ser presentados por escrito en las oficinas de La Aseguradora en los plazos señalados en cada cobertura complementaria, caso contrario en un plazo no mayor a 360 días posteriores a la fecha que se tome conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio de la póliza.

Para tal efecto, debe considerarse que la oficina principal de la Aseguradora se encuentra



ubicada en Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima.

Los teléfonos de la Aseguradora son 211-0-212, en la ciudad de Lima y 74-9000, en provincias y el detalle de las oficinas de la Aseguradora a nivel nacional pueden encontrarse en www.lapositiva.com.pe

Las acciones derivadas de la presente póliza prescriben en el plazo establecido en la normativa vigente.

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

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

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

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

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

**POLIZA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSIÓN
CONDICIONES GENERALES**

La presente póliza ha sido emitida en función de la información declarada al solicitar la cotización que dio origen a la misma.

La Positiva Vida emite la presente póliza a usted, en adelante El Contratante, para asegurar al Asegurado contra los riesgos de muerte e invalidez derivados de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales. Los términos y condiciones que rigen el presente contrato de seguro son los siguientes:

1. DEFINICIONES:

1.1 ACCIDENTE DE TRABAJO: TODA LESIÓN CORPORAL, ORGÁNICA O PERTURBACIÓN FUNCIONAL PRODUCIDA EN EL CENTRO DE TRABAJO O CON OCASIÓN DE LAS LABORES PARA LAS CUALES HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR, CAUSADAS POR ACCIÓN IMPREVISTA, FORTUITA U OCASIONAL DE UNA FUERZA EXTERNA, REPENTINA Y VIOLENTA QUE OBRA SÚBITAMENTE SOBRE LA PERSONA DEL TRABAJADOR O DEBIDO AL ESFUERZO DEL MISMO, INDEPENDIENTEMENTE DE SU VOLUNTAD Y QUE PUEDA SER DETERMINADA POR LOS MÉDICOS DE UNA MANERA CIERTA.

Se considera igualmente accidente de trabajo lo siguiente:

- a) El que sobrevenga al **Trabajador** durante la ejecución de órdenes del **Contratante** o bajo su autoridad, aún cuando se produzca fuera del centro y de las horas de trabajo.
- b) El que se produce antes, durante o después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo; si el **Trabajador** se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo del **Contratante**, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
- c) El que sobrevenga por acción del **Contratante** o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.

No constituyen accidentes de trabajo los siguientes:

- a) El que se produce en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta del **Contratante** en vehículos propios o contratados para el efecto.
- b) El provocado intencionalmente por el propio **Trabajador** o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- c) El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del **Trabajador** de una orden escrita específica impartida por el empleador. Las disposiciones sobre seguridad en las actividades del **Contratante** que estén contenidas en normas de obligatorio cumplimiento, o que tenga que expedir el **Contratante** en cumplimiento de dichas normas; o las contenidas en reglamentos, directivas, procedimientos, memorandos, y cualquier otro documento que haya sido puesto en conocimiento de los **Trabajadores**, ya sea de manera individual o general, para su cumplimiento, constituyen ordenes específicas impartidas por el **Contratante**.
- d) El que se produzca con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.
- e) El que sobrevenga durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo.
- f) Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte del **Trabajador**.
- g) Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú; motín, conmoción contra el orden público o terrorismo;
- h) Los que se produzcan por efecto de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza.
- i) Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear, salvo cobertura especial expresa.

1.2 ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO: Las que realizan los **Trabajadores** en las labores que se detallan en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA, "Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud", o el que lo sustituya.

1.3 ASEGURADO: En adelante denominado **Trabajador** es todo empleado u obrero que labora bajo relación de dependencia o en calidad de socio de una cooperativa de trabajadores, que en sí mismo está expuesto al riesgo asegurado y a cuyo favor se hubiere extendido el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo bajo cualquiera de sus coberturas sea mediante la declaración del **Contratante** que lo reconozca como trabajador al suscribir la presente póliza, o al informarlo al momento del inicio de su relación laboral.

En este sentido, el **Trabajador** es la persona que se encuentra en el ámbito de aplicación del artículo 1 del Decreto Supremo 003-98-SA o norma que los sustituya.

1.4 ASEGURADOS OBLIGATORIOS: La totalidad de trabajadores, empleados u obreros, eventuales, temporales o permanentes que laboran en un centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades de riesgo previstas en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA, y ampliadas en la Normas Técnicas según el Decreto Supremo N° 003-98-SA.

Son también asegurados obligatorios los trabajadores que no perteneciendo al centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades referidas en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA se encuentran expuestos al riesgo por razón de sus funciones, a juicio del **Contratante** y bajo su responsabilidad.

1.5 CENTRO DE TRABAJO: Establecimiento del **Contratante** en el que se ubican las unidades de producción en las que se realizan las actividades de riesgo inherentes a la actividad descrita en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA. Incluye a las unidades administrativas y de servicios que, por su proximidad a las unidades de producción expone al personal al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propia de la actividad productiva. Cuando por la dimensión del "Centro de Trabajo", las unidades administrativas o de servicios se encuentren alejadas de las unidades de producción por una distancia tal que evidencie que los trabajadores de dichas unidades administrativas o de servicios no se encuentran expuestas al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propio de la actividad desarrollada por el **Contratante**, éste podrá decidir, bajo su responsabilidad, la no contratación del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para dichos trabajadores.

1.6 Código CIU: Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas, conforme al listado de Naciones Unidas.

1.7 CONTRATANTE: Es la entidad empleadora que contrata el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para cubrir a sus trabajadores, conforme a la obligación impuesta por la Ley N° 26790 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

En este sentido, se entiende como entidad empleadora a las empresas e instituciones públicas o privadas que desarrollan actividades de alto riesgo y que emplean trabajadores bajo relación de dependencia. También se considera como tales a las cooperativas de trabajadores, empresas de servicios especiales, sean empresas de servicios temporales o sean empresas de servicios complementarios, los contratistas y subcontratistas, así como toda institución de intermediación o provisión de mano de obra que destaque personal hacia centros de trabajo donde se ejecuten las actividades de riesgo previstas en el Anexo 5 del Decreto Supremo 009-97-SA.

Asimismo se considerará como entidad empleadora a toda empresa que voluntariamente contrate el presente seguro a favor de sus trabajadores, aún cuando no se encuentre obligada por ley a hacerlo.

1.8 DERECHO HABIENTES: De ahora en adelante los denominados **Beneficiarios**, son los familiares del **Trabajador** que al momento del siniestro cumplen con los requisitos para ser considerados como **Beneficiarios**, conforme a lo establecido

en la Ley N° 26790 y que por ello tienen derecho a la pensión de sobrevivencia. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción. Respecto a los gastos de sepelio que se generen por el fallecimiento del **Trabajador**, éstos se reembolsarán a la persona natural o jurídica que demuestre haberlos efectivamente pagado.

1.9 ENFERMEDAD PROFESIONAL: Todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al **Trabajador** como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en el que se ha visto obligado a trabajar. El listado de enfermedades profesionales y su relación causal con la clase de trabajo que las originan se encuentran detalladas en la Resolución Ministerial N° 480-2008-MINSA o norma que la sustituya.

1.10 FECHA DE SINIESTRO:

- a) El día del accidente, en caso de invalidez o muerte inmediata por accidente de trabajo.
- b) El día de la configuración de la invalidez, en caso de la enfermedad profesional.
- c) El día de la configuración de la invalidez, en caso de accidente cuya invalidez no se manifieste inmediatamente.

1.11 LEY: La Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus normas reglamentarias.

1.12 REMUNERACIÓN ASEGURABLE: Remuneración constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del **Trabajador** percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo a las normas tributarias sobre la materia.

En el caso de **Trabajadores** dependientes, se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a que se refiere el Texto Único Ordenado de la Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobado por el Decreto Supremo N° 001-97-TR y sus normas reglamentarias o las que las sustituyan.

Los subsidios de carácter temporal que perciba el **Trabajador** cualquiera sea su naturaleza, se consideran dentro del concepto de remuneración para el cómputo de la Remuneración Mensual y se encuentran afectos a las primas por la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. El mismo tratamiento recibirán las gratificaciones ordinarias, es decir, aquellas que se otorguen en períodos regulares y estables en el tiempo, y que son consideradas parte de la base de cálculo de la prima del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Para estos efectos se considera que una gratificación adquiere regularidad cuando es abonada por el **Contratante** a la generalidad de **Trabajadores** o a un grupo de ellos durante 2 (dos) años consecutivos, cuando menos en períodos semestrales.

En el caso que un **Trabajador** reciba un reintegro de remuneración, éste será declarado como parte de la remuneración del mes en que se paga.

1.13 REMUNERACIÓN MÁXIMA ASEGURABLE: Monto fijado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en el artículo 67° de la Resolución N° 232-98-EF/SAFP, como límite para la determinación de la "Remuneración Mensual", de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 47 del Decreto Supremo N° 004-98-EF y que es actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

1.14 REMUNERACION mensual: Es el promedio de las Remuneraciones Asegurables de los 12 meses anteriores a la fecha del siniestro con el límite máximo previsto en el tercer párrafo del artículo 47° del D. S. N° 004-98-EF actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones. Para tal fin la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de las primas. En caso el **Trabajador** tenga una vida laboral activa menor a 12 (doce) meses, se tomará el promedio de las remuneraciones que haya recibido durante su vida laboral, actualizado de la forma señalada precedentemente.

1.15 SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO: Sistema especializado del Seguro Social de Salud que otorga a sus afiliados regulares, empleados u obreros, que laboren en un centro de trabajo en el que la Entidad Empleadora realiza las actividades de riesgo contenidas en el Anexo 5 del D.S. 009-97-SA o norma que lo sustituya, una cobertura adicional por accidente de trabajo y enfermedad profesional brindando prestaciones de salud (a cargo de EsSalud o de Empresas Prestadoras de Salud - EPS); y pensión de invalidez total o parcial y temporal o permanente, pensión de sobrevivencia y gastos de sepelio (a cargo de la ONP o las empresas de seguros autorizadas).

2. OBJETO DEL SEGURO:

Mediante el presente contrato **La Positiva Vida** se compromete a otorgar cobertura a los **Trabajadores** al servicio de **El Contratante**, en caso de un siniestro derivado de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales no cubierto por el régimen de pensiones a cargo de la ONP y/o AFP, por las prestaciones de: (i) pensión o indemnización de invalidez total o parcial y temporal o permanente, (ii) pensión de sobrevivencia y, (iii) reembolso de gastos de sepelio, de acuerdo a las condiciones establecidas en las siguientes cláusulas.

Cualquier beneficio mayor o adicional a los contemplados en la presente póliza deberá quedar establecido expresamente en condiciones particulares, cláusulas adicionales o endosos que deberán formar parte integrante de la presente póliza.

La presente póliza sólo es exigible sobre los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional, salvo las coberturas especiales expresamente pactadas para viajes en comisión de servicios o actividades de riesgo, que por su propia naturaleza exigen el amparo de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales producidos en el extranjero.

Sólo los funcionarios autorizados de **La Positiva Vida** están facultados para emitir o modificar en nombre de ella este contrato de seguro. **La Positiva Vida** no será responsable por ninguna promesa hecha o que en el futuro hiciere cualquier otra persona no facultada para ello.

La presente póliza deberá estar firmada por el **Contratante**, al igual que la copia de la póliza emitida y sus posteriores modificaciones.

3. BASES DEL CONTRATO:

Toda cláusula o condición de la póliza se subordina a las disposiciones de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, sus modificatorias y reglamentos, y a las disposiciones del Decreto Supremo N 003-98-SA.

En caso de producirse discrepancias entre estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales debe tenerse en consideración que las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas.

Los Endosos prevalecen sobre todas las condiciones anteriores.

Esta póliza se extiende en favor de los Trabajadores debidamente declarados e identificados por el Contratante. La información que el Contratante presente a La Positiva Vida al inicio de vigencia de la presente póliza y dentro de los 15 (quince) primeros días de cada mes, con respecto a la identidad de los Trabajadores y sus remuneraciones, tendrá la naturaleza de Declaración Jurada. De esta manera, sobre la base de la Declaración Jurada antes señalada, La Positiva Vida atenderá las solicitudes de cobertura, de conformidad con lo señalado en el artículo 25.5.1 y 25.6.1 del D.S. N° 003-98-SA.

Los trabajadores no declarados con nombres, apellidos y remuneración dentro del plazo indicado, carecen de cobertura de acuerdo a la cláusula quinta de las presentes Condiciones Generales. Asimismo, en caso el **Contratante**, declare remuneraciones menores a las que figuran en las planillas laborales y boletas de pago, y en consecuencia contrate coberturas insuficientes, será responsable de cualquier perjuicio que se ocasione al trabajador o sus beneficiarios, de acuerdo a lo establecido en el artículo 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. Lo antes señalado no será aplicable, en caso deba declararse como Remuneración Mensual, la remuneración máxima asegurable.

Además de ser responsable por cualquier perjuicio que se ocasione al trabajador o sus beneficiarios, el **Contratante** que incurra en la conducta señalada en el párrafo precedente deberá cancelar a **La Positiva Vida**, como penalidad, un monto equivalente a la diferencia entre el monto de la prestación económica otorgada al Trabajador y el monto de dicha prestación, calculado en base a la prima que efectivamente declaró el **Contratante**. En ningún caso esta penalidad afectará a los **Trabajadores** o sus beneficiarios en su derecho a obtener pensión ni al monto de las mismas.

La Positiva Vida no aplicará ningún mecanismo de selección entre los trabajadores a asegurar; sin embargo, podrá requerir al **Contratante** la realización y entrega de exámenes médicos y/o declaración de salud sobre los **Trabajadores**, previo a la celebración del contrato, así como al momento de la incorporación de un nuevo trabajador, ello con el fin de establecer la delimitación de cobertura a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa a la contratación de la presente póliza.

En caso que **La Positiva Vida** solicite la realización y entrega de exámenes médicos y/o declaración de salud sobre los **Trabajadores**, la negativa en proporcionarlos antes de la celebración del contrato conllevará a que éste no sea celebrado. En el caso que el **Contratante** solicite la inclusión de nuevos trabajadores a ser declarados, su incorporación a la póliza estará condicionada a la realización y entrega de exámenes médicos y/o declaración de salud sobre dichos trabajadores a fin de delimitar la cobertura.

El **Contratante** está obligado a proporcionar a **La Positiva Vida** la información médica de los **Trabajadores** durante la vigencia de la presente póliza- para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoria médica para control de la evolución del estado de salud de los **Trabajadores**.

El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza, para lo cual **La Positiva Vida** cursará una comunicación escrita al **Contratante** con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. Asimismo, el **Contratante** deberá proporcionar a **La Positiva Vida** información médica al fin de la vigencia de la presente póliza, a efectos de delimitar la cobertura ante la contratación de una nueva compañía de seguros o de atender solicitudes de beneficios.

Sin perjuicio de las evaluaciones a las que el **Contratante** esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, **La Positiva Vida**, durante la vigencia del presente contrato podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como máximo dos veces en un periodo de 12 (doce) meses, a los **Trabajadores** del **Contratante**, debiendo éste y los **Trabajadores** brindar las facilidades necesarias. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de resolución de la presente póliza para lo cual **La Positiva Vida** cursará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza, señalando expresamente que la resolución ha sido originada por el mencionado incumplimiento. La cobertura de la póliza se podrá rehabilitar únicamente si el **Contratante** cumple con el requerimiento de **La Positiva Vida**, antes de recibir la comunicación en que se le informe la decisión de resolver el contrato de seguro.

4. COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

Las coberturas son las siguientes:

- Pensión o indemnización de invalidez.
- Pensión de sobrevivencia.
- Gastos de sepelio.

4.1 PENSION DE INVALIDEZ:

La Positiva Vida pagará al **Trabajador**, que como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedara en situación de invalidez; la pensión o indemnización que corresponda al grado de incapacidad para el trabajo

conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo 003-98-SA. La prestación a cargo de **La Positiva Vida** se iniciará una vez vencido el período máximo de subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social en Salud (ESSALUD).

4.1.1 Invalidez Parcial Permanente: **La Positiva Vida** pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la Remuneración Mensual al **Trabajador** que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedara disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a dos tercios, según la evaluación realizada por el médico de **La Positiva Vida** o la entidad que ésta designe. El monto de esta pensión será equivalente al 50% de la remuneración mensual del **Trabajador**, para cuyo cálculo la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de la respectiva prima.

4.1.2 Invalidez Total Permanente: **La Positiva Vida** pagará, una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual, al **Trabajador** que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedara disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios, según la evaluación realizada por el médico de **La Positiva Vida** o la entidad que ésta designe.

La pensión será, del 100% de la Remuneración Mensual, si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, el **Trabajador** calificado en condición de Invalidez Total Permanente, quedará definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la Remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.

En ambos casos, la Remuneración Asegurable de cada mes, considerado para el cálculo de la Remuneración Mensual, no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de la respectiva prima.

La pensión de invalidez total o parcial de naturaleza permanente se dejará de percibir o se reajustará según las normas pertinentes en el momento en que el Instituto Nacional de Rehabilitación certifique la inexistencia de la condición de inválido del **Trabajador** o la disminución del grado de invalidez.

El **Trabajador** inválido respecto del cual se compruebe que está laborando en una condición de salud (capacidad productiva) mayor a la que dio origen a la pensión de invalidez, según el dictamen del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), quedará obligado a devolver las pensiones indebidamente percibidas, o en su defecto **La Positiva Vida** quedará facultada a efectuar descuentos de las pensiones de invalidez futuras hasta completar el total del monto de las pensiones indebidamente percibidas, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos, sin perjuicio del derecho del **Trabajador** a recibir pensiones futuras que le correspondan y de **La Positiva Vida** de iniciar las acciones legales que le correspondan.

4.1.3 Invalidez Temporal: En el caso de la invalidez temporal, **La Positiva Vida** pagará al **Trabajador** la pensión mensual que le corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez a que se refieren los numerales 4.1.1 y 4.1.2, hasta el mes que se produzca su recuperación. El carácter temporal o permanente de la invalidez se determina en función al grado de recuperabilidad que pueda tener una persona al sucederle un evento que repute tal condición.

La pensión de invalidez total o parcial de naturaleza temporal dejará de percibirse o se reajustará, desde la fecha o el momento en que según el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) se determine la inexistencia de la condición de inválido o de la disminución del grado de invalidez. En este último caso, se reajustará la pensión al grado de invalidez que corresponda según las normas pertinentes y/o se procederá a los descuentos y devoluciones devengados de acuerdo al procedimiento del párrafo anterior.

4.1.4 Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%: En caso que las lesiones sufridas por el **Trabajador** dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, **La Positiva Vida** pagará por única vez al **Trabajador** inválido el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que le correspondería a una

invalidez permanente total. En estos casos, el **Contratante** queda prohibido de prescindir de los servicios del **Trabajador** basado en su condición de invalidez.

La pensión de invalidez temporal o permanente se encuentra sujeta a los descuentos de ley por concepto de AFP, de ser el caso, de prestaciones de salud, de impuesto a la renta y cualquier otra retención de ley creada o por crearse.

4.2 PENSION DE SOBREVIVENCIA:

La Positiva Vida pagará una pensión de sobrevivencia a favor de los **Beneficiarios** del **Trabajador** en los siguientes casos:

- a) Cuando el fallecimiento del **Trabajador** haya sido ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o
- b) Cuando el **Trabajador** fallezca por cualquier otra causa posterior después de configurada la invalidez o mientras se encuentre gozando de una pensión de invalidez, parcial o total, temporal o permanente, de acuerdo a la cláusula anterior; o,
- c) Por el fallecimiento producido mientras el **Trabajador** se encontrara gozando de subsidio por incapacidad temporal a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud) como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada directamente con el accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Las pensiones de sobrevivencia de los **Beneficiarios** son vitalicias, salvo el caso de los hijos no inválidos, cuyas pensiones son temporales hasta que cumplan 18 años de edad.

En el caso de los hijos sanos que se convirtieran en inválidos totales, la pensión de sobrevivencia será vitalicia sólo en los casos en que la invalidez se haya producido en su calidad de **Beneficiario**, es decir antes de cumplir los 18 años de edad. De ser así la pensión del hijo anteriormente sano y actualmente inválido total, será recalculada afectando las pensiones de los demás **Beneficiarios**, no procediendo aporte adicional alguno de parte de **La Positiva Vida**

Si el Beneficiario cuya declaración de invalidez se encuentra en trámite es un hijo mayor de edad, se suspenderá el pago de su pensión hasta contar con el dictamen que lo declare como tal.

Las pensiones de sobrevivencia de los **Beneficiarios** debidamente acreditados ascienden a los porcentajes indicados en la cláusula 4.2.1 siguiente referida al monto de la pensión y se aplicarán a la pensión de invalidez percibida por el **Trabajador** el mes anterior a su fallecimiento; o a la remuneración mensual percibida por el **Trabajador**.

La obligación de **La Positiva Vida** alcanza sólo el 100% de la pensión o de la remuneración mensual del **Trabajador**. En caso que la concurrencia de **Beneficiarios** excediese dicho porcentaje, los porcentajes de pensión de cada beneficiario serán reducidos proporcionalmente de manera que la suma de todos ellos recalculados no exceda del porcentaje establecido.

Quando exista cónyuge o concubino, hijos y padres del **Trabajador** fallecido, todos concurren en el goce de la pensión hasta el tope máximo indicado en el párrafo anterior. En este caso, el pago de la pensión de ascendientes procederá siempre y cuando exista un remanente a favor de los padres del causante luego del cálculo de la pensión del cónyuge o concubino supérstite y la de los hijos.

Las pensiones determinadas por los porcentajes de ley comprenderán cualquier impuesto o retención creado o por crearse según ley.

4.2.1 Beneficiarios de la Pensión de Sobrevivencia:

Se entiende como **Beneficiarios** de pensión a las siguientes personas relacionadas al **Trabajador** fallecido, a quienes les corresponderá una pensión equivalente al porcentaje de la remuneración mensual del trabajador, indicado a continuación:

- a) El 42% de la Remuneración Mensual del **Trabajador**, para el cónyuge o concubino a que se refiere el artículo 326 del Código Civil, si no existieran hijos a los que se refiere el literal c) de este numeral;
- b) El 35% de la Remuneración Mensual del **Trabajador**, para el cónyuge o concubino a que se refiere el artículo 326 del Código Civil, en caso de existir hijos a los que se refiere el literal c) siguiente;
- c) El 14% de la Remuneración Mensual del **Trabajador** a cada hijo menor de 18 años, así como a cada hijo inválido mayor de 18 años incapacitado para el trabajo en forma total y permanente, calificados conforme lo establece el Decreto Supremo 003-98-SA;
- d) El 14% de la Remuneración Mensual del **Trabajador** para cada uno de los padres del **Trabajador** que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:
- Que sean calificados como inválidos total o parcialmente en proporción superior al 50%, conforme al Decreto Supremo 003-98-SA; o,
 - Que tengan más de 60 años de edad en caso de los padres, y que hayan dependido económicamente del causante, de acuerdo con las normas establecidas por la SBS para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

De no haber existido y de no existir cónyuge o conviviente con derecho a pensión, el 42% que le correspondería se asignará como pensión en caso que quedare un solo hijo como beneficiario, aunque existan padres. De haber dos o más hijos con derecho a pensión, la pensión conjunta se incrementará en 14 puntos porcentuales sobre el 42%, tantas veces como hijos hubiere, distribuyéndose en partes iguales, pero la pensión de los padres sólo procederá si quedara algún remanente de acuerdo a lo indicado en el artículo 18.1.5 del D.S. 003-98-SA.

Los porcentajes indicados para cada **Beneficiario**, se aplicarán a la Remuneración Mensual del **Trabajador**, para cuyo cálculo la Remuneración Asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de las primas.

La evaluación y calificación de la invalidez de los **Beneficiarios** será responsabilidad del médico de **La Positiva Vida** o de la entidad que ésta designe.

A fin de acreditarse como tales, los indicados **Beneficiarios** deberán adjuntar a la solicitud de pensión de sobrevivencia, los documentos originales o debidamente legalizados o certificados que se indican en el numeral 10.2 de la presente póliza.

4.3 GASTOS DE SEPELIO:

La Positiva Vida reembolsará los gastos del funeral del **Trabajador** que fallezca como consecuencia inmediata de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, o mientras se encuentre gozando de subsidios a cargo del Seguro Social de Salud (EsSalud) por una causa relacionada con el accidente de trabajo o enfermedad profesional o por cualquier causa posterior a la obtención de una pensión de invalidez total o parcial, permanente o temporal bajo este seguro.

A estos efectos se entiende como gastos de sepelio a los incurridos por los siguientes conceptos: ataúd, capilla ardiente, carroza, tumba en el cementerio o nicho perpetuo, trámites, instalación del servicio, aviso de defunción, aparato floral, salón de velatorio y cargadores.

El reembolso será a favor de la persona natural o jurídica que demuestre haberse hecho cargo de dichos gastos; y en ningún caso excederá del monto límite correspondiente para gastos de sepelio al mes de fallecimiento, aplicable para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

5. RIESGOS EXCLUIDOS:

La Positiva Vida queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en los siguientes casos:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por la Aseguradora que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el **Trabajador** con calidad de **Asegurado Obligatorio** no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el **Contratante**, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) **La muerte del Trabajador** producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional.

6. INICIO Y DURACIÓN DEL SEGURO:

El presente contrato se celebra a plazo indefinido o determinado, en función a la necesidad del Contratante debido a una obra o servicio específico y su duración. Dentro de su vigencia podrá ser resuelto por La Positiva Vida por causal de incumplimiento imputable al Contratante, con respecto a las obligaciones señaladas en la presente póliza y en el Decreto Supremo 003-98-SA. En este caso, La Positiva Vida enviará una comunicación con 30 (treinta) días calendario de anticipación manifestando su decisión de resolver la presente póliza.

Después de un año de vigencia de la cobertura de la póliza, el Contratante podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que deberá cursar a La Positiva Vida con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación.

7. CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA, RESOLUCION Y NULIDAD CONTRACTUAL:

- 7.1 La cobertura del certificado de seguro termina para el Trabajador, cuando se resuelva el vínculo contractual entre dicho Trabajador y el Contratante.
- 7.2 La resolución deja sin efecto el certificado o la póliza de seguro, según corresponda, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:
 - a) Por falta de pago de la prima, en cuyo caso La Positiva Vida procederá de acuerdo a lo indicado en la cláusula 8 siguiente. En este supuesto La Positiva Vida tendrá derecho al cobro de la prima proporcional por el periodo efectivamente cubierto.
 - b) Por decisión unilateral y sin expresión de causa del Contratante, sin más requisito que una comunicación por escrito a La Positiva Vida, de acuerdo a lo indicado en el segundo párrafo de la cláusula 6 precedente.
En la fecha que se efectúe la resolución contractual, el Contratante deberá gestionar por escrito en las oficinas de La Positiva Vida, el reembolso de la prima en caso corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza similar. El reembolso requerido se podrá hacer efectivo en las oficinas de La Positiva Vida, luego de treinta (30) días de efectuada la resolución contractual.
 - c) Si existe reticencia o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Trabajador y es constatada antes de que se produzca un siniestro, La Positiva Vida ofrecerá la revisión del contrato de seguro en un plazo de 30 (treinta) días calendario contados desde la fecha de constatación de la reticencia o declaración inexacta y propondrá los ajustes correspondientes, los mismos que de no ser respondidos en un plazo de 10 (diez) días calendario por El Contratante, La Positiva Vida podrá resolver el contrato mediante una comunicación dirigida al Contratante en el plazo de 30 (treinta) días calendario computados desde la fecha de vencimiento del plazo de los 10 (diez) días calendario mencionados precedentemente.

Cabe precisar que si la constatación de la reticencia y/o declaración inexacta antes mencionada es posterior a un siniestro, la indemnización debida no sufrirá reducción alguna. Sin embargo, La Positiva Vida aplicará la penalidad indicada en la tercera cláusula del presente documento.

Asimismo, La Positiva Vida tendrá derecho al cobro de las primas devengadas a prorrata hasta la fecha efectiva de la resolución. En caso que La Positiva Vida efectué la resolución y El Contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de La Positiva Vida, luego de transcurridos treinta (30) días calendarios de recibida la comunicación que informa la resolución.

- d) Por decisión de La Positiva Vida, en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del Contratante señaladas en la tercera cláusula de las presentes condiciones generales, conforme a lo indicado en el primer párrafo de la cláusula 6 precedente.

En caso que la resolución sea efectuada por La Positiva Vida y El Contratante tenga derecho al reembolso de primas, éste podrá hacerla efectiva directamente en las Oficinas de La Positiva Vida, luego de treinta (30) días calendario de recibida la comunicación que informa la resolución. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

- e) En caso de presentarse una solicitud de cobertura fraudulenta y como consecuencia de ello ocurra la desafiliación del Trabajador que presentó dicha solicitud, con respecto a la póliza contratada por el Contratante; conforme a lo señalado en cláusula décimo novena de las presentes condiciones generales. Cuando El Contratante tenga derecho al reembolso de las primas no devengadas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de La Positiva Vida, luego de treinta (30) días calendario de producida la desafiliación del Trabajador. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

f) Cuando se produzca el supuesto de agravación de riesgo descrito en la cláusula décimo tercera del presente condicionado, y el Contratante no esté de acuerdo con el reajuste de primas propuesto por La Positiva Vida. Producida la resolución por parte de La Positiva Vida y en caso que El Contratante tenga derecho al reembolso de las primas no devengadas, éste podrá hacerlo efectivo directamente en las Oficinas de La Positiva Vida, luego de treinta (30) días calendario de recibida la comunicación que informa la resolución. El reembolso de la prima que corresponda, no estará sujeto a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

7.3 La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro y/o del Certificado de Seguro, según corresponda, y desde el momento de su celebración.

El contrato de seguro y/o el Certificado de Seguro según corresponda son nulos en los siguientes supuestos:

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

En caso de nulidad, La Positiva Vida procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas sin intereses, excepto cuando el Contratante y/o Trabajador realicen una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, en cuyo caso la Aseguradora retendrá el monto de las primas pagadas para el primer año de duración del contrato de seguro, a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto. La devolución de las primas antes señaladas se realizará en las oficinas de la Aseguradora dentro del plazo de 30 días luego de producida la nulidad.

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

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

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

8. **PRIMA:**

El monto de la prima se calculará multiplicando la Tasa Mensual que se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza, por el Monto de la Planilla Mensual correspondiente al mes inmediatamente anterior al mes declarado para efecto de este seguro, tomando en cuenta el tope de la Remuneración Asegurable. Las remuneraciones asegurables declaradas en las planillas para el pago mensual de las primas será el monto máximo a considerar para el cálculo de la Remuneración Mensual del Trabajador.

El pago de la totalidad de la prima es de cargo del **Contratante** que suscribe el presente contrato, y deberá ser pagada por adelantado a **La Positiva Vida** en forma mensual de acuerdo a la planilla declarada el mes anterior, declaración que forma parte del presente contrato, al contener los nombres, apellidos y remuneración del **Trabajador**.

El **Contratante** tiene un plazo de 15 (quince) días calendario contados a partir del primer día de cada mes de vigencia, para efectuar los pagos directamente en las entidades financieras designadas por **La Positiva Vida** o en las oficinas de la misma, remitiendo a estos efectos la planilla detallada correspondiente al mes anterior.

El importe de la prima correspondiente al mes de inicio de vigencia será proporcional por los días que faltan para completar dicho mes y deberá ser pagado al momento de la solicitud de emisión de la póliza.

Queda expresamente establecido que la falta de pago total o parcial de la prima convenida, es causal de suspensión automática de la cobertura, a menos que La Positiva Vida haya otorgado al Contratante un plazo adicional, el cual necesariamente deberá constar por escrito y no ser mayor de 30 (treinta) días calendario, en cuyo caso la suspensión automática se producirá si vencido dicho nuevo plazo el Contratante no ha cumplido con abonar la prima respectiva.

Producida la suspensión automática por falta de pago, La Positiva Vida podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta al Contratante con una anticipación no menor de 30 (treinta) días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, La Positiva Vida quedará liberada de toda responsabilidad.

9. **AVISO Y CALIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES**

Al producirse un accidente de trabajo o al diagnosticarse una enfermedad profesional dé o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de la presente póliza, el Contratante deberá dar aviso a La Positiva Vida dentro del término máximo de 48 horas de la ocurrencia del mismo, utilizando para tal fin el formulario que para tal efecto se le suministra. El Contratante será responsable de la veracidad de los datos y de la información que consigne en el formulario.

En caso de accidentes de trabajo: El Contratante deberá informar lo siguiente:

- a) Fecha y hora del accidente
- b) Nombre y apellidos del Trabajador.
- c) DNI del Trabajador.
- d) Edad del Trabajador.
- e) Domicilio del Trabajador
- f) Labor desempeñada por el Trabajador
- g) Lugar y circunstancias en que ocurrió el accidente.
- h) Nombre y domicilio de los testigos.

En caso de una enfermedad profesional: El Contratante deberá comunicar por escrito a La Positiva Vida el diagnóstico de la enfermedad profesional o de la ocurrencia que la evidencia, lo que ocurra primero.

Los documentos mencionados serán suministrados por el Contratante, el Trabajador víctima del accidente o de sus Beneficiarios según el caso.

Con posterioridad a la entrega de la información señalada en este apartado, el Trabajador, Beneficiario y/o Contratante deberá presentar la documentación señalada en el punto 10) a fin de obtener la cobertura correspondiente.

En caso de fallecimiento, La Positiva Vida se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, de acuerdo a ley.

10. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA

10.1 PENSIÓN DE INVALIDEZ:

Vencido el subsidio máximo de ley de 11 meses y 10 días a cargo del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el Trabajador deberá presentar a La Positiva Vida los siguientes documentos completos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), cuando corresponda:

- a) Solicitud de pensión de invalidez por accidente de trabajo o por enfermedad profesional en el formato que designe La Positiva Vida.
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al Trabajador, expresando día y hora de la atención, clase de lesión, la intervención particular, el tratamiento iniciado, las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente. Sin perjuicio del cumplimiento de este requisito, el Trabajador pasará un examen médico a cargo de La Positiva Vida para determinar el grado y naturaleza de su invalidez.
- c) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones de alta o baja del paciente. Sin perjuicio del cumplimiento de este requisito, el Trabajador pasará un examen médico a cargo de La Positiva Vida para determinar el grado y naturaleza de su invalidez.
- d) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud. (ESSALUD).

- e) Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), efectuado al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N°29783 y su reglamento.
- f) Parte policial o atestado policial, en caso hubiere alguno.
- g) Dosaje Etílico y/o examen toxicológico, en caso corresponda en función a su realización.

Al fallecimiento del Trabajador que se encuentre percibiendo una pensión de invalidez, La Positiva Vida pagará los gastos de sepelio correspondientes e iniciará el pago de la pensión de sobrevivencia a sus Beneficiarios, de acuerdo al trámite correspondiente a cada prestación.

La pensión de invalidez a favor del Trabajador se devengará desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud, siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

10.2 PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:

Ocurrido el fallecimiento del Trabajador, sus Beneficiarios de ley deberán presentar los siguientes documentos completos directamente a La Positiva Vida en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), cuando corresponda:

- a) Solicitud de pensión de sobrevivencia por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, en los formatos que designe La Positiva Vida.
- b) Certificado Médico de Defunción.
- d) c) Atestado Policial y Certificado de Necropsia si el fallecimiento del Trabajador es a consecuencia de un accidente. Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), efectuado al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N°29783 y su reglamento.
- e) Parte policial o atestado policial, en caso hubiere alguno.
- f) Partida y Acta de Defunción.
- g) Dosaje Etílico y/o examen toxicológico, en caso corresponda en función a su realización.

h) Documentos que acrediten a los beneficiarios como tales, de conformidad a lo siguiente:

Parentesco	Documentación a Presentar
Cónyuge o Concubino	Partida de Nacimiento / DNI Partida de Matrimonio Civil, o Declaración Judicial de Concubinato según artículo 326 del Código Civil, o Reconocimiento notarial de unión de hecho.
Hijos	Partida de Nacimiento /DNI
Hijos Inválidos	Partida de Nacimiento / DNI Evaluación y Calificación de Invalidez
Padre y/o Madre	Partida de Nacimiento del Trabajador Partida de Nacimiento y D.N.I. de los padres Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez Declaración Jurada de Dependencia Económica

El plazo para la presentación de los Beneficiarios de la pensión de sobrevivencia será de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del Trabajador. En este caso las pensiones devengan desde la fecha del siniestro - fecha de fallecimiento del Trabajador. Los Beneficiarios que se presenten con posterioridad a este plazo no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión. De haberse presentado otros beneficiarios con anterioridad, la presentación de nuevos beneficiarios no generará aporte adicional a cargo de La Positiva Vida, sino un recálculo del capital requerido ya calculado.

El Trabajador o los Beneficiarios presentarán a La Positiva Vida semestralmente, un Certificado de Supervivencia a fin de constatar la subsistencia de su derecho a la pensión. La Positiva Vida podrá retener el pago de las subsiguientes pensiones hasta que se cumpla con este requisito.

10.3 GASTOS DE SEPELIO:

Para obtener esta prestación el interesado deberá presentar a La Positiva Vida los siguientes documentos completos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- a) Solicitud de gastos de sepelio en el formato que designe La Positiva Vida.
- b) Certificado de Defunción del Trabajador.
- c) Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

La Positiva Vida pagará directamente al Trabajador o a sus Beneficiarios las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al Trabajador o a sus Beneficiarios, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los Beneficiarios menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de Beneficiarios declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de La Positiva Vida o la entidad que ésta designe.

11. REAJUSTE DE PENSIONES:

Las pensiones a otorgar bajo esta póliza, pactadas en moneda nacional, se reajustarán según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que elabora el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), o el indicador que lo sustituya, reajustándose trimestralmente en los meses de enero, abril, julio y octubre; tomando en consideración la inflación acumulada en el trimestre anterior o a la fracción de éste según corresponda.

Las pensiones pactadas en moneda extranjera se sujetarán a las normas que sobre la materia apruebe la SBS para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones.

12. DEBERES DEL CONTRATANTE:

Son deberes del **Contratante** los siguientes:

- a) Procurar el cuidado integral de los **Trabajadores** y de los ambientes de trabajo.
- b) Diseñar y ejecutar programas de salud ocupacional y seguridad industrial.
- c) Informar a **La Positiva Vida** sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales detectadas en sus centros de trabajo, según lo indicado en la cláusula 9; así como los cambios que se produzcan en sus centros de trabajo en materia de procesos de fabricación, según lo indicado en la cláusula siguiente; y los ingresos, incapacidades, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios y ceses de sus **Trabajadores**, según la cláusula 14.
- d) Facilitar la capacitación de los **Trabajadores** del centro de trabajo en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.
- e) Las demás obligaciones previstas en la legislación laboral y otras norma sobre salud ocupacional y seguridad industrial.

- f) Cumplimiento estricto de las medidas de seguridad y control de riesgo requeridas por **La Positiva Vida** para la vigencia de la presente póliza o ante cualquier modificación del riesgo, así como de las medidas de prevención. El cumplimiento de dichas medidas de seguridad y control de riesgo deberán ser implementadas en el plazo indicado por **La Positiva Vida** en el correspondiente informe o requerimiento y deberán ser mantenidas durante la vigencia de la presente póliza. De este modo, la vigencia de la cobertura pueda estar supeditada a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio.
- g) Permitir el acceso y brindar las facilidades del caso, sin restricción alguna, a los funcionarios o representantes de **La Positiva Vida** a fin de realizar las inspecciones necesarias cuando ésta lo estime conveniente y/o para verificar los riesgos informados por el **Contratante**
- h) Practicar exámenes médicos pre-ocupacionales, anuales y de retiro (al término de la relación laboral) a sus **Trabajadores**, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores. Los resultados de estos exámenes médicos deben estar a disposición de **La Positiva Vida**, a fin de que puedan ser presentados en un proceso judicial o arbitral promovido por el **Trabajador**.
- i) **Facilitar a La Positiva Vida**, de ser el caso, la realización de un examen médico o la obtención de una declaración de salud del **Trabajador** a asegurar al momento de contratar el seguro, con la finalidad de delimitar la cobertura correspondiente a los trabajadores que ostenten una condición de invalidez previa al seguro, conforme a lo establecido en el artículo 8° del D.S. 003-98-SA.
- j) Asimismo, queda establecido que en caso de cese de trabajadores, el **Contratante** se compromete a proporcionar a **La Positiva Vida** en un plazo no mayor de 50 días calendario, el examen médico de retiro del **Trabajador**, a fin de determinar su estado de salud al momento del cese del vínculo laboral. En caso contrario, deberá presentar copia del cargo de la convocatoria al **Trabajador** para la realización del examen médico de retiro.
- k) Entregar al **Trabajador** el certificado de seguro correspondiente al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, con el fin de salvaguardar su derecho a la información en razón a su condición del **Trabajador**.

La vigencia de la cobertura de la presente póliza quedará supeditada al cumplimiento de estos deberes y a la adopción de medidas de prevención o protección de cumplimiento obligatorio, considerando lo señalado en la cláusula tercera de este condicionado, así como las exigidas por **La Positiva Vida** por escrito en condiciones particulares, endosos o anexos que formarán parte integrante de la presente póliza.

13. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El **Contratante** deberá informar a **La Positiva Vida**, respecto de los cambios en el centro de trabajo que impliquen una agravación del riesgo, en un plazo máximo de 48 horas de ocurrido. Cursado el aviso, **La Positiva Vida** tendrá un plazo de quince (15) días calendario para comunicar al **Contratante** su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir las medidas de protección o prevención que correspondan.

Vencido este plazo, se entenderá que ha optado por mantener la cobertura sin reajuste de primas y sin exigir las medidas de protección y prevención antes señaladas. En caso que el **Contratante** no se encuentre de acuerdo con el reajuste de las primas o las medidas de protección o prevención exigidas, podrá resolver el contrato concertando la cobertura con otra aseguradora.

Así mismo, es facultad de **La Positiva Vida** aplicar el reajuste de primas en el caso del incumplimiento por parte del **Contratante** de las medidas de prevención y control de riesgo, entre las que se encuentran la remisión de la información médica a la que se hace referencia en la cláusula tercera de este condicionado. Este reajuste será aplicable en los términos señalados en la presente cláusula.

El término agravación del riesgo también comprende el incremento de la siniestralidad.

14. ENTRADAS Y SALIDAS DE TRABAJADORES EN LA PLANILLA MENSUAL:

Sólo se otorgará cobertura bajo la presente póliza a los trabajadores incluidos y declarados en la planilla mensual del **Contratante** al momento de la suscripción de la misma. Es obligación del **Contratante** presentar oportunamente a **La Positiva**

Vida la planilla mensual de **Trabajadores** por adelantado, detallando los nombres, apellidos, su remuneración, su fecha de ingreso y si se encuentran percibiendo subsidio de salud o una pensión temporal; así como identificando los trabajadores propios de la empresa con los contratistas. A falta de especificación se entenderá que todos los **Trabajadores** declarados son trabajadores propios de la empresa y de conocer lo contrario se podrá considerar el hecho como una causal de modificación de riesgo según lo indicado en la cláusula anterior.

Cualquier variación por entradas y salidas de **Trabajadores** a la planilla deberá ser comunicada a **La Positiva Vida** en un plazo máximo de 24 horas de ocurrido a fin que sea considerado en la cobertura de la presente póliza; caso contrario, en la eventualidad de un siniestro, el trabajador no reportado carecerá de cobertura de la presente póliza. La comunicación será por escrito y deberá contener los datos del **Trabajador** cesado del centro de trabajo o del que inicia una relación laboral, según formato establecido por **La Positiva Vida**

Asimismo, el **Contratante** se encuentra obligado a informar a **La Positiva Vida** sobre cualquier incapacidad, licencias, vacaciones, suspensiones de contratos de trabajo, modificación de salarios, y cualquier otro cambio en las relaciones laborales y condiciones de trabajo que afecten a los trabajadores asegurados.

15. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD:

El **Contratante** será responsable del estricto cumplimiento de las medidas de prevención y seguridad comprendiendo programas de salud ocupacional y seguridad industrial establecidos en las leyes sobre la materia. Asimismo, será responsable del cumplimiento de las normas que sobre dicha materia exija **La Positiva Vida** a efectos de otorgar la cobertura de la presente póliza.

Cualquier incumplimiento de estas normas dará el derecho a **La Positiva Vida** a optar por incrementar la prima y/o aumentar los requerimientos de medidas de prevención y seguridad exigidos; o, alternatively, resolver el presente contrato.

A fin de medir y controlar las medidas de prevención y seguridad así como el resultado de riesgo efectivo, **La Positiva Vida** podrá utilizar los medios y sistemas que considere conveniente.

16. DEBERES DEL TRABAJADOR:

Son deberes del **Trabajador** los siguientes:

- a) Procurar el cuidado integral de su salud.
- b) Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- c) Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el **Contratante** en virtud de las normas que regulan el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, y en mérito a las obligaciones a su cargo descritas en la cláusula décimo segunda de este condicionado.
- d) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de seguridad y salud ocupacional del **Contratante**.
- e) Participar en la prevención de riesgos profesionales que organice ESSALUD, las Entidades Prestadoras de Salud, las Aseguradoras y el propio **Contratante**.
- f) Si se encuentran gozando de pensión de invalidez, proporcionar información actualizada acerca de su domicilio, teléfono y demás datos que sirvan para efectuar las visitas dirigidas a evaluar la evolución de su estado de salud; así como informar a **La Positiva Vida** que le abona la pensión respecto de cualquier variación que modifique o extinga la causa por la cual se le otorgó la pensión.
- g) Cumplir con el tratamiento médico y rehabilitador que le fuere prescrito.
- h) En caso de no estar conforme con el menoscabo de invalidez determinado por **La Positiva Vida** y opte por solicitar la elevación del expediente al Instituto Nacional de Rehabilitación, deberá comunicar esta decisión a **La Positiva Vida** en un plazo no mayor a diez (10) días calendario contado desde la fecha en que ésta le comunicó su grado de invalidez.

17. FECHA DE VIGENCIA INICIAL Y COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura que otorgue **La Positiva Vida** es de aplicación al **Trabajador** a partir del día de inicio de la vigencia de la póliza. Este seguro tendrá vigencia desde la fecha de suscripción del presente contrato, y el derecho a cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud por parte de la empresa de seguros. La continuación en el tiempo de este derecho a cobertura se encuentra condicionado al pago oportuno de la prima mensual de acuerdo a lo indicado en la cláusula 8 de la presente póliza.

En caso de cualquier modificación en las coberturas y alcances del presente seguro por normas posteriores a la suscripción de la presente póliza, las tasas para determinar la prima serán materia de reajuste y de un endoso de acuerdo a ley, a fin de mantener su vigencia.

18. SUBROGACIÓN DE DERECHOS:

Queda expresamente establecido que **La Positiva Vida** se subrogará en forma automática en la posición del **Trabajador** en los casos en que exista(n) tercero(s) responsable(s) del daño y podrá en consecuencia reclamar de éstos el valor de las prestaciones otorgadas al **Trabajador** o a sus **Beneficiarios** legales.

Asimismo **La Positiva Vida** podrá repetir contra el **Contratante** por el costo de las prestaciones otorgadas por los siniestros de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que se produzcan a consecuencia directa del incumplimiento de las normas de salud ocupacional o de seguridad industrial, o por negligencia grave que le sea imputable al **Contratante**, o por agravación de riesgo o incumplimiento de las medidas de protección o prevención.

19. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENDA:

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

En esta línea, el **Trabajador** asegurado que actué fraudulentamente, exagere los daños o emplee medios falsos para probarlos, además de perder el derecho a ser indemnizado, será desafiliado de la póliza contratada por el **Contratante**. Esta desafiliación del **Trabajador** involucrado en los supuestos descritos, se retrotraerá al momento en que se produjo la causal.

20. QUEJAS Y RECLAMOS:

El **Contratante**, **Trabajadores** y los **Beneficiarios** podrán presentar sus quejas y/o reclamos a **La Positiva Vida**, los mismos que deberán ser atendidos en un plazo máximo de 30 (treinta) días calendario contados desde la fecha de su recepción.

21. MODIFICACION DE CONDICIONES CONTRACTUALES

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

La disposición antes señalada no es aplicable en los casos contemplados en el literal c), del numeral 7.2 y 13 de las presentes condiciones generales.

22. PROTECCION DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - Ley N° 29733 - y su Reglamento - Decreto Supremo 003-2013-JUS -, el **Contratante** y/o **Trabajador** queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso,

inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de **La Positiva Vida**, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Positiva Vida utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, **La Positiva Vida** utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al **Contratante** y/o **Trabajador** información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El **Contratante** reconoce y acepta que el **Trabajador** podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el **Contratante** y/o **Trabajador** son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el **Contratante** decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte **La Positiva Vida**

Conforme a ley, el **Contratante** y/o **Trabajador** está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

23. COMUNICACIONES Y DOMICILIO ENTRE LAS PARTES

Todas las comunicaciones entre **La Positiva Vida** y el **Contratante** y/o **Trabajador** deberán realizarse por escrito.

Para los efectos del presente contrato **La Positiva Vida**, el **Contratante** y el **Trabajador** señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las condiciones particulares, en donde se notificaran válidamente los avisos y comunicaciones en general. Si el **Contratante** o **Trabajador** cambiara de domicilio, deberán comunicar tal hecho a **La Positiva Vida** por escrito. Todo cambio de domicilio que se realice sin cumplir este requisito carecerá de valor y efecto para el presente contrato de seguro.

24. TRIBUTOS:

Todos los tributos, presentes y futuros, que graven las primas o sumas aseguradas, así como su liquidación y las pensiones serán de cargo del **Contratante** y/o del **Trabajador**, del (los) **Beneficiario(s)** o herederos legales, salvo aquellos que por imperio de la ley sean de cargo de **La Positiva Vida**.

25. SOLUCION DE CONTROVERSIAS:

Cualquier controversia o discrepancia que surja entre **La Positiva Vida**, el **Contratante**, el **Trabajador**, los **Beneficiarios** o cualquier otra parte involucrada, con motivo del presente contrato o de sus modificaciones, bien se refieran a su interpretación, cumplimiento, terminación, nulidad o invalidez, así como sobre cualquier hecho, acto o circunstancia por la que se le atribuya una obligación y/o responsabilidad a cargo de **La Positiva Vida** ante cualquiera de las personas anteriormente mencionadas será sometida al fallo definitivo e inapelable de la Comisión Arbitral Permanente que funcionará en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Queda convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, queda en suspenso el derecho que pudiese tener el **Trabajador** para cobrar cualquier prestación, de manera que en ningún caso y bajo ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

RESUMEN INFORMATIVO
POLIZA DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

La Positiva Vida Seguros y Reaseguros
Av. Javier Prado Este y Fco. Masías N° 370,

RUC. : 20454073143
Telf.: (511) 513-0000 / Fax: (511) 513-0515
www.lapositiva.com.pe

RIESGOS CUBIERTOS

Pensión de Invalidez
Pensión de Sobrevivencia
Gastos de Sepelio

SUMA ASEGURADA. La Remuneración Asegurable Máxima vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

EXCLUSIONES. La Positiva Vida queda eximida de cualquier obligación con respecto a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional en los siguientes casos:

- a) Invalidez configurada antes del inicio de vigencia de la presente póliza de seguro, la misma que deberá ser amparada por la Aseguradora que otorgó la cobertura al tiempo de la configuración de la invalidez o, por la Oficina de Normalización Previsional (ONP), en el caso que el Asegurado con calidad de asegurado obligatorio no hubiera estado asegurado.
- b) Muerte o invalidez causada por lesiones voluntariamente auto infligidas o auto eliminación o su tentativa.
- c) La muerte o invalidez de los trabajadores asegurables que no hubieran sido declarados por el Contratante, cuyas pensiones serán a cargo de la Oficina de Normalización Previsional (ONP).
- d) La muerte del Trabajador producida mientras se encontraba gozando del subsidio de incapacidad temporal a cargo del ESSALUD, por causas distintas a accidente de trabajo o enfermedad profesional

CAUSALES DE TERMINACION DE LA COBERTURA: RESOLUCION Y RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO. Son las indicadas en el artículo 7 de las condiciones generales.

AVISO Y CALIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES:

Al producirse un accidente de trabajo o al diagnosticarse una enfermedad profesional dé o no lugar a una reclamación bajo la cobertura de la presente póliza, el **Contratante** deberá dar aviso a **La Positiva Vida** dentro del término máximo de 48 horas de la ocurrencia del mismo, utilizando para tal fin el formulario que para tal efecto se le suministra. El **Contratante** será responsable de la veracidad de los datos y de la información que consigne en el formulario.

En caso de accidentes de trabajo: El **Contratante** deberá informar lo siguiente:

- a) Fecha y hora del accidente
- b) Nombre y apellidos del Trabajador.
- c) DNI del Trabajador.
- d) Edad del Trabajador.
- e) Domicilio del Trabajador
- f) Labor desempeñada por el Trabajador
- g) Lugar y circunstancias en que ocurrió el accidente.
- h) Nombre y domicilio de los testigos.

En caso de una enfermedad profesional: El **Contratante** deberá comunicar por escrito a **La Positiva Vida** el diagnóstico de la enfermedad profesional o de la ocurrencia que la evidencia, lo que ocurra primero.

Los documentos mencionados serán suministrados por el **Contratante**, el **Trabajador** víctima del accidente o de sus **Beneficiarios** según el caso.

Además de la información señalada en este apartado, el **Trabajador**, **Beneficiario** y/o **Contratante** deberá presentar la documentación señalada en la cláusula 10 del Condicionado General a fin de obtener la cobertura correspondiente.

En caso de fallecimiento, **La Positiva Vida** se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, de acuerdo a ley.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE COBERTURA:

PENSIÓN DE INVALIDEZ:

Vencido el subsidio máximo de ley de 11 meses y 10 días a cargo del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el **Trabajador** deberá presentar a **La Positiva Vida** los siguientes documentos completos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), cuando corresponda:

- a) Solicitud de pensión de invalidez por accidente de trabajo o por enfermedad profesional en el formato que designe **La Positiva Vida**.
- b) Certificado del médico que prestó los primeros auxilios al **Trabajador**, expresando día y hora de la atención, clase de lesión, la intervención particular, el tratamiento iniciado, las causas del accidente y las consecuencias inmediatas producidas en la salud del paciente. Sin perjuicio del cumplimiento de este requisito, el **Trabajador** pasará un examen médico a cargo de **La Positiva Vida** para determinar el grado y naturaleza de su invalidez.
- c) Certificado del médico tratante, con indicación de la fecha de inicio y naturaleza del tratamiento recibido, así como la fecha y condiciones de alta o baja del paciente. Sin perjuicio del cumplimiento de este requisito, el **Trabajador** pasará un examen médico a cargo de **La Positiva Vida** para determinar el grado y naturaleza de su invalidez.
- d) Certificado de inicio y fin del goce del subsidio de incapacidad temporal otorgado por el Seguro Social de Salud. (ESSALUD)
- e) Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), efectuado al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su reglamento.
- f) Parte policial o atestado policial, en caso hubiere alguno.
- g) Dosaje Etílico y/o examen toxicológico, en caso corresponda en función a su realización.

Al fallecimiento del **Trabajador** que se encuentre percibiendo una pensión de invalidez, **La Positiva Vida** pagará los gastos de sepelio correspondientes e iniciará el pago de la pensión de sobrevivencia a sus **Beneficiarios**, de acuerdo al trámite correspondiente a cada prestación.

La pensión de invalidez a favor del **Trabajador** se devengará desde el día siguiente de finalizado el período de 11 meses y 10 días consecutivos, correspondiente al subsidio por incapacidad temporal que otorga el Seguro Social de Salud, siempre y cuando persista la condición de invalidez parcial o total, de naturaleza temporal o permanente.

PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA:

Ocurrido el fallecimiento del **Trabajador**, sus **Beneficiarios** de ley deberán presentar los siguientes documentos completos directamente a **La Positiva Vida** en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), cuando corresponda:

- a) Solicitud de pensión de sobrevivencia por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, en los formatos que designe **La Positiva Vida**.
- b) Certificado Médico de Defunción.
- c) Atestado Policial y Certificado de Necropsia si el fallecimiento del **Trabajador** es a consecuencia de un accidente.
- d) Sustento de reporte del accidente de trabajo al Ministerio de Trabajo, en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada), efectuada al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 29783 y su Reglamento.
- e) Parte policial o atestado policial, en caso hubiere alguno.
- f) Partida y Acta de Defunción
- g) Dosaje Etílico y/o examen toxicológico, en caso corresponda en función a su realización. Documentos que acrediten a los beneficiarios como tales, de conformidad a lo siguiente:

Parentesco	Documentación a Presentar
Cónyuge o Concubino	Partida de Nacimiento / DNI Partida de Matrimonio Civil, o Declaración Judicial de Concubinato según artículo 326 del Código Civil, o Reconocimiento notarial de unión de hecho.
Hijos	Partida de Nacimiento / DNI
Hijos Inválidos	Partida de Nacimiento / DNI Evaluación y Calificación de Invalidez
Padre y/o Madre	Partida de Nacimiento del Trabajador Partida de Nacimiento y D.N.I. de los padres Solicitud de Evaluación y Calificación de Invalidez Declaración Jurada de Dependencia Económica

El plazo para la presentación de los **Beneficiarios** de la pensión de sobrevivencia será de 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del **Trabajador**. En este caso las pensiones devengan desde la fecha del siniestro - fecha de fallecimiento del **Trabajador**. Los **Beneficiarios** que se presenten con posterioridad a este plazo no perderán su derecho a las pensiones de sobrevivencia, pero éstas sólo se devengarán desde la fecha de presentación de su solicitud de pensión. De haberse presentado otros beneficiarios con anterioridad, la presentación de nuevos beneficiarios no generará aporte adicional a cargo de **La Positiva Vida**, sino un recálculo del capital requerido ya calculado.

El **Trabajador** o los **Beneficiarios** presentarán a **La Positiva Vida** semestralmente, un **Certificado de Supervivencia** a fin de constatar la subsistencia de su derecho a la pensión. **La Positiva Vida** podrá retener el pago de las subsiguientes pensiones hasta que se cumpla con este requisito.

GASTOS DE SEPELIO:

Para obtener esta prestación el interesado deberá presentar a **La Positiva Vida** en el plazo 120 días calendario contados a partir de la fecha de fallecimiento o declaración judicial de muerte presunta del **Trabajador**, los siguientes documentos completos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):

- Solicitud de gastos de sepelio en el formato que designe **La Positiva Vida**.
- Certificado de Defunción del **Trabajador**.
- Facturas, Boletas de Venta y Recibos originales que sustenten el gasto de sepelio efectuado. Estos documentos deben estar emitidos a nombre de la persona natural o jurídica que solicite el reembolso correspondiente.

La Positiva Vida pagará directamente al **Trabajador** o a sus **Beneficiarios** las pensiones de invalidez o sobrevivencia que se devenguen respectivamente, dentro de la última semana de cada mes, a excepción del primer pago que se realizará a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al **Trabajador** o a sus **Beneficiarios**, o de notificada la resolución judicial, laudo arbitral o resolución del Instituto Nacional de Rehabilitación, según corresponda. En el caso de los gastos de sepelio, éstos serán pagados a más tardar dentro de los 10 (diez) días útiles posteriores a la fecha de recibida la documentación completa exigible al interesado, o la notificación del laudo arbitral, de ser el caso.

Las pensiones de sobrevivencia de los **Beneficiarios** menores de edad o de incapaces legalmente, se pagarán a la madre o al padre, según corresponda. A falta de éstos deberá pagarse a la persona llamada por la ley.

Para el caso de **Beneficiarios** declarados como inválidos que sean hijos mayores de edad, con la calificación de invalidez en trámite al momento del pago inicial, el pago quedará suspendido y condicionado a los resultados del dictamen emitido por el médico de **La Positiva Vida** o la entidad que ésta designe.

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Son las indicadas en el artículo 25 de las condiciones generales.

RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Después de un año de vigencia de la cobertura de la póliza, el **Contratante** podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que deberá cursar a **La Positiva Vida** con no menos de noventa (90) días calendario de anticipación.

AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS.

La Positiva Vida 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)211-0-211, (ii) 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.

DEDUCIBLES, FRANQUICIAS, COPAGOS o CARENCIAS.

La presente póliza no se encuentra sujeta a ningún deducible, franquicia, copago ni período de carencia que pueda representar una carga para el **Asegurado** o su beneficiario.

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

- Durante la vigencia del contrato de seguro, el **Asegurado** se encuentra obligado a informar a **La Positiva Vida** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.
- El **Contratante** y/o **Asegurado** podrán presentar sus reclamos de forma directa en la Compañía, conforme se señala en el apartado "AREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS" o recurrir a SUSALUD o al INDECOPI. Asimismo sus denuncias podrán ser canalizadas a través de la SBS o el INDECOPI.
- 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.
- El **Contratante** y/o **Asegurado** tendrán derecho de aceptar o no las modificaciones a las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del contrato.

CONTRATO DE AFILIACIÓN SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - SALUD

CONDICIONES GENERALES

El presente documento representa un Contrato único de Afiliación al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud, entre **LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD** con RUC 20601978572, en adelante denominada **LA EPS**, y **EL CONTRATANTE**, en adelante denominado **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, que servirá de base para el pago de primas y atención de siniestros.

Solo en caso que **EL CONTRATANTE** sea una persona natural, esta palabra será invocada en lugar del término **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, y lo reemplazará en las cláusulas de este contrato.

Este contrato solo podrá ser suscrito o modificado a nombre de **LA EPS** por sus representantes autorizados. Cualquier modificación deberá ser por escrito y con la autorización del funcionario competente de **LA EPS**.

LA EPS no será responsable de ninguna promesa o declaración hecha o que en el futuro hiciera otra persona distinta de las expresadas.

CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO

Por el presente Contrato, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** acuerda con **LA EPS**, que ésta brindará a los trabajadores asegurados a que se refiere la cláusula séptima, las prestaciones de salud establecidas en la cláusula sexta, a cambio de la prima establecida en la cláusula octava.

CLÁUSULA SEGUNDA.- MARCO LEGAL

El presente Contrato se celebra con arreglo a las disposiciones de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790), su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA, las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA y las demás normas que resulten aplicables.

CLÁUSULA TERCERA.- EL CONTRATO

El presente Contrato, las declaraciones de remuneraciones mensuales, los endosos, las constancias que se extienden a los trabajadores asegurados y el registro anexo, constituyen el contrato único entre **LA EPS** y **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, y servirán de base para el pago de primas y de siniestros.

CLÁUSULA CUARTA.- DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato de afiliación se entenderá por:

- 4.1 **Accidente:** Toda lesión corporal o material producida por una acción imprevista de una fuerza externa, repentina y violenta y que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- 4.2 **Accidente de trabajo:** A toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, causadas por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debido al esfuerzo del mismo.

Se considera igualmente accidente de trabajo:

- a) El que sobrevenga al trabajador asegurado durante la ejecución de órdenes de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** o bajo su autoridad, aún cuando se produzca fuera del centro y horas de trabajo.
- b) El que se produce antes, durante o después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo; si el trabajador asegurado se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
- c) El que sobrevenga por acción de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.

No constituye accidente de trabajo aquellos supuestos señalados en el numeral 2.3 del artículo 2° del Decreto Supremo N° 003-98-SA, y detalladas en la cláusula vigésima del presente contrato.

- 4.3 **Actividades de alto riesgo:** Las que realizan los asegurados en las labores que se detallan en la Cuarta Disposición Final del Decreto Supremo N° 003-98-SA y/o según normativa vigente.
- 4.4 **Asegurado:** Son asegurados obligatorios la totalidad de los trabajadores que laboran en un centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades previstas, en la cuarta disposición final del Decreto Supremo N° 003-98-SA, y/o normatividad vigente, sean empleados u obreros, eventuales, temporales o permanentes. Son también asegurados obligatorios del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, los trabajadores de LA ENTIDAD EMPLEADORA que, no perteneciendo al centro de trabajo en el que se desarrollan las actividades referidas en la Cuarta Disposición Final del Decreto Supremo N° 003-98-SA y/o normativa vigente, se encuentran expuestos al riesgo por razón de sus funciones, de acuerdo a lo señalado en el penúltimo párrafo del artículo 6° del Decreto Supremo N° 003-98-SA.
Los nuevos trabajadores de LA ENTIDAD EMPLEADORA, deberán ser incorporados al presente contrato de afiliación.
Los asegurados son declarados nominalmente por LA ENTIDAD EMPLEADORA, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 26790, siendo nulo cualquier pacto en contrario.
- 4.5 **Centro de Trabajo:** Se considera centro de trabajo al establecimiento de LA ENTIDAD EMPLEADORA en el que se ubican las unidades de riesgo inherentes a la actividad descrita en la cuarta disposición final del Decreto Supremo N° 003-98-SA y/o normativa vigente. Incluye a las unidades administrativas y de servicios que, por su proximidad a las unidades de producción expone al personal al riesgo de accidente de trabajo, enfermedad profesional propia de la actividad productiva.
- 4.6 **Enfermedad común:** Son el conjunto de dolencias que puede padecer una persona y que no tienen la condición de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- 4.7 **Enfermedad profesional:** Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.
- 4.8 **Remuneración asegurable:** Está constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del afiliado percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que se deban atribuirse de acuerdo a las normas tributarias sobre la materia.
En el caso de los trabajadores dependientes se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a que se refiere el Texto Único Ordenado de la Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobada por el Decreto Supremo N° 001-97-TR y sus normas reglamentarias o las que las sustituyan.
Los subsidios de carácter temporal que perciba el trabajador cualquiera sea su naturaleza, se consideran dentro del concepto de remuneración para el cómputo de la "remuneración mensual" y se encuentran afectos a las primas por las coberturas del seguro complementario de trabajo de riesgo. El mismo tratamiento recibirán las gratificaciones ordinarias, es decir, aquellas que se otorguen en periodos regulares y estables en el tiempo. Para estos efectos se considera que una gratificación adquiere regularidad cuando es abonada por el empleador a la generalidad de sus trabajadores o un grupo de ellos, durante dos años consecutivos, cuando menos en periodos semestrales.
En el caso que un trabajador reciba un reintegro de remuneración, éste será declarado como parte de la remuneración del mes en que se paga.
- 4.9 **Siniestralidad:** Porcentaje que resulta de la valoración conjunta de los siniestros producidos (pendientes y liquidados), de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, comparados contra las primas por el mismo periodo.

CLÁUSULA QUINTA.- TASA

Es el porcentaje que se debe aplicar a las remuneraciones de los trabajadores declarados, para el cálculo de la prima a cargo de LA ENTIDAD EMPLEADORA.

LA EPS podrá modificar la tasa de acuerdo con el numeral 16.6 del artículo 16° del Decreto Supremo N° 003-98-SA, por agravamiento del riesgo. Esta tasa podrá ser reajustada por LA EPS en función del índice de siniestralidad o a los cambios experimentados en el centro de trabajo que impliquen agravación del riesgo, sin perjuicio del derecho de LA ENTIDAD EMPLEADORA de resolver el contrato en caso no estuviese de acuerdo con el reajuste efectuado por LA EPS.

CLÁUSULA SEXTA.- COBERTURA

La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud

Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima - Perú RUC.: 20601978572 Telf.: 211-0-212 Lima / 74-9001 Provincias www.lapositiva.com.pe

6.1 LA EPS brindará las prestaciones establecidas en las normas técnicas del SCTR a través de su infraestructura propia e infraestructura contratada a terceros. La cobertura comprende accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, es decir es integral, ilimitada y se extiende hasta que el trabajador esté completamente rehabilitado y readaptado, o se produzca la declaración de invalidez total o parcial o si fuera el caso el fallecimiento.

La cobertura de salud de trabajo de riesgo otorga, como mínimo las siguientes prestaciones:

- a) Asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional a LA ENTIDAD EMPLEADORA y sus trabajadores.
 - b) Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera que fuere el nivel de complejidad; hasta la recuperación total del trabajador asegurado o la declaración de una invalidez permanente total o parcial o fallecimiento.
 - c) Rehabilitación y readaptación laboral del trabajador asegurado inválido bajo este seguro.
 - d) Aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios para el trabajador asegurado inválido bajo este seguro.
- 6.2 La cobertura de salud que LA EPS brindará a los trabajadores asegurados es integral y comprende las prestaciones de la capa simple y las de la capa compleja definidas en los incisos f) y g) del artículo 2° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, aunque sin incluir subsidios y otras prestaciones económicas.
- 6.3 De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13° inciso II de las normas técnicas, establecidas en el Decreto Supremo N° 003-98-SA, los trabajadores asegurados conservan su derecho a ser atendidos por el Seguro Social de Salud con posterioridad al alta o a la declaración de la Invalidez Permanente.

CLÁUSULA SÉTIMA.- TRABAJADORES ASEGURADOS

- 7.1 Se consideran trabajadores asegurados y están amparados por la cobertura del presente Contrato, exclusivamente aquellos que cumplen con todos los siguientes requisitos:
- a) Mantengan relación laboral directa con LA ENTIDAD EMPLEADORA y estén registrados en la correspondiente planilla de remuneraciones;
 - b) Laboren en los centros de trabajo indicados en las Condiciones Particulares o por razón de sus funciones, se encuentren expuestos al riesgo de las actividades de alto riesgo allí identificadas;
 - c) Hayan sido acreditados como trabajadores asegurados por LA ENTIDAD EMPLEADORA en la forma establecida por LA EPS.
- 7.2 No se encuentran bajo el ámbito de aplicación del presente Contrato los trabajadores de LA ENTIDAD EMPLEADORA, cualesquiera que sea el centro de trabajo en el que laboren o la actividad que realicen, que no hubieran sido acreditados como trabajadores asegurados para efectos del presente Contrato, así como aquellos que, habiendo sido acreditados, se encuentren de licencia o vacaciones.
- 7.3 LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a declarar a la totalidad de los trabajadores asegurables, en forma nominativa; caso contrario, ante la ocurrencia de siniestros que afecten a trabajadores no declarados será aplicable lo indicado en el artículo 88° del Decreto Supremo N° 009-97-SA y normas complementarias.
- 7.4 Todos los registros de LA ENTIDAD EMPLEADORA que se relacionen con este seguro, podrán ser inspeccionados por LA EPS en cualquier momento.

CLÁUSULA OCTAVA.- PRIMA

- 8.1 La prima es mensual y se obtiene de multiplicar la tasa pactada y estipulada en las condiciones particulares por el monto de la remuneración de los trabajadores declarados por LA ENTIDAD EMPLEADORA al solicitar la cobertura.
- 8.2 De acuerdo a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 003-98-SA, las gratificaciones ordinarias, cuando son pagadas a los trabajadores, deben ser incluidas en el monto de remuneraciones de los trabajadores.
- 8.3 Para efecto de la liquidación de la prima, LA ENTIDAD EMPLEADORA utilizará los formatos que LA EPS proporcione para obtener la información mínima necesaria, efectuará el pago y aplicará las tasas estipuladas en la liquidación.
- 8.4 La falta de pago de las primas dentro de los 15 días calendario de cada mes de vigencia, originará la mora de esta obligación por parte de LA ENTIDAD EMPLEADORA y por lo tanto producirá la suspensión de este contrato de seguros de acuerdo a lo establecido en el numeral 16.5 del Decreto Supremo N° 003-98-SA.

Producida la suspensión automática por falta de pago, LA EPS podrá resolver el presente contrato, para lo cual deberá enviar una carta a LA ENTIDAD EMPLEADORA con una anticipación no menor de 30 días calendario a la fecha en que se hará efectiva esta resolución. Producida esta resolución, LA EPS quedará liberada de toda responsabilidad.

CLÁUSULA NOVENA.- DECLARACION DE PLANILLAS

En los casos que LA ENTIDAD EMPLEADORA solicite que la cobertura sea por un periodo bimensual, trimestral, semestral o anual, declarará a LA EPS una planilla inicial y se mantendrá obligado a declarar a LA EPS dentro de los quince (15) primeros días de cada mes siguiente la planilla de trabajadores actualizada.

Los trabajadores no declarados dentro del plazo indicado carecen de cobertura de acuerdo al numeral 16.3 del artículo 16° del Decreto Supremo N° 003-98-SA.

De otro lado, cuando LA ENTIDAD EMPLEADORA declare una suma total de remuneraciones menor a la que está consignada en las planillas y boletas de pago, LA EPS pagará el íntegro de las prestaciones que correspondan al trabajador asegurado, pero ejercerá el derecho de repetición contra LA ENTIDAD EMPLEADORA por el exceso no cubierto por el seguro en forma proporcional al porcentaje de prima no pagada.

CLÁUSULA DÉCIMA.- TERRITORIALIDAD

El presente contrato solo es exigible respecto de tratamientos médicos practicados en el Perú. Solo estarán cubiertas las emergencias amparadas por el seguro ocurridas dentro del territorio peruano.

CLÁUSULA UNDÉCIMA.- SUSPENSIÓN Y REHABILITACIÓN DE COBERTURA

11.1 En caso de producirse la suspensión de la cobertura dentro de los términos establecidos en el artículo 16.5 del Decreto Supremo N° 003-98-SA, debido al incumplimiento de LA ENTIDAD EMPLEADORA con respecto al pago de la prima dentro del plazo señalado en la cláusula octava del presente Contrato, o con respecto a las medidas de prevención y protección establecidas en la cláusula décimo tercera, y LA EPS atienda algún siniestro de un trabajador asegurado bajo el presente Contrato, LA ENTIDAD EMPLEADORA deberá reembolsarle el íntegro del costo del tratamiento otorgado, dentro de los tres días de recepción de la comunicación que en tal sentido le curse LA EPS. El costo se determinará de acuerdo a los tarifarios que en cada momento tenga vigentes LA EPS para tal efecto.

11.2 La cobertura podrá ser rehabilitada en caso que LA ENTIDAD EMPLEADORA subsane la situación de incumplimiento y antes que LA EPS le comunique su decisión de resolver el presente Contrato. No obstante, en ningún caso podrá rehabilitarse la cobertura con pagos realizados con posterioridad a la ocurrencia de una contingencia, la cual, en consecuencia, será de cargo de LA ENTIDAD EMPLEADORA.

CLÁUSULA DUODÉCIMA.- NULIDAD Y RESOLUCIÓN

12.1 Este Contrato será nulo en caso de verificarse el supuesto establecido en el artículo 8° de la Ley 29946, debido a una declaración inexacta, reticencia u omisión por parte de LA ENTIDAD EMPLEADORA, con respecto al verdadero estado del riesgo.

12.2 El presente Contrato podrá resolverse por:

- a) La falta de pago oportuno de las primas o de cualquier otra suma que LA ENTIDAD EMPLEADORA adeude a LA EPS, así como la falta de adopción de las medidas de prevención y protección.
- b) A falta de acuerdo con el reajuste de las tasas.
- c) Sin que medie causal, previo aviso escrito no menor a 90 días calendario, por parte de LA ENTIDAD EMPLEADORA.

12.3 Una vez que el contrato sea resuelto, las coberturas de los trabajadores continuarán a cargo de ESSALUD hasta que se designe una nueva entidad que otorgue las coberturas de ley, siendo de aplicación el numeral 16.8 del artículo 16° del Decreto Supremo N° 003-98-SA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA.- MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

LA EPS podrá recomendar medidas de prevención y protección destinadas a reducir la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales entre los trabajadores, estando LA ENTIDAD EMPLEADORA obligada a implementar dichas medidas en los términos indicados por LA EPS.

Sin perjuicio de ello, LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a cumplir todas las medidas de seguridad e higiene ocupacional que le correspondan de acuerdo con su actividad, así como las que hubiera informado LA EPS.

Cabe señalar que forman de estas medidas de prevención y protección, la entrega de las evaluaciones médicas referidas en la cláusula décima cuarta de este Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.- EVALUACIÓN MÉDICA

La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud

Calle Francisco Masías N° 370, San Isidro, Lima - Perú RUC.: 20601978572 Telf.: 211-0-212 Lima / 74-9001 Provincias www.lapositiva.com.pe

LA EPS puede exigir exámenes médicos previos a la celebración del contrato y al momento de incorporación de un nuevo trabajador, únicamente para establecer, de ser el caso, la existencia de una condición de invalidez o enfermedad profesional previa al inicio de la vigencia del presente Contrato, por parte de alguno o varios trabajadores.

LA EPS podrá solicitar información médica de los asegurados durante la vigencia del presente contrato para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los asegurados. Asimismo, podrá solicitar información médica a la finalización del presente Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.- NEGLIGENCIA GRAVE DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

En caso que la enfermedad profesional o el accidente de trabajo se produzcan como consecuencia directa del incumplimiento de las normas de salud ocupacional o seguridad industrial, o por negligencia grave de LA ENTIDAD EMPLEADORA, o por agravación del riesgo, o incumplimiento de las medidas de protección o prevención o incumplimiento del reglamento de seguridad y salud en el trabajo según la normativa vigente, LA EPS cubrirá el siniestro pero podrá ejercer el derecho de repetición por el costo de las prestaciones otorgadas, en contra de LA ENTIDAD EMPLEADORA de acuerdo al artículo 12° del Decreto Supremo N.° 003-98-SA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA.- AGRAVACIÓN DE LOS RIESGOS

16.1 LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a informar a LA EPS en forma inmediata y por escrito bajo cargo, cualquier hecho que llegue a ser de su conocimiento que tenga relación con los riesgos que son objeto del seguro, a fin de que ésta, en todo momento, cuente con información exacta, suficiente y actual sobre la situación de LA ENTIDAD EMPLEADORA.

En esta línea, toda agravación de riesgos a la que se vean expuestos los trabajadores asegurados, como consecuencia de alteraciones en las labores o cambios en los centros de trabajo, o por cualquier otra causa, deberá ser puesta en conocimiento de la EPS de manera inmediata y por escrito bajo cargo por LA ENTIDAD EMPLEADORA.

16.2 Cursado el aviso por parte de LA ENTIDAD EMPLEADORA, con respecto a modificaciones en las condiciones de seguridad e higiene de cualquiera de los centros de trabajo donde laboren trabajadores asegurados, y de cualquier aspecto que pudiera incidir en los riesgos cubiertos, incluyendo el cambio de cualquier circunstancia informada anteriormente a LA EPS; LA EPS contará con quince (15) días calendario para comunicar a LA ENTIDAD EMPLEADORA su decisión de mantener la cobertura sin reajuste de primas o proponer el reajuste de las mismas o exigir la adopción de medidas de protección o prevención.

Vencido este plazo sin que medie comunicación alguna, se entenderá que LA EPS ha optado por mantener los términos contractuales sin modificaciones.

En caso LA EPS propusiese modificar las primas y LA ENTIDAD EMPLEADORA no manifestase su aceptación dentro del plazo que para ello le indique LA EPS, el contrato quedará automáticamente resuelto y LA ENTIDAD EMPLEADORA podrá concertar la cobertura de salud con otra EPS o con ESSALUD, de acuerdo a los procedimientos que para tal efecto establece la normativa vigente.

16.3 Cabe precisar que el procedimiento indicado en el numeral precedente, también será aplicado con respecto al reajuste de la tasa señalado en la cláusula quinta del presente Contrato, por agravamiento de riesgo o en función al índice de siniestralidad. Así mismo, dicho procedimiento será aplicado en caso que LA EPS opte por el reajuste de la tasa, ante la falta de cumplimiento con las medidas de prevención y protección -sin perjuicio de la suspensión automática señalada en la cláusula undécima del presente Contrato-, comprendiendo la falta de entrega de las evaluaciones médicas señaladas en la cláusula décima cuarta del presente Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA.- ATENCION DE SINIESTROS

17.1 Conocido un accidente por LA ENTIDAD EMPLEADORA, ésta cursará aviso inmediato por escrito o correo electrónico a LA EPS.

17.2 En casos de emergencia, LA ENTIDAD EMPLEADORA está obligada a prestar los primeros auxilios, así como procurar la asistencia médica y farmacéutica inmediata requerida por un accidente o enfermedad profesional, quedando facultado para recuperar de LA EPS, los costos razonables que correspondan a las circunstancias, mediante reembolso. Las discrepancias que se produzcan por la aplicación de este artículo, serán resueltas por la Comisión Arbitral Permanente a que se refiere el artículo 90° del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

- 17.3 LA ENTIDAD EMPLEADORA es responsable de trasladar al asegurado accidentado al establecimiento de salud afiliado a LA EPS.
- 17.4 El centro de salud afiliado a LA EPS recibirá al trabajador asegurado con la sola verificación de su condición de trabajador, prestándole la asistencia médica requerida sin ningún requisito de calificación previa, aún cuando se trate de riesgos excluidos y sin perjuicio de su derecho de repetir contra quien corresponda por el costo del tratamiento.
- 17.5 LA EPS no podrá referir al trabajador asegurado a otro centro médico, sin observar los procedimientos señalados en el Capítulo 9 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- 17.6 LA EPS prestará directamente los servicios médicos requeridos en sus propios establecimientos o dispondrá bajo garantía y responsabilidad, la atención médica necesaria por los establecimientos médicos que designe.
- 17.7 Las prestaciones médicas de LA EPS serán otorgadas hasta la recuperación total del trabajador asegurado incluyendo el costo de la rehabilitación, prótesis, renovación y reparación de prótesis, así como aparatos ortopédicos necesarios.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN

- 18.1 Para atenciones por casos de emergencia, el trabajador asegurado será trasladado por LA ENTIDAD EMPLEADORA conforme a lo estipulado en el numeral 17.3 del artículo 17° del Decreto Supremo N° 003-98-SA, y la cláusula décima octava del presente contrato, al establecimiento médico afiliado a LA EPS, portando su DNI y el formato físico o electrónico que LA EPS ponga a su disposición, debidamente llenado, firmado y sellado por el representante de LA ENTIDAD EMPLEADORA.
- 18.2 En casos de emergencia en los que el trabajador asegurado no porte su DNI o el formato, se brindará la atención médica con cargo a regularizar los documentos en un plazo máximo de 24 horas.
- 18.3 Las evacuaciones hasta un establecimiento de salud que forme parte de la red de prestadores afiliados a LA EPS, serán cubiertas únicamente cuando LA ENTIDAD EMPLEADORA, debido al estado crítico del trabajador asegurado, no pueda trasladarlo y requiera unidades médicas especializadas.
Para la evacuación, LA ENTIDAD EMPLEADORA deberá coordinar con la central de emergencia de LA EPS (211-0-211 Lima/ 74-9000, quien verificará la pertinencia médica de la evacuación y los medios que se requieran y encuentren disponibles.
- 18.4 Los traslados, entre establecimientos médicos de la red de proveedores serán cubiertos por LA EPS cuando el establecimiento de origen no tenga la capacidad resolutive requerida para atención del asegurado. En dicho caso la persona responsable de la clínica de origen deberá comunicarse con la central de emergencia de LA EPS, donde se verificará la pertinencia médica del traslado.
En los casos que los asegurados hayan sido evacuados inicialmente a establecimientos médicos que no forman parte de la red de proveedores médicos afiliados a LA EPS y que luego requieran continuar sus atenciones con la red de proveedores también gozarán de la cobertura del traslado.
- 18.5 Para el caso de atenciones ambulatorias, continuación de tratamiento, rehabilitación, controles post-operatorios y cualquier otra atención ambulatoria el asegurado se acercará al establecimiento portando su documento de identidad (DNI o carnet de extranjería si fuera el caso) y el formato físico o electrónico que LA EPS ponga a su disposición, debidamente llenado, firmado y sellado por el representante de LA ENTIDAD EMPLEADORA en cada una de las oportunidades que requiera atención.
- 18.6 En caso un asegurado por voluntad propia decida cambiar de médico tratante o proveedor médico, a pesar que cuente con la capacidad resolutive necesaria para su atención, deberá comunicarlo a LA EPS por escrito, informando la fecha del accidente, establecimiento al cual quiere dirigirse a fin de que LA EPS realice la coordinación respectiva. Una vez que LA EPS confirme la procedencia por escrito, el asegurado se acercará al centro médico de su elección portando su documento de identidad según sea el caso y el formato físico o electrónico que LA EPS ponga a su disposición, debidamente llenado, firmado y sellado por el representante de LA ENTIDAD EMPLEADORA y los documentos (original o copia) que sustente las atenciones médicas recibidas en el establecimiento inicial. En este caso, ni el traslado ni el costo de la obtención del original o copia de la Historia Clínica estarán cubiertos por LA EPS.
- 18.7 En caso un trabajador asegurado sea atendido en un centro médico que no pertenezca a la red de proveedores afiliados de LA EPS (se aplica en caso de que en la zona no existan proveedores afiliados a LA EPS), ésta cubrirá los costos de las atenciones mediante reembolso. Para estos efectos, LA ENTIDAD EMPLEADORA deberá adjuntar:

- a) Formato que LA EPS ponga a su disposición, declaración de accidente, en físico o electrónico, debidamente llenada, firmada y sellada por el representante legal de LA ENTIDAD EMPLEADORA y por el médico tratante.
- b) Facturas originales a nombre de La Positiva Entidad Prestadora de Salud con RUC N°20601978572, para el caso de gastos de procedimientos y análisis, deberán adjuntar las ordenes de los mismos así como los resultados.
- c) Factura o recibo por honorarios médicos originales a nombre del asegurado.
- d) Para el reembolso de gastos de medicinas, se deberá adjuntar a la factura la receta médica original detallada (indicando cantidad, nombre y costo de cada medicamento).
- e) Los comprobantes de pago no pueden tener antigüedad mayor a sesenta (60) días, y deben contar con el sello de cancelado.

Toda liquidación de reembolso será realizada en Soles. En los casos en que el costo del siniestro haya sido en una moneda diferente se aplicará el tipo de cambio de la SBS, vigente a la fecha de presentada la Solicitud de Reembolso.

Toda documentación indicada en la presente cláusula se deberá remitir a LA EPS y estará sujeta a auditoría médica y administrativa correspondientes.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- EXCLUSIONES

Se encuentran excluidas de la cobertura del presente Contrato las siguientes contingencias:

- a) Las lesiones voluntariamente auto infligidas o derivados de tentativa de autoeliminación.
- b) Accidente de trabajo o enfermedad profesional de los trabajadores que no hubieren sido declarados por LA ENTIDAD EMPLEADORA; cuyas lesiones se mantendrán amparadas por el Seguro Social de Salud a cargo de ESSALUD, de acuerdo con el Artículo 88° del Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- c) Procesamiento o terapias que no contribuyen a la recuperación o rehabilitación del paciente, de naturaleza cosmética o suntuaria, cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras), cirugía plástica, odontología de estética, tratamiento de periodoncia u ortodoncia, curas de reposo y del sueño, lentes de contacto. Sin embargo, serán cubiertos los tratamientos de cirugía plástica reconstructiva o reparativa exigibles como consecuencia de accidente de trabajo o una enfermedad profesional.
- d) Accidentes y enfermedades comunes, todo accidente que no sea calificado como accidente de trabajo con arreglo de las normas del Decreto Supremo N° 003-98-SA. Así como toda enfermedad que no merezca la calificación de enfermedad profesional, serán tratados como accidentes o enfermedades comunes sujetos al régimen general del seguro social en salud y al sistema pensionario al que se le encuentre afiliado el trabajador.
- e) Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte del asegurado.
- f) Las demás exclusiones señaladas por la normatividad vigente sobre la materia, o que se establezcan en el futuro.
- g) El que se produce en el trayecto de ida o retorno al centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta de LA ENTIDAD EMPLEADORA en vehículos propios o contratados para tal efecto.
- h) El provocado intencionalmente por el propio trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- i) El que se produzca como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden específica impartida por el empleador.
- j) El que se produzca con ocasión de actividades recreativas deportivas o culturales, aun cuando ocurran dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.
- k) El que sobrevenga durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo.
- l) Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no dentro o fuera del Perú; así como los ocurridos por motín, conmoción por el orden público o terrorismo.
- m) Los que se produzcan por efecto del terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza.
- n) Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear.

CLÁUSULA VIGÉSIMA.- SUBROGACIÓN DE DERECHOS

LA ENTIDAD EMPLEADORA y el trabajador asegurado ceden a LA EPS su derecho a reclamo, en caso exista(n) tercero(s) responsable(s) del daño, y por lo tanto LA EPS podrá reclamar de éstos el valor de las prestaciones otorgadas al trabajador asegurado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA.- ARBITRAJE

La suscripción del presente Contrato de afiliación al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, bajo cualquiera de sus coberturas, implica el sometimiento de las partes contratantes, así como de los asegurados y beneficiarios a las reglas de conciliación y arbitraje a que se refieren los artículos 90° y 91° del Decreto Supremo N° 009-97-SA y la segunda disposición complementaria del Decreto Supremo N° 006-97-SA, conforme al cual se resolverán en forma definitiva todas las controversias en la que se encuentren involucrados intereses de los asegurados, LA ENTIDAD EMPLEADORA y LA EPS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA.- TRIBUTOS

Todos los tributos creados o por crearse, que graven las condiciones de este contrato serán a cargo de LA ENTIDAD EMPLEADORA y/o trabajador asegurado, según correspondan.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA.- DOMICILIO

Para todas las comunicaciones que se generen producto de la relación entre las partes de este contrato, se señala como domicilio la ciudad de Lima.

EMPRESA MUNICIPAL DE MERCADOS S.A.

1. PRODUCTO: FORMACIÓN LABORAL
 2. SUB PRODUCTO: FORMACIÓN LABORAL
 3. SUMA ASEGURADA: POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE
 4. DOCUMENTO: TABLA DE BENEFICIOS

Sistema de Crédito: Atención exclusiva en las IPRESS con convenio con La Positiva.

Sistema de Reembolso: El Asegurado debe pagar los gastos y pedir las facturas a nombre de La Positiva Seguros y Reaseguros con RUC 20100210909 para tramitar el reintegro correspondiente.

Línea Positiva Salud: llamar al (01) 211-0-213.

Se activan los beneficios desde la fecha de vigencia de la póliza. No se aplican periodos de carencia y espera.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ENFERMEDAD	S/ 17,500
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ACCIDENTE	S/ 37,500

5. COBERTURAS BÁSICAS EN EL PERÚ

RED	ATENCIÓN AMBULATORIA		ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	Deducible	Cubierto al	Deducible	Cubierto al
Red 1	S/. 15	95%	Sin deducible	95%
Red 2	S/. 35	95%	Sin deducible	95%
Red 3	S/. 50	90%	Sin deducible	90%
Red Provincias	S/. 15	100%	Sin deducible	100%
Reembolso Provincias	S/. 35	85%	01 día de habitación	90%
Reembolso Lima	S/. 50	95%	01 día de habitación	85%
Red de Farmacias	No Aplica	90%	No Aplica	No Aplica

CONSIDERACIONES:

- La receta tiene una vigencia de 7 días calendario contados a partir de la fecha de expedición.
- Podrás adquirir tus medicamentos a través de nuestra red de farmacias usando nuestra APP FARMADELIVERY.
- Para los reembolsos se utilizará la Tarifa "A" del Tarifario La Positiva.
- Se reconoce por honorario médico por cada consulta un tope máximo de S/. 200.
- El beneficio de reembolso está sujeto a las mismas políticas y exclusiones que las atenciones por crédito.

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS		
Atención bajo sistema crédito y reembolso	Deducible	Cubierto al
EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA. Atención en el tópico o los servicios de emergencia de la red de proveedores afiliados al plan, dentro de las 48 horas de ocurrido el accidente. Continuidad de emergencias accidentales ambulatorias hasta 90 días al 100% (Incluye terapias físicas, controles y supervisión de resultados de exámenes diagnósticos, de forma ambulatoria).	Sin deducible	100%
EMERGENCIA MEDICA AMBULATORIA. Atención en el tópico o los servicios de emergencia de la red de proveedores de red de salud.	Sin deducible	100%
AMBULANCIA A DOMICILIO * Atención domiciliar por Ambulancia en caso de emergencias médicas y/o accidentales llamar a Línea Positiva Salud (01) 211 0213	Sin deducible	100%
TRANSPORTE POR EVACUACIÓN POR EMERGENCIA. Ambulancia y Avión Comercial (Nacional). Hasta 7 boletos aéreos. En caso el Asegurado sea menor de edad o mayor de 70 años, se podrá hacer uso de un asiento para un acompañante. (bajo sistema de Crédito)	Sin deducible	100%

Límites Geográficos Ambulancia:		
En Lima: Por el Norte: hasta Ancón. Por el Noroeste: hasta Ventanilla. Por el Oeste: La Punta. Por el Noroeste: hasta Carabaylo y San Juan De Lurigancho Por el Este: hasta Lurigancho y Cieneguilla. Por el Sureste: hasta Pachacamac. Por el Suroeste: hasta Villa El Salvador y Chorrillos. Por el Sur: hasta Pucusana.	En Arequipa: Por el Norte: Zona Cono Norte. Por el Sur: Zona Socabaya - Lara. Por el Este: Hasta distrito de Paucarpata Urb. Miguel Grau. Por el Oeste: Distrito de Sachaca.	En Cusco: Por el Norte: hasta Arco Tica Tica. Por el Sur: hasta San Jerónimo. Por el Este: hasta Sacsaywaman. Por el Oeste: hasta Margen Derecha.
	En Trujillo: Por el Norte: hasta La Esperanza y Florencia de Mora. Por el Sur: hasta Moche-Salaverry. Por el Este: El Porvenir y Laredo. Por el Oeste: hasta Víctor Larco.	En Piura: Por el Norte: hasta Los Ejidos, incluyendo la Urb. Santa María del Pinar. Por el Sur: hasta Urb. Miraflores y Av. Progreso de Castilla. Por el Este: hasta AA.HH. San Pedro y Av. Circunvalación Por el Oeste: hasta Av. Prolongación Grau Cdra. 35.

6.2. OTRAS COBERTURAS BÁSICAS EN EL PERÚ

CONSULTA A DOMICILIO (BAJO SISTEMA DE CRÉDITO)		
Se cubre: atenciones ambulatorias agudas de baja complejidad, no emergencias. De acuerdo a programación y disponibilidad de los médicos especialistas. Bajo sistema crédito.		
	Deducible	Cubierto al
CONSULTA MEDICA A DOMICILIO (*) - Medicina Interna. (Exclusivo con Línea Positiva Salud (01) 211 0213) Exámenes de apoyo, solo a través de los Proveedores designados por la Positiva Seguros. Incluye Medicinas. Previa Cita. (bajo sistema de Crédito)	S/. 35	100%
Límites Geográficos		
En Lima: Por el Norte: hasta Ancón. Por el Noroeste: hasta Ventanilla. Por el Oeste: La Punta. Por el Noroeste: hasta Carabaylo y San Juan De Lurigancho Por el Este: hasta Lurigancho y Cieneguilla. Por el Sureste: hasta Pachacamac. Por el Suroeste: hasta Villa El Salvador y Chorrillos. Por el Sur: hasta Pucusana.	En Arequipa: Por el Norte: Zona Cono Norte. Por el Sur: Zona Socabaya - Lara. Por el Este: Hasta distrito de Paucarpata Urb. Miguel Grau. Por el Oeste: Distrito de Sachaca.	En Cusco: Por el Norte: hasta Arco Tica Tica. Por el Sur: hasta San Jerónimo. Por el Este: hasta Sacsaywaman. Por el Oeste: hasta Margen Derecha.
	En Trujillo: Por el Norte: hasta La Esperanza y Florencia de Mora. Por el Sur: hasta Moche-Salaverry. Por el Este: El Porvenir y Laredo. Por el Oeste: hasta Víctor Larco.	En Piura: Por el Norte: hasta Los Ejidos, incluyendo la Urb. Santa María del Pinar. Por el Sur: hasta Urb. Miraflores y Av. Progreso de Castilla. Por el Este: hasta AA.HH. San Pedro y Av. Circunvalación Por el Oeste: hasta Av. Prolongación Grau Cdra. 35.

ODONTOLOGÍA		
Solo Prevención		
	Deducible	Cubierto al
Odontograma (Una vez al año)	Sin deducible	100%
OFTALMOLOGÍA		
En el Perú		
	Deducible	Cubierto al
Medición de vista (1 vez al año) en red oftalmológica.	Sin deducible	100%
Red de Clínicas afiliadas	Como ambulatorio	Como ambulatorio

6.3. ONCOLOGÍA

Crédito y reembolso		
	Deducible	Cubierto al
Cobertura de Cancer: Consultas médicas especializadas, hospitalización, cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia, exámenes especiales hasta el beneficio máximo anual por enfermedad. Red de Clínicas y Centros Especializados Afiliados.	Como ambulatorio/hospitalario	Como ambulatorio/hospitalario

5.1. COBERTURAS ADICIONALES

En el Perú	Deducible	Cubierto al
PRÓTESIS QUIRURGICAS INTERNAS. Se excluyen prótesis dentales, prótesis externas y estéticas. Beneficio máximo anual S/. 3,500 (bajo sistema de Crédito)	Sin deducible	100%
SEPELIO. Beneficio máximo anual S/. 5,000 vía crédito o reembolso.	Sin deducible	100%

5.2. ACCIDENTES PERSONALES

Muerte Accidental	S/. 22,500.00
Invalidez Permanente Parcial y/o Total	S/. 22,500.00

5.3. PRIMAS

--

Prima total	
Prima única	
Prima	
Titular sólo	S/ 80

Vigencia

19/09/2020 - 19/09/2022

PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR

ÍNDICE

CAPITULO I DEFINICIONES	2
CAPITULO II BASES DEL CONTRATO	7
CAPITULO III COBERTURA DEL SEGURO	16
CAPITULO IV EXCLUSIONES DEL SEGURO	21
CAPITULO V PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO	25
CAPITULO VI LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO	28

CAPITULO I DEFINICIONES

- 1.1. Accidente
Evento fortuito, originado por una fuerza o agente externo repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura y afectó al **Asegurado** causándole heridas y/o lesiones corporales que puedan ser auscultadas médicamente con certeza.
- 1.2. Asegurado
Se denomina Asegurado a:
a) El titular que aparezca como tal en esta póliza.
b) Los dependientes de dicho titular, siempre y cuando hayan sido inscritos y aceptados bajo los términos de esta póliza y se encuentren expresamente nominados como tales en los Condicionados Particulares.
- 1.3. Beneficiario
Persona designada en la póliza que goza de los beneficios indemnizatorios contenidos en la Póliza.
- 1.4. Beneficio Máximo Anual por Persona
Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte de la póliza, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada **Asegurado**, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.
- 1.5. Beneficio Máximo Anual por Enfermedad
Límite máximo de indemnización que se reconocerá por cada enfermedad cubiertos por la póliza, durante la vigencia anual de la misma.
- 1.6. Beneficio Máximo de por Vida por Persona
Según se indica en la Tabla de Beneficios que forma parte de la póliza, representa el límite máximo de indemnización que se otorga a cada **Asegurado** durante toda su vida, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.
- 1.7. Clausulas Adicionales
Son aquellas condiciones especiales, accesorias que forman parte de la presente póliza, que permiten extender o ampliar las coberturas, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos en las condiciones generales.
- 1.8. Certificado de Seguro
Tratándose de Seguros de Grupo, es el documento que acredita la incorporación del asegurado a la póliza, el mismo que contiene los datos de identificación del Contratante y del **Asegurado**, la Tabla de Beneficios y demás condiciones del seguro relativas al riesgo individualizado.
- 1.9. Coaseguro
Porcentaje de los gastos cubiertos que el **Asegurado** debe asumir una vez aplicado el deducible correspondiente, según lo indicado en la Tabla de Beneficios.
- 1.10. Condiciones Generales
Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas que rigen el presente contrato. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.

1.11. Condiciones Particulares

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

1.12. Condiciones Especiales

Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

1.13. Condición Preexistente

Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Jurada de Salud.

No se considera condición preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

1.14. Contratante

Persona que celebra con **La Positiva** el contrato de seguro, no necesariamente es la misma persona que el **Asegurado**, recaen sobre esta persona los derechos –si corresponde– y/u obligaciones emanados del contrato de seguro. El contratante es el único que puede solicitar enmiendas a la póliza. Asimismo es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que necesita.

1.15. Declaración Jurada de Salud

Cuestionario que el **Asegurado** completa al momento de solicitar el seguro, en el cuál manifiesta si él, sus dependientes o parientes cercanos, padecen o han padecido de alguna enfermedad anterior al inicio de este seguro.

1.16. Deducible

Importe fijo de gastos cubiertos que será por cuenta del **Asegurado** y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en la Tabla de Beneficios de esta póliza de seguro.

1.17. Dependiente

El cónyuge, hijos y/o pareja que sean declarados como dependientes al momento de la contratación del seguro o en el transcurso de vigencia del mismo.

Los titulares podrán inscribir a sus dependientes bajo los términos de esta póliza, en los casos y circunstancias siguientes:

- En la fecha en que el titular se inscribe.
- En la fecha en que el titular los declara ante La Positiva como dependientes, comunicación que debe ser efectuada, dentro de un periodo máximo de treinta (30) días celebrado el matrimonio, o de declarada la adopción, de ser el caso.
- Los hijos cuyo nacimiento haya sido cubierto por la presente póliza deben ser inscritos dentro de los 30 días siguientes al alumbramiento.

Los recién nacidos estarán cubiertos desde la fecha de su nacimiento, y no estarán sujetos al periodo de espera ni a selección médica siempre que la solicitud de inclusión en la póliza se realice antes de que se cumplan treinta (30) días contados desde la fecha de nacimiento.

Si no se notifica oportunamente, **La Positiva** tiene derecho a exigir la Declaración Jurada de Salud del niño(a), cuyo formato será entregado por La Positiva reservándose el derecho de aceptarlo o excluirlo de acuerdo a las condiciones de riesgo evidenciadas.

1.18. Donante

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

1.19. Emergencia Accidental

Accidente que requiere atención médica dentro de las 48 horas de ocurrido el evento y que pone en peligro la salud del **Asegurado** como por ejemplo:

- a) Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas, etc.
- b) Heridas cortantes de cualquier etiología.
- c) Quemaduras de cualquier etiología.
- d) Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

1.20. Endoso

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

1.21. Enfermedad

Alteración en la salud regular y normal del **Asegurado** que ocasione una condición anómala y/o patológica que amerite atención, tratamiento médico y/o quirúrgico y se encuentre dentro de la cobertura de esta póliza de seguro.

1.22. Enfermedad Congénita

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

1.23. Enfermedad Hereditaria

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

1.24. Gastos cubiertos bajo el beneficio máximo anual por persona

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

1.25. Inicio del Seguro

Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares de la póliza para cada **Asegurado** a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujetos los períodos de carencia y espera establecidas en la presente póliza, así como al pago de la prima correspondiente de acuerdo a lo establecido en el numeral 2.2. de la presente póliza.

1.26. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

Son los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos, que tienen como objetivo la prestación de servicio de salud. Estas instituciones son acreditadas, autorizadas, categorizadas y registradas, de

acuerdo a los dispositivos legales vigentes e involucra a los Centros médicos, Centros de salud, Clínicas, Consultorios, Hospitales, Institutos, Policlínicos y Puestos de salud.

1.27. Medicamento necesario o Necesidad Médica

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

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

1.28. Período de beneficio

Lapso de un (1) año a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y continúa por períodos sucesivos de un (1) año contados a partir de las fechas respectivas de renovación.
Se encuentra estrictamente ligado y restringido al periodo de vigencia de la póliza.

1.29. Período de Carencia

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

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

1.30. Periodo de Espera

Aquel periodo de días calendario contados a partir del inicio de vigencia de la póliza establecida en las Condiciones Particulares, durante el cual La Positiva no cubre determinados riesgos establecidos en la presente póliza. Los periodos de espera son los siguientes:

- a) El periodo de espera para el Beneficio de Maternidad será de 18 (dieciocho) meses contados a partir del inicio de la vigencia de la póliza.
- b) Solo se cubrirán después de 10 (diez) meses de incorporación en la Póliza, siempre y cuando no hayan sido pre-existentes al inicio de la misma, el tratamiento y/o cirugía relacionados con:
 - Extracción de amígdalas, adenoides y resección submucosa del septum nasal de los cornetes.
 - Cataratas, Pterigion y Glaucoma.
 - Cáncer.
 - Tumores malignos, oncológicos y Tumoraciones benignas.
 - Sinusitis.
 - Utero y/o anexos, quistes, mamas y prolapsos genitales.
 - Cirrosis Hepática.
 - Enfermedades de la próstata.

- Enfermedades de la columna vertebral.
- Hemorroides y Várices.
- Hernias de cualquier tipo.
- Diabetes, Dislipidemia y Enfermedades Metabólicas.
- Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.
- Enfermedades neurológicas, hipertensión arterial, cerebrales y cardiovasculares (con excepción de Infarto agudo al miocardio y accidente cerebro vascular).
- Artrosis, artritis y meniscopatías.
- Enfermedades de la Vesicular Biliar.
- Litiasis Vesicular, de la vía Biliar o de las vías Urinarias.
- Eventración.
- Úlcera Gastroduodenal.
- Asma, Tuberculosis e Hiperactividad bronquial.
- Procedimiento de Artroscopía.
- Procedimiento de Litotricia.
- Hiperhidrosis.

- c) El periodo de espera para Trasplante de órganos será de 24 (veinticuatro) meses contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.

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

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

1.31. Póliza

Se entiende por póliza, el presente contrato de seguro constituido por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, incluyendo la Tabla de Beneficios, las Condiciones Especiales y Endosos anexos, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante de la presente póliza.

1.32. Prima

Es la contraprestación establecida por **La Positiva** por la cobertura otorgada.

1.33. Proveedores Afiliados

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

1.34. Solicitud de Seguro

Documento en el cual el **Asegurado** solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, el cual incluye la respectiva Declaración Jurada de Salud.

1.35. Suma Asegurada

Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor máximo por el cual **La Positiva** se responsabiliza para el pago de la indemnización en caso de siniestro. Cuando se mencione que la suma o valor asegurado es un límite agregado anual significará que es el monto máximo que **La Positiva**

puede indemnizar por uno o varios siniestros, dentro del plazo de vigencia contratado.

1.36. Siniestro

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

1.37. Tabla de Beneficios

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

1.38. Trasplante de órganos y/o tejido

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

1.39. Terapia médica experimental

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

- La terapia para la condición médica particular, no es aprobada por la FDA (Food and Drug Administration – Agencia del Gobierno de Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, suplementos alimenticios, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y productos hemáticos).
- La terapia no cumple con los niveles de evidencia Ia y IIa bajo el parámetro de la Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a las guías (National Guideline Clearinghouse) de la Agency for Health Care, Research and Quality de los EE.UU.
- La terapia está sujeta a:
 - a) Protocolo de investigación escrito.
 - b) Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.
 - c) Ensayos clínicos en fase I y II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase II, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS).

1.40. Usual, Acostumbrado y Razonable

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

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

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

CAPITULO II **BASES DEL CONTRATO**

2.1. Contratantes

La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y el Contratante.

2.2. Inicio de la cobertura

Adicionalmente a los periodos de carencia o espera que pueda establecer la póliza contratada, las partes acuerdan de conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4º de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

2.3. Pago de primas

2.3.1 El **Contratante o Asegurado** se encuentra obligado a pagar la prima establecida en el lugar, forma y oportunidad acordada en la Póliza de Seguro o Certificado de Seguro, respectivamente.

2.3.2. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida origina la suspensión de las coberturas una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento pactada en el convenio de pago. La Positiva deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y/o Contratante el incumplimiento incurrido y sus consecuencias, al domicilio declarado en la presente póliza o certificado de seguro, indicando el plazo que tiene para pagar la prima antes que se produzca la suspensión antes mencionada. La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que se haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al periodo corrido en el contrato. Durante el periodo en que la cobertura se mantenga suspendida, La Positiva puede optar por la resolución del contrato de seguro, o del certificado de seguro en aquellos casos de pólizas grupales, para lo cual deberá remitir una comunicación por medio escrito al Contratante o Asegurado respectivamente, al domicilio consignado en la Póliza o a través del medio de comunicación acordado, informando tal decisión. Producida la resolución por falta de pago, La Positiva quedará liberada de toda responsabilidad y procederá a la liquidación de la prima correspondiente a prorrata por el periodo en que la cobertura estuvo vigente.

2.3.3. Producida la suspensión de la cobertura, La Positiva no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La cobertura solo podrá rehabilitarse en tanto La Positiva no haya manifestado su voluntad de resolver el contrato de seguro o certificado de seguro, según corresponda, debido a la falta de pago.

2.3.4 Si La Positiva no reclama el pago de la prima adeudada por el Contratante o Asegurado transcurridos los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de la cuota vencida con mayor antigüedad, el contrato de seguro o certificado de seguro, según corresponda queda extinguido de pleno derecho.

2.35 Los corredores de seguros, salvo disposición legal diferente, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de La Positiva. El pago hecho por el Asegurado al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de La Positiva o a la entidad financiera autorizada por La Positiva para recaudar el pago.

2.3.6. La Positiva puede compensar la prima pendiente de pago, contra cualquier indemnización derivada de la presente póliza a favor del **Asegurado**. En caso de siniestro que consuma el total de la Suma

Asegurada, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse su pago a la indemnización correspondiente. Cuando ocurriese un siniestro cuyo monto indemnizable supere el valor de la prima, estando ésta en todo o en parte insoluta, **La Positiva** podrá dar por vencidos todos los plazos concedidos y exigir la cancelación del importe adeudado, deduciendo los intereses no devengados. En caso la indemnización deba ser cancelada directamente al Asegurado, este autoriza a **La Positiva** a descontar de la misma el importe de la prima adeudada.

2.4. Aceptación y conformidad a las condiciones

2.4.1. Si el contenido de la presente póliza no concordara con lo solicitado por el **Contratante**, éste podrá formular observaciones y solicitar las modificaciones correspondientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la póliza le hubiera sido entregada a él o al corredor de seguros que lo represente. Para estos efectos, **La Positiva** se encuentra obligada a remitir al **Contratante**, en documento aparte de la presente póliza, el detalle de las diferencias que puedan existir entre esta última y la solicitud de seguro, indicando expresamente que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Transcurrido el plazo de treinta (30) días sin que mediara observación del **Contratante** o de su corredor de seguros, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida.

2.4.2. La(s) solicitud(es) de modificación(es) realizada(s) por el **Contratante** durante la vigencia del seguro, se entienden como la(s) propuesta(s) de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, según sea el caso, y no obligan a **La Positiva**, hasta que ésta comunique por escrito al **Contratante** o corredor de seguros su aceptación de la propuesta. De aceptar **La Positiva** la propuesta de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, se emitirá un endoso o nueva póliza, según sea el caso.

2.4.3. El **Contratante** tendrá derecho al reembolso de toda suma pagada en exceso por concepto de prima, incluso a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus propias declaraciones, únicamente en caso formule la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los numerales precedentes y ésta sea aceptada y comunicada por **La Positiva**. En los demás casos, la prima se entiende válidamente pagada a **La Positiva**.

2.4.4. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas. El término "mecanografiadas" incluye a las impresas mediante el uso de ordenadores cualquiera que fuere la calidad de impresión.

2.4.5 Las modificaciones que se produzcan a la presente póliza durante su vigencia, deberán ser autorizadas por escrito por el **Contratante** o su representante legal, dentro del plazo de treinta (30) días calendario de haber sido comunicada por **La Positiva**. La falta de autorización expresa por parte del **Contratante** dentro del plazo antes mencionado implica la no aceptación de las modificaciones propuestas por **La Positiva** y por ende la subsistencia del presente contrato en sus condiciones originales hasta el término de su vigencia.

2.5 Importancia de la veracidad de las declaraciones del Asegurado

El **Contratante** y/o **Asegurado** está(n) obligado(s) a declarar a **La Positiva**, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozca, que pudieran haber impedido la celebración de este último o modificar sus condiciones. La exactitud de las declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para **La Positiva**. La reticencia o declaración inexacta por parte del **Contratante** y/o **Asegurado** de hechos o circunstancias conocidas por este último que pudieran impedir la celebración del contrato o modificar sus condiciones es causal de nulidad siempre y cuando medie dolo o culpa inexcusable.

Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a **La Positiva** adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden

determinar el rechazo de la solicitud de cobertura y/o cancelación de la póliza, o la modificación de la misma.

2.6 Firmas autorizadas

La copia de la póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de **La Positiva** y por el **Contratante** o su representante legal, quien deberá devolver bajo responsabilidad, un ejemplar a **La Positiva** debidamente firmado.

2.7 Nombramiento de un Corredor de Seguros

El **Asegurado** podrá nombrar un corredor de seguros, quien se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración, mas no de disposición, con sujeción a lo indicado en la carta de nombramiento, vinculados a sus intereses en la póliza.

2.8 Avisos y comunicaciones

2.8.1. Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, en el domicilio o correo electrónico señalado en la póliza, o alternativamente por el otro medio de comunicación que ambas partes acuerden, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

2.8.1.2.8.2. Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y **La Positiva** surten todos sus efectos en relación al **Asegurado**, con las limitaciones previstas en el marco legal vigente.

2.9 Agravación del riesgo

El **Asegurado** o el **Contratante**, en su caso, deben notificar por escrito a **La Positiva** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por este al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo harían en condiciones más gravosas. Comunicada a **La Positiva** la agravación de riesgo, esta manifestará en el plazo de 15 días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlo o resolverlo.

Si **La Positiva** decide resolver el contrato ante la agravación de riesgo declarada, corresponde a favor de la misma, la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si el **Asegurado** o el **Contratante** no comunican en forma oportuna la agravación del riesgo, **La Positiva** tendrá derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si a la fecha de ocurrencia del siniestro, el **Asegurado** o el **Contratante** omitieron comunicar la agravación del riesgo con antelación, **La Positiva** queda liberada de toda obligación de pago, si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El **Contratante** o **Asegurado**, incurran en la omisión o demora, sin culpa inexcusable.
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de **La Positiva**.
- c) Si **La Positiva** no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo de 15 días.
- d) **La Positiva** conozca la agravación, al tiempo que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos de los incisos a), b) y c), **La Positiva** tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiera cobrado al **Contratante** o **Asegurado**, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

2.10 Resolución de contrato de seguro

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, el Contratante y/o Asegurado podrán resolver el presente contrato de seguro o Certificado de Seguro, mediante comunicación escrita que cursará con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación a La Positiva.

La resolución no afecta los derechos devengados a favor del Asegurado durante la vigencia de la póliza o certificado de seguro en particular en aquellos casos que quien ejerza el derecho de resolución sea el Asegurado de una póliza grupal.

Si el contrato de seguro es resuelto por decisión de La Positiva, se devolverá al Asegurado la parte de la prima no devengada proporcionalmente al tiempo que no haya tenido cobertura.

Si el Asegurado opta por la resolución del contrato, La Positiva tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido.

2.10.1 El contrato de seguro o certificado de seguro, según sea el caso, quedará resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza o Certificado de Seguro respectivamente, cuando se haya incurrido o se produzca alguno de los siguientes supuestos que expresamente son convenidos por las partes como causal de resolución del contrato de seguro:

- a) Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.
- b) Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- c) Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada por escrito oportunamente por el Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- d) Por ocultamiento intencional por parte del Contratante y/o Asegurado de información necesaria para la evaluación y valorización de los daños, así como de las causas y consecuencias del siniestro. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- e) El Contratante no acepte la propuesta formulada por La Positiva de ajuste de primas y/o cobertura al haber descubierto ésta antes de ocurrido un siniestro, la reticencia y/o declaración inexacta no dolosa por parte del Contratante y/o Asegurado sobre circunstancias que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones de haber sido conocidas por La Positiva.

Constatada la reticencia y/o declaración inexacta, que no obedezcan a dolo ni a culpa inexcusable, La Positiva remitirá en el plazo de 30 días computados desde la referida constatación, comunicación al Contratante, ofreciéndole la revisión del contrato de seguro, (ajuste de primas y/o coberturas). El Contratante tiene un plazo de 10 días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de la revisión realizada.

A falta de aceptación de la revisión, La Positiva puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de 30 días computados desde el vencimiento del plazo de 10 días fijado en el párrafo anterior.

En el supuesto de resolución señalado en el presente inciso e) el Contratante o Asegurado está obligado a pagar la prima devengada hasta el momento en que se efectuó la resolución calculada a prorrata.

- 2.10.2 En los casos en que la cobertura del seguro se encuentre suspendida por incumplimiento en el pago de las primas por parte del Contratante o Asegurado con convenio de pago individual por certificado, La Positiva puede optar por la resolución de contrato, no siendo responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. El contrato de seguro se considera resuelto transcurridos treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante o Asegurado con convenio de pago individual por certificado, recibe una comunicación escrita de La Positiva informándole sobre esta decisión. Cuando la resolución se produce por incumplimiento en el pago de la prima, La Positiva tiene derecho al cobro de la misma, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- 2.10.3 En caso el Contratante y/o Asegurado, o quién actúe en su representación, con su conocimiento, obstaculice el ejercicio de los derechos de investigación de La Positiva, no permitiendo el acceso a información, documentación o evaluación médica necesaria; el contrato y/o certificado de seguro podrán ser resueltos de pleno derecho por La Positiva, debiendo para ello comunicar por escrito y previamente al Contratante o Asegurado el ejercicio de la presente cláusula resolutoria, de conformidad con lo establecido en el Código Civil. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.
- 2.10.4 El contrato de seguro podrá ser resuelto sin expresión de causa por el Contratante, debiendo este comunicar tal decisión a La Positiva con una antelación no menor a treinta (30) días calendario. La comunicación podrá realizarse utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que los utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante opta por la resolución del contrato, La Positiva tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. En los seguros grupales, el Asegurado tiene derecho a resolver el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento.

En los supuestos en que corresponda a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso a La Positiva, esta será cancelada al Contratante dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de resolución, debiendo éste entregarla a los asegurados en caso corresponda.

- 2.10.5 Son aplicables todas las disposiciones contenidas en los numerales precedentes como causales de resolución de los Certificados de Seguro emitidos bajo un seguro grupal. Para dichos efectos, la resolución será comunicada por escrito a los Asegurados Titulares en los domicilios o correo electrónico señalados en el Certificado de Seguro, sin perjuicio de la comunicación que se realice al Contratante

2.11 Causas de nulidad del contrato de seguro

- a) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que hubiesen impedido la celebración del contrato de seguro o modificado sus condiciones si La Positiva hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, siempre que medie dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. En este supuesto, La Positiva tendrá derecho a retener el íntegro de la prima del primer año de duración del contrato a título indemnizatorio. La Positiva dispone de un plazo de 30 días para invocar la nulidad, plazo que debe computarse desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.
- b) Si hubo intención manifiesta del Asegurado o el Contratante al momento de la contratación, de enriquecerse a costa del presente contrato de seguro.
- c) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- d) Cuando al tiempo de la celebración del contrato se habría producido el siniestro o habría desaparecido la posibilidad que se produzca.

- 2.11.1 En cualquiera de los casos previstos en el presente numeral, el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario de una póliza individual o grupal no gozarán de cobertura bajo la presente póliza y en consecuencia, no podrán reclamar cualquier beneficio, cobertura, gasto y/o indemnización relacionada con la misma.
- 2.11.2 Si el Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario de una póliza individual o grupal hubieran cobrado cualquier suma correspondiente a un siniestro cubierto bajo la presente póliza, y luego se revelara que ésta es nula conforme a lo dispuesto en el marco legal que regula el contrato de seguro, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario quedarán automáticamente obligados a devolver a La Positiva toda suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos que pudieran corresponder.
- 2.11.3 En los supuestos comprendidos en los numerales 2.11 b) c) y d) La Positiva procederá a la devolución de la prima, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de nulidad del contrato.
- 2.11.4 Son aplicables todas las disposiciones contenidas en los numerales precedentes como causales de nulidad de los Certificados de Seguro emitidos bajo un seguro grupal. Para dichos efectos, la comunicación a través de la que se invoque la nulidad, será comunicada por escrito a los Asegurados Titulares en los domicilios o correo electrónico señalados en el Certificado de Seguro, sin perjuicio de la comunicación que se realice al Contratante. El procedimiento para la devolución de prima en los casos que corresponda, será el mismo que se señala en el numeral 2.11.3.
- 2.12 Caso de reclamo fraudulento
El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los gastos reclamados o emplea medios falsos para probarlos.
- 2.13 Deducciones por otros seguros
En el caso de que el titular y dependientes tuvieran otros seguros con los mismos beneficios, podrán tramitar los reintegros correspondientes, siempre que la sumatoria de lo cubierto por esta póliza y lo recuperable por otras fuentes, no supere el total del gasto incurrido.
- 2.14 Renovación del seguro
2.14.1 La renovación del contrato de seguro es automática, y bajo las mismas condiciones en que fue emitida para el periodo anterior, siempre que expresamente las Condiciones Particulares de la óliza así lo contemplen.
- 2.14.2 El contrato de seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el periodo anterior. Cuando **La Positiva** considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato de seguro deberá cursar aviso por escrito al **Contratante** detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El **Contratante** tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por **La Positiva**. En este último caso, **La Positiva** debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones.
- 2.15 Solución de Controversias
Las partes podrán recurrir a la vía judicial para la solución de las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato.

Sin perjuicio de lo señalado, ocurrido el siniestro y de superarse los límites económicos previstos por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP, las partes podrán pactar someter a Arbitraje de Derecho toda discrepancia, controversia, reclamación o litigio entre La Positiva y el Contratante y/o el Asegurado y/o sus Cesionarios y/o los Beneficiarios de esta Póliza, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la interpretación, cumplimiento de los acuerdos y pactos contenidos en éste contrato, terminación e invalidez del contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de La Positiva, o por cualquier otra causa

El Tribunal Arbitral estará conformado por tres (3) árbitros los que deberán ser abogados con no menos de tres (3) años de reconocida experiencia en materia de seguros, de los cuales cada una de las dos partes designará a uno de sus miembros y éstos de común acuerdo nombrarán el tercer árbitro y Presidente de Tribunal Arbitral.

Si las partes no se pusieran de acuerdo en un plazo de treinta (30) días, cualquiera de ellas podrá solicitar su designación a la Cámara de Comercio de Lima, la cual para el indicado propósito presentará una terna de tres (3) abogados especialistas en la materia. Cada una de las partes podrá observar, sin expresión de causa, a uno de los miembros propuestos, nombrando la citada entidad al tercer Árbitro y Presidente entre quienes no hubieran merecido observación alguna.

Dentro de los treinta (30) días posteriores a la constitución del Tribunal, las partes de común acuerdo deberán establecer las reglas a las que sujetará el proceso. De no ponerse de acuerdo en el indicado plazo cada una de las partes presentará su propuesta por escrito al Tribunal dentro de los cinco (5) días del vencimiento del indicado término el que en un plazo no mayor de quince (15) días determinará en forma definitiva las reglas a las que se sujetará el proceso correspondiente.

Queda expresamente convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, está en suspenso el derecho que pudiese tener el Asegurado para cobrar el importe de la indemnización, de manera que en ningún caso y por ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

Cada parte pagará los honorarios profesionales del árbitro que designe y ambas partes a prorrata cubrirán los honorarios del Presidente del Tribunal y los auxiliares de justicia que intervengan. Los costos y gastos del arbitraje, serán de cargo de la parte vencida, salvo decisión distinta del Tribunal.

El Laudo Arbitral podrá ser revisado por el Poder Judicial con arreglo a lo dispuesto en la legislación vigente.

2.16 Defensoría del Asegurado

El **Contratante**, el **Asegurado** y/o beneficiario expresamente identificado en la póliza tiene el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre él y **La Positiva**, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable por parte de **La Positiva** pero no del **Asegurado** quien mantiene inalterable su derecho de recurrir a otras instancias.

2.17 Domicilio

Para los efectos del presente contrato, **La Positiva** y el **Contratante y/o Asegurado** y/o sus cesionarios y/o beneficiarios señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en la póliza, lugares donde se harán válidamente todos los avisos y notificaciones. Si **La Positiva**, el **Contratante** y/o el **Asegurado** cambiaran de domicilio, deberá comunicar tal hecho a su contraparte por escrito. Todo cambio de domicilio que se verifique sin cumplir este requisito, carecerá de valor y efecto para este contrato de seguro.

2.18 Prescripción liberatoria

Los beneficios derivados de la presente póliza prescriben en los plazos establecidos en el marco legal vigente aplicable a la materia.

2.19 Tratamiento de datos personales

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el **Asegurado** queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de **La Positiva**, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Positiva utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, **La Positiva** utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al Asegurado información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El **Asegurado** reconoce y acepta que **La Positiva** podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el **Asegurado** son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el Asegurado decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte **La Positiva**.

Conforme a ley, el **Asegurado** está facultado a ejercer los derechos de: información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

2.20 Criterios y procedimientos para la actualización de la prima

Al finalizar el período anual de contratación del seguro, las primas serán reajustadas:

- Como mínimo en función al índice de inflación señalado en el grupo N° 5 de Cuidado y Conservación de la Salud para Lima Metropolitana que publica el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, para el período materia de evaluación y
- Adicionalmente cuando el Índice de Siniestralidad sea mayor al 63%. En este caso la nueva prima comercial será calculada según la siguiente fórmula:

$$\text{Nueva Prima Comercial} = (\text{Recargo en las primas}) (\text{Prima Comercial})$$

$$\text{Recargo en las primas} = (\text{Índice de Siniestralidad obtenido} / 63\%)$$

Donde:

- **Índice de Siniestralidad** = Cociente que resulta de dividir el total de siniestros entre el total de la prima comercial del período anual inmediato anterior a la fecha de evaluación.
- **Total de siniestros** = Corresponden a los siniestros pagados, los pendientes por pagar, los que se encuentren en proceso de facturación por parte de las establecimientos de salud.
- **Total de la prima** = Corresponde al total de la prima comercial (sin incluir IGV)

2.21 Tratamiento de Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como

mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La cobertura de preexistencias en los seguros de salud no se restringe a una sola empresa de seguros, sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano.

En tal sentido, se encuentran cubiertas bajo la presente póliza, toda aquella condición preexistente que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente.

El asegurado y/o beneficiario podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema asegurador peruano, aplicándose lo señalado en el párrafo precedente.

2.22 Derecho de Arrepentimiento

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto fuera de los locales comerciales de La Positiva o de quienes se encuentren autorizados a operar como corredores de seguros, el Contratante de un seguro individual o Asegurado, de un seguro grupal podrá resolver el contrato de seguro o certificado de seguro respectivamente, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario, contado desde que el Contratante o Asegurado recibe la póliza o nota o cobertura provisional, o certificado de seguro, respectivamente. Este derecho se puede ejercer a través del canal de comercialización o en las oficinas donde se contrató. En caso el Contratante o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la empresa procederá a la devolución total de esta.

2.23 Asegurabilidad

2.23.1 Son condiciones de Asegurabilidad:

- El Asegurado deberá ser residente del Perú.
- No permanecer fuera del Perú durante tres (03) o más meses ininterrumpidamente por cada vigencia del Seguro.
- El límite de ingreso es de 70 años, 11 meses y 29 días con permanencia ilimitada.

2.23.2 Si el Contratante y/o Asegurado ha venido renovando la póliza de seguro o certificado de seguro, por lo menos en los últimos cinco (05) 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 Positiva modifique las primas, deducibles, proveedores afiliados, y copagos de acuerdo a los criterios y procedimientos para actualización de las primas.**

CAPITULO III **COBERTURA DEL SEGURO**

3. Cobertura del Seguro

La Positiva conforme a las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, endosos, anexos y/o cláusulas del contrato de seguro, pagará los gastos cubiertos bajo la presente póliza, hasta por las sumas fijadas como límites expresamente contratados.

El detalle sobre la forma de atención para cada una de las coberturas (crédito o reembolso) estará precisado en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de las Condiciones Particulares de la presente póliza o Certificado de Seguro, según corresponda.

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

La medicación prescrita por un médico tratante no podrá ser mayor a 30 días de tratamiento. Asimismo, se indica que las atenciones mediante el sistema de crédito deberán ser prestadas en proveedores afiliados. En dicho caso el asegurado será responsable solamente por el deducible, coaseguro y gastos no cubiertos por la póliza.

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

3.1. Cobertura de Atención Ambulatoria

Los gastos cubiertos, en exceso del deducible, siempre y cuando aplique, incurridos en relación al servicio ambulatorio, serán reconocidos conforme al porcentaje de coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

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

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.2. Cobertura de Atención Hospitalaria

Los gastos cubiertos, en exceso del deducible, siempre y cuando aplique, incurrido en relación al servicio hospitalario, serán reconocidos conforme al porcentaje de coaseguro indicado en la Tabla de Beneficios, quedando la diferencia a cargo del Asegurado. Los mismos incluyen:

- Habitación unipersonal y alimentación (incluyendo dietas especiales), en un hospital o clínica autorizada como tal por el Ministerio de Salud y/o organismos competentes.
- Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario, por ayudantía y por anestesiólogo.
- Sala de operaciones, anestesia, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes, análisis de laboratorio, oxígeno, radioterapia, tomografías, ecografías, resonancia magnética, fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.
- Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. Este servicio ofrece un desayuno, un almuerzo y una cena al día, servidos por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento, para pacientes menores de 18 años y mayores de 60 años. Este beneficio no aplica para Maternidad, solo se brindará en Perú en cualquier red de clínicas y solo por el sistema de crédito. Para internamientos por tratamiento oncológico el servicio será brindado sin tomar en consideración la edad del paciente.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.3. Emergencia Accidental

Ampara al 100% los gastos ambulatorios de emergencias accidentales, incurridos durante las primeras 48 horas de ocurrida la emergencia, siempre que el Asegurado no requiera la hospitalización, en cuyo caso serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de la Cobertura de Atención Hospitalaria.

Los controles posteriores de una emergencia accidental ambulatoria, serán cubiertos al 100% siempre que se continúe en tratamiento en la misma clínica y hasta un plazo máximo de 90 días.

Queda entendido que si a causa de un accidente el Asegurado tuviera que hospitalizarse los gastos cubiertos derivados del accidente serán reconocidos como una hospitalización normal.

Se consideran emergencias accidentales:

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

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.4. Cirugías Ambulatorias

Las intervenciones quirúrgicas menores, que no requieran hospitalización, realizadas en consultorio, se cubrirán como gastos ambulatorios, sin aplicación del deducible.

Los gastos cubiertos, incurridos en relación al servicio ambulatorio, serán reconocidos conforme al porcentaje indicado en la Tabla de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares y hasta los límites indicados en ella, quedando la diferencia a cargo del Asegurado.

Los mismos incluyen:

- Honorarios médicos por cirugía ambulatoria por ayudantía y por anestesista.
- Sala de operaciones, anestesia, isótopo, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.5. Transporte por Evacuación por Emergencia

El transporte por evacuación se cubrirá si y solo si el Asegurado requiere tratamiento médico quirúrgico y no exista la capacidad profesional o resolutive en el establecimiento de salud en donde se encuentre. La Positiva pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea aérea comercial autorizada de pasajeros dentro del territorio peruano bajo las siguientes condiciones:

- 3.5.1. Para cualquier traslado de emergencia se requerirá previamente una coordinación entre el equipo médico de La Positiva con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar, según la evaluación de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre o avión de línea comercial autorizada) hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado.
- 3.5.2. Luego de validarse la necesidad del traslado de emergencia, el médico tratante deberá coordinar con el médico que recibirá al asegurado según las normas de referencia y contra-referencia del Ministerio de Salud (Minsa).
- 3.5.3. En el caso de traslado por avión de línea aérea comercial autorizada por emergencia, se cubre por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (solo por motivos de evacuación) previa coordinación y aprobación de La Positiva.
- 3.5.4. En caso de traslado de emergencia se cubrirán los gastos de transporte mediante reembolso de un acompañante o un profesional de salud cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demanden la asistencia de un profesional de la salud con la limitación señalada en el numeral precedente.
- 3.5.5. Se cubren los retornos del asegurado, acompañante o profesional de la salud.
- 3.5.6. No se consideran traslados por emergencia, por lo tanto no se cubren los gastos en los siguientes casos: Para realizarse exámenes auxiliares (laboratorio e imágenes), terapia física y rehabilitación.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.6. Consulta Médica a Domicilio

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el Asegurado y comprende lo siguiente:

Consulta Médica a Domicilio Regular. Se otorgará exclusivamente para enfermedades ambulatorias las mismas que se indican en la Tabla de Beneficios. Los gastos cubiertos de las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán reconocidos de acuerdo a las condiciones ambulatorias de su plan de salud contenido en la Tabla de Beneficios que forma parte integrante de la presente póliza.

En caso de que el Asegurado desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse llamando a Línea Positiva de acuerdo a lo indicado en su Tabla de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.7. Maternidad

Ampara los gastos cubiertos efectuados a consecuencia del embarazo, incluyendo el control de gestación y el parto, sea éste normal o con cesárea quirúrgica, siempre y cuando ésta sea médicamente necesaria, incluyendo los gastos cubiertos para el recién nacido, por concepto de sala de bebés, medicinas y consultas del médico pediatra.

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

También están cubiertos por este beneficio, los casos de aborto y/o amenaza de aborto no provocados intencionalmente. Se considera aborto y/o amenaza de aborto el producido hasta el sexto mes de embarazo.

Las consultas, análisis, la estimulación temprana, psicoprofilaxis y ecografías pre natales, así como el parto múltiple y las complicaciones orgánicas y quirúrgicas del embarazo también se encuentran cubiertas por este beneficio.

Solo podrán gozar de este beneficio, las mujeres aseguradas mayores de edad como titulares o dependientes (Cónyuge, conviviente o pareja declarada al momento de contratar el seguro). No están cubiertos los gastos de las hijas calificadas como dependientes.

Esta cobertura entrará en vigencia después de dieciocho (18) meses continuos de estar asegurada.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.8. Cobertura por Enfermedades Crónicas

Se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Este tipo de enfermedades podrían requerir y/o necesitar supervisión médica constante, medicación y otros exámenes o procedimientos necesarios. Ejemplos de enfermedades crónicas serían: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, entre otras.

Los pacientes deben solicitar su ingreso a través de Línea Positiva.

El servicio es brindado a domicilio. Está restringido a ciertas ciudades y límites geográficos en Lima.

No existe reembolso para este beneficio.

No se cubren complicaciones ni consecuencias de las mismas.

Sólo se cubrirán las enfermedades crónicas señaladas en la Tabla de Beneficios.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en la tabla de beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.9. Odontología

Este beneficio cubre solamente los siguientes tratamientos:

- Examen oral inicial.

- Radiografías (Oclusal, Periapical y Bite Wing).
- Profilaxis general.
- Flúor (para menores de 12 años).
- Obturaciones - Curaciones: amalgamas simples y resinas simples.
- Exodoncias, Extracciones y Endodoncias.

Tiene un periodo de carencia de 90 días. No existe reembolso para este beneficio.
El deducible es por cada pieza tratada y terminada.
Los centros de atención serán designados por La Positiva.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.10. Oftalmología

Cubre un chequeo oftalmológico, una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada Asegurado, únicamente en los centros oftalmológicos designados por La Positiva.

La presente cobertura tiene un periodo de carencia de 90 días.

No existe reembolso para este beneficio.

Queda establecido que los Gastos cubiertos relacionados a Enfermedades o Accidentes de los ojos serán reconocidos como tratamientos ambulatorios u hospitalarios normales, según corresponda.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.11. Prótesis Quirúrgicas Internas y Material de Osteosíntesis

Cubre el valor de las prótesis internas y material de osteosíntesis quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidentes y/o enfermedades cubiertas por esta póliza, hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios. Solo se cubre la prótesis interna en casos de procedimiento quirúrgicos.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.12. Cobertura de Enfermedad(es) Congénita(s) para hijos nacidos en póliza

Este beneficio cubre solamente los gastos incurridos en la atención de aquellos recién nacidos durante la vigencia del seguro y en los que los gastos del parto fueron cubiertos por esta póliza.

La cobertura se limita a los gastos necesarios para el tratamiento de una enfermedad congénita con la aplicación de las condiciones ambulatorias y/o hospitalarias respectivamente hasta el límite máximo establecido en la Tabla de Beneficios anexa que forma parte de las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.13. Liberación del Pago de Primas

En caso que el Asegurado fallezca, mientras se encuentre amparado por esta póliza, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por este seguro, La Positiva obviará el pago de la prima en esta póliza por el lapso que faltase para concluir la vigencia anual de la póliza.

Asimismo, los dependientes deberán presentar a La Positiva las pruebas y/o documentos que ésta solicite para certificar el fallecimiento del titular con el fin de acogerse a este beneficio.

El grupo familiar registrado al momento de hacerse efectivo este beneficio continuará gozando de la cobertura de la póliza, en tanto mantengan su condición de asegurabilidad hasta concluir la vigencia anual de la póliza.

3.14. Sepelio o Cremación

La Positiva pagará en caso de fallecimiento de un Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, los gastos incurridos por los siguientes conceptos:

- Ataúd.
- Nicho perpetuo.
- Capilla ardiente.
- Cargadores y velatorio.
- Carroza.
- Carro para flores.

Las condiciones y límites de este beneficio figuran en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, según corresponda.

3.15. Evaluación Médica de Cortesía sin costo para el Asegurado

Este beneficio se otorga una sola vez previa cita. Se brinda de manera exclusiva en proveedores designados por La Positiva. El mismo incluye:

- Historia médica clínica.
- Evaluación médica clínica integral en medicina general.
- Funciones Vitales: pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial y peso.
- Examen General: aspecto general, piel y anexos, tejido celular subcutáneo, sistema linfático, sistema osteomuscular y aparato locomotor.
- Examen Regional: cabeza y cuello (oído, garganta, nariz, boca y toroides), tórax y pulmones, aparato cardiovascular, sistema vascular periférico, abdomen y aparato digestivo.
- Índice de masa corporal (sobrepeso).
- Electrocardiograma en reposo.
- Espirometría (medición de capacidad pulmonar).

CAPITULO IV
EXCLUSIONES DEL SEGURO

4. No se activará ninguna cobertura de la presente póliza y La Positiva no pagará ningún gasto en los siguientes supuestos:

4.1. Accidentes aéreos en aviones privados

Gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados. Sólo se cubren cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.

4.2. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Gastos por lesiones o enfermedades que sean consecuencia de accidentes de trabajo y/o las enfermedades profesionales, así como cualquier otra lesión o enfermedad cuya indemnización esté garantizada por las leyes laborales.

4.3. Adicción y consumos de drogas, alcohol y otros

Gastos por accidentes y enfermedades resultantes del uso de/o la adicción a drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol y siempre que guarde relación causal con el accidente o la enfermedad. En caso de un accidente, esta póliza se rige por las disposiciones legales actualmente vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de

metabolización del alcohol por el organismo por hora. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.

Asimismo se excluye lesiones a consecuencias de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia vigente para hacerlo

4.4. Ansiolíticos y antidepresivos

Gastos efectuados por psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antiesicóticos, psicoestimulantes, nootrópicos, psicotrópicos, anfetamínicos, derivados y afines).

4.5. Vacunas, Vitaminas, minerales y otros

Gastos relacionados a: Vacunas específicas o inespecíficas, tratamientos preventivos de enfermedades y/o estimulantes (Ej. eritropoyetina), Vitaminas, Minerales, Suplementos y/o complementos alimenticios y/o nutricionales, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes (flora intestinal y otros), energizantes y estimulantes de las funciones intelectuales cerebrales.

Gastos relacionados a: Medicina biológica (medicamentos, insumos, implantes u otro material de origen biológico), inmunoglobulinas e inmunoterapia, leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal) a base de plantas o hierbas y medicina homeopática, tónico cerebral, hepatoprotectores, hemostáticos, venoactivos, o las llamadas fórmulas magistrales y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.

Gastos relacionados a: Productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos.

Gastos relacionados a: Medicamentos para tratamientos a la dependencia del alcohol, tabaco y/o drogas ilícitas.

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

4.6. Aparatos ortopédicos, braqueros, muletas y similares.

Aparato y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas y dentales, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil, presión positiva continua de vía aérea – CPAP) audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de apnea obstructiva de sueño, narcolepsia o insuficiencia cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

4.7. Chequeo médico sin diagnóstico o síntomas

Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico, despistaje y/o descarte de enfermedades en una persona sin diagnóstico o síntomas de enfermedad. Se excluye a su vez medicina preventiva, así como todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.

4.8. Cirugía plástica o estética y tratamientos de embellecimiento

Gastos por cirugía plástica o estética y tratamientos para fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza. Se excluye también el tratamiento y/o consecuencias de melasma, várices con fines estéticos y escleroterapia en varices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso.

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

- 4.9. Cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes
Gastos por cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza. Se entiende como cirugía plástica reparadora aquella usada con el fin de subsanar defectos de orden funcional, como por ejemplo la desviación del septum nasal, etc.
- 4.10. Condiciones cerebrales
Gastos relacionados a los cuidados médicos y personales en caso de senilidad, demencia o trastornos o pérdida de la función cognitiva.
- 4.11. Condiciones preexistentes
Gastos relacionados a Condiciones Preexistentes, las complicaciones de Condiciones preexistentes, salvo disposición legal en contrario.
- 4.12. Consecuencias de accidente previo a la contratación del seguro
Gastos que sean consecuencia directa o indirecta de un accidente previo a la contratación de este seguro.
- 4.13. Consecuencias de uso fármacos sin prescripción médica o en forma contraria a la prescripción médica
Gastos efectuados como consecuencia del inicio del tratamiento en fecha distinta a la señalada por el médico tratante, originados por negligencia del propio Asegurado en perjuicio de su rehabilitación; asimismo los gastos efectuados como consecuencia del uso de medicamentos sin prescripción médica. De igual forma no se cubren los gastos por uso o consecuencia el uso de fármacos para tratamientos y/ o cirugías no cubiertos por esta póliza.
- 4.14. Control del niño sano
Se excluyen todos los gastos relacionados con el control del niño sano a excepción de los beneficios indicados en las Condiciones Particulares. Los gastos generados para el procedimiento de fimosis o circuncisión, solo se brindará mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto.
- 4.15. Cuidados del acompañante y objetos de confort personal
Gastos por cuidados del acompañante del Asegurado hospitalizado y/o artículos personales como papel higiénico, termómetro, toallas, pañales, biberón, leche, pulsera de identificación. Se excluye a su vez el alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipo para ejercicios.
- 4.16. Curas de reposo y trastornos nerviosos y mentales
Salvo que este expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, se excluye las curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y trastornos funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas de lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático).

- 4.17. Dermatología
Gastos ocasionados por tratamiento de acné, incluyendo gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo y protectores solares aun si son por prescripción médica.
- 4.18. Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)
Todo tratamiento por trastornos de la articulación temporomandibular o maloclusión. Asimismo se excluye trastornos cráneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura.
- 4.19. Enfermedades congénitas y hereditarias
Salvo que este expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, se excluye los gastos a consecuencia directa o indirecta de una enfermedad congénita y enfermedad hereditaria. Asimismo no están cubiertos las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- 4.20. Enfermeras privadas
Gastos por cuidado de enfermeras privadas, a excepción de las primeras cuarenta y ocho (48) horas, posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que exista una autorización y/o prescripción médica y previa coordinación con La Positiva.
- 4.21. Gastos en el extranjero
Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubre los gastos efectuados en el extranjero.
- 4.22. Gastos excesivos
Gastos que excedan los límites razonables y acostumbrados, que no sean médicamente necesarios o gastos por los cuales no se han hecho cargos, o gastos por los que un Asegurado no está legalmente obligado a pagar.
- 4.23. Gastos posteriores al fin de vigencia de la póliza
Cualquier gasto médico incurrido o que se generen después de la fecha de expiración del contrato.
- 4.24. Lesiones autoinfligidas
Gastos por lesiones autoinfligidas o consecuencia de un estado de insania mental, suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de defensa propia.
- 4.25. Lesiones por actos militares entre otros
Gastos por lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa en servicio militar, actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.
- 4.26. Lesiones a causa de accesorios externos estéticos y tatuajes
Gastos relacionados a complicaciones generadas a partir de la colocación de accesorios estéticos externos (tipo Piercings) o a la realización de tatuajes.
- 4.27. Lesiones por práctica de deportes notoriamente peligroso y/o por ser profesional en la práctica de un deporte

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

4.28. Lesiones o enfermedades por terapias de radiación

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

4.29. Queratotomía radial, cirugía correctiva ocular y aditamentos para la vista y audición

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

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

4.30. Sangre y Plasma

Compra de sangre y derivados, plasma, plaquetas y paquetes globulares dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente trasfundidas por su necesidad médica. Se cubre máximo 3 pruebas de donantes al año por asegurado.

4.31. Servicios médicos proporcionados por un pariente

Gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.

4.32. Siniestros cubiertos por error

Si La Positiva hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en la presente póliza y posteriormente detectase dicha situación, no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura.

4.33. Suministros y/o servicios no prescritos médicamente

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

4.34. Trastornos de conducta y aprendizaje

Gastos por conceptos de trastornos de conducta y aprendizaje, desarrollo psicomotor, déficit de atención entre otros trastornos psicológicos.

4.35. Tratamientos de medicina alternativa y experimentales

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

- 4.36. Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización
Gastos por tratamiento de obesidad o raquitismo y/o de fertilización o esterilización, crecimiento, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.
- 4.37. Tratamiento por Trastornos de los pies
Gastos por tratamiento de callosidades, pie plano, cuidado podiátrico y otros similares.
- 4.38. Trasplantes de órganos y tejidos
Se excluye los gastos por servicios médicos suministrados en relación con, o como resultado de, cualquier trasplante de órgano o de tejido que originalmente no estuvo cubierto bajo esta póliza y se excluye cualquier gasto por el concepto de compra de órganos.
- 4.39. Unidades de calefacción y artefactos eléctricos
Gasto por alquiler de unidades de calefacción, teléfono y artefactos eléctricos.
- 4.40. VIH / SIDA
Tratamiento de Síndrome inmunológico deficiencia adquirida (SIDA) así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus VIH, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el VIH, SCRS o SIDA.

CAPITULO V PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO

- 5.1. Obligaciones del Asegurado:
Al ocurrir un siniestro, el Asegurado, o Contratante, o Beneficiario o la persona que esté actuando en su representación deberá:
Informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro de los siete (7) días calendarios siguientes a la fecha de ocurrido el siniestro o de que se tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo o del beneficio correspondiente, llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias al teléfono 74-9000 o 0800-1-0800 ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional o solicitando la cobertura respectiva bajo sistema de créditos ante alguna IPRESS contenida en las Condiciones Particulares de su póliza. Si el Contratante o Asegurado o Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a La Positiva, esta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. El Asegurado o Beneficiario 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 Positiva haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.
- 5.1.1. Suministrar toda aquella información y pruebas documentales que La Positiva le requiera, conforme a los numerales siguientes, siempre y cuando guarden consistencia y proporcionalidad con la indemnización reclamada.
- 5.2. Procedimientos para la atención del siniestro
- 5.2.1. Comunicarse a Línea Positiva llamando al teléfono 211-0-211 o desde provincias al teléfono 74-

9000 o 0800-1-0800 ó acercarse a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional a efectos de coordinar la atención correspondiente, presentando los siguientes documentos:

5.2.2. Para la Cobertura de Sepelio o Cremación, el beneficiario deberá presentar:

- Acta o Partida de defunción original.
- Certificado de defunción original, con causal de fallecimiento.
- Fotocopia del DNI del Beneficiario.
- Testamento, sucesión intestada o declaratoria de herederos original si no hubiera beneficiarios declarados.
- Copia Certificada del Parte policial, Atestado Policial y/o Informe Policial, según corresponda.
- Protocolo de necropsia original, de haberse realizado.
- Facturas originales de gastos cubiertos.

5.2.3 Para la Cobertura de Liberación de pago de primas, el beneficiario deberá presentar en original:

- Acta o Partida de defunción.
- Certificado de defunción, con causal de fallecimiento
- Protocolo de necropsia, de haberse realizado.

5.2.4 Para todas las demás coberturas contratadas y de acuerdo a la modalidad de atención de siniestros (reembolso o crédito) el Asegurado o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación e información.

• **Sistema de Reembolso:**

Para el reembolso es necesario que se presenten las facturas respectivas y la Solicitud debidamente completada con los datos del paciente.

Las facturas deberán ser emitidas a nombre de La Positiva Seguros y Reaseguros con RUC 20100210909.

Este beneficio solo aplica para las coberturas de "Transporte por Evaluación por Emergencia" y para "Sepelio o Cremación".

• **Sistema de Créditos:**

- a. **Atención Ambulatoria:** Se otorga en los proveedores afiliados con la presentación del carnet del asegurado y/u otro documento de identidad.
El asegurado abonará el importe correspondiente al deducible y coaseguro de los gastos efectuados y de ser el caso los gastos no cubiertos por la presente póliza.
- b. **Atención Hospitalaria:** El asegurado deberá solicitar a La Positiva una carta de garantía, presentando la orden de internamiento de su médico en la que se especifique el Proveedor Afiliado, la dolencia que padece y el presupuesto de dicho proveedor afiliado correspondiente. Con la carta de garantía, podrá hospitalizarse abonando, al momento del alta, únicamente los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro a cargo del asegurado estipulado en la Tabla de Beneficios.

5.2.5 La Positiva podrá solicitar todos los documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación y liquidación del siniestro, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que los mismos guarden relación con el siniestro.

5.2.6 Todos los pagos correspondientes a gastos cubiertos por este seguro serán efectuados directamente por La Positiva a los proveedores afiliados que en exclusividad brindarán sus servicios, de acuerdo a las coberturas que se señalan en la Tabla de Beneficios anexa o a los Asegurados titulares en los casos de los reembolsos permitidos por la póliza.

5.2.7 Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado y/o Beneficiario la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, La Positiva deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del mismo; de no pronunciarse en dicho plazo se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, debiendo atenderse dentro del plazo de los 30 días siguientes de dicho consentimiento.

5.2.8 La Positiva no está obligada a otorgar adelantos a cuenta de la indemnización de siniestro. Cuando los otorgue, tal liberalidad no podrá ser interpretada como un reconocimiento del siniestro.

Si luego de otorgado un adelanto de la indemnización, resultare que el siniestro no estaba cubierto o se hubiera pagado en exceso de la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual por persona y/o Beneficio Máximo de por Vida; el Asegurado y o el Beneficiario devolverá a La Positiva el importe adelantado o en exceso, más los intereses legales, gastos y tributos a que hubiere lugar.

5.2.9 Investigación y revisión de siniestros

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

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

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

CAPITULO VI

LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO

6.1. Reducción de la Suma Asegurada

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

6.2. Subrogación

Desde el momento en que La Positiva indemniza cualquiera de los riesgos cubiertos por esta póliza, subroga al Contratante y/o Asegurado en todos sus derechos y acciones para repetir contra terceros responsables por el importe de la indemnización pagada. El Contratante y/o Asegurado responderá ante La Positiva de cualquier acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación.



Código de Registro SBS

AE0416400244

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ÍNDICE

CAPITULO I DEFINICIONES	2
CAPITULO II BASES DEL CONTRATO	3
CAPITULO III COBERTURA DEL SEGURO	11
CAPITULO IV EXCLUSIONES DEL SEGURO	14
CAPITULO V PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO	16
CAPITULO VI LA POLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO	17

CAPITULO I

DEFINICIONES

- 1.1. Accidente
Es todo evento fortuito, repentino, violento, involuntario, imprevisto y ocasional originado por una fuerza o agente externo, que ocurre durante el período de vigencia de la cobertura.
- 1.2. Aparatos Ortopédicos
Son aquellos aparatos diseñados especialmente para el tratamiento de discapacidades en algunas zonas del cuerpo
- 1.3. Asegurado
Son las personas declaradas en el condicionado particular del contrato de seguro y que se encuentran cubiertas por el beneficio de la presente Póliza.
- 1.4. Certificado de Seguro
Tratándose de Seguros de Grupo, es el documento que acredita la incorporación del asegurado a la póliza, el mismo que contiene los datos de identificación del Contratante y del **Asegurado**, la tabla de beneficios y y demás condiciones del seguro relativas al riesgo individualizado
- 1.5. Condiciones Generales
Documento que contiene el conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas que regirán el presente contrato.
- 1.6. Condiciones Particulares
Documento que contiene las estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del **Asegurado** y el beneficiario, si lo hubiere, la designación del bien asegurado y su ubicación, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago y vigencia del contrato entre otros.
- 1.7. Condiciones Especiales
Documento que contiene las estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares del presente contrato.
- 1.8. Contratante
Es la persona que celebra con **La Positiva** el contrato de seguro. Su condición puede o no coincidir con la del **Asegurado**. En ambos casos recaen sobre esta persona los derechos -si corresponde- y/u obligaciones emanados del contrato. El contratante es el único que puede solicitar modificaciones a la póliza. Asimismo es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que necesita.
- 1.9. Deducible
Importe de gastos cubiertos que será por cuenta del **Asegurado** y cuyo monto y forma se especifica en la tabla de beneficios de esta póliza.
- 1.10. Endoso
Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica alguno o algunos de los términos y condiciones de la misma o se transmite a un tercero de manera total o parcial los derechos, beneficios y/u obligaciones emanados de la presente póliza.

- 1.11. Incapacidad Temporal por Accidente
Es la situación del Asegurado que debido a un accidente está temporalmente incapacitado para realizar su trabajo.
- 1.12. Invalidez Permanente Total por Accidente
Cuando a consecuencia de un accidente, el **Asegurado** es incapaz de mover su cuerpo o ha sufrido la pérdida de sus miembros, lo que le impide realizar un tipo de trabajo por el resto de su vida.
- 1.13. Invalidez Permanente Parcial por Accidente
Pérdida por accidente de algún o algunos miembros del cuerpo que no impiden totalmente al **Asegurado** realizar algún trabajo.
- 1.12. Interés Asegurable
Es el objeto, materia o responsabilidad por la cual el **Asegurado** contrata un seguro, a fin de transferir el riesgo a **La Positiva** contra el pago de una prima.
- 1.13. Prima
Es la contraprestación establecida por **La Positiva** por la cobertura otorgada.
- 1.14. Póliza
Se entiende por póliza, el presente contrato de seguro constituido por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Tabla de Beneficios, las Condiciones Especiales y Endosos, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante del mismo.
- 1.15. Siniestro
Es la manifestación concreta del riesgo asegurado del que resultan lesiones personales o daños materiales amparados por la presente póliza.
- 1.16. Solicitud de Seguro
Documento en el cual el **Asegurado** solicita la cobertura del seguro para él y sus dependientes, la cual incluye la respectiva Declaración de Salud.
- 1.17. Suma Asegurada
Es la suma, importe, monto o valor que representa el valor de indemnización que **La Positiva** pagará en caso de siniestro cubierto por esta póliza.

CAPITULO II

BASES DEL CONTRATO

- 2.1 Contratantes
La Positiva Seguros y Reaseguros, en adelante referida como **La Positiva** y el **Contratante**.
- 2.2 Inicio de la cobertura
De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

2.3. Pago de primas

2.3.1. El **Contratante** se encuentra obligado a pagar la prima establecida en el lugar, forma y oportunidad acordada con **La Positiva**.

2.3.2. Queda expresamente establecido que la falta de pago de la prima convenida origina la suspensión de las coberturas una vez transcurridos treinta (30) días desde la fecha de vencimiento pactada en el convenio de pago. La Positiva deberá comunicar de manera cierta al Asegurado y/o Contratante el incumplimiento incurrido y sus consecuencias, al domicilio declarado en la presente póliza, o certificado de seguro en el caso de pólizas grupales, indicando el plazo que tiene para pagar la prima antes que se produzca la suspensión antes mencionada. La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que se haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato. Durante el período en que la cobertura se mantenga suspendida, La Positiva puede optar por la resolución del contrato de seguro, para lo cual deberá remitir una comunicación por medio escrito al Contratante o Asegurado en el domicilio consignado en la Póliza informándole tal decisión. Producida la resolución por falta de pago, La Positiva quedará liberada de toda responsabilidad y procederá a la liquidación de la prima correspondiente a prorrata por el periodo en que la cobertura estuvo vigente.

2.3.3. Producida la suspensión de la cobertura, La Positiva no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La cobertura solo podrá rehabilitarse en tanto La Positiva no haya manifestado su voluntad de resolver el contrato debido a la falta de pago. Si La Positiva no reclama el pago de la prima adeudada por el Contratante transcurridos los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, la póliza quedará extinguida de pleno derecho.

2.3.4. Los corredores de seguros, salvo disposición legal diferente, están prohibidos de cobrar primas y/o extender documentos de financiamiento o recibos de pago por cuenta de La Positiva. El pago hecho por el Asegurado al corredor se tiene por no efectuado mientras el importe no hubiera ingresado efectivamente al Departamento de Caja de La Positiva o a la entidad financiera autorizada por La Positiva para recaudar el pago. En el caso de que este seguro sea comercializado a través de una empresa del sistema financiero u otra persona natural o jurídica debidamente autorizada que haya suscrito un contrato de comercialización con La Positiva, los pagos efectuados por el Asegurado al comercializador se consideran abonados a La Positiva.

2.3.5. La Positiva puede compensar la prima pendiente de pago, contra cualquier indemnización derivada de la presente póliza a favor del **Asegurado y/o Beneficiario**. En caso de siniestro total que debe ser indemnizado en virtud de la presente póliza, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse su pago a la indemnización correspondiente. Cuando ocurriese un siniestro cuyo monto indemnizable supere el valor de la prima, estando ésta en todo o en parte insoluta, La Positiva podrá dar por vencidos todos los plazos concedidos y exigir la cancelación del importe adeudado, deduciendo los intereses no devengados. En caso la indemnización deba ser cancelada directamente al **Asegurado y/o Beneficiario**, este autoriza a La Positiva a descontar de la misma el importe de la prima adeudada.

2.4 Aceptación y conformidad a las condiciones

2.4.1 Si el contenido de la presente póliza no concordara con lo solicitado por el **Contratante** éste podrá formular observaciones y solicitar las modificaciones correspondientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la póliza le hubiera sido entregada al él o al corredor de seguros que lo represente. Para estos efectos **La Positiva** se encuentra obligada a remitir al **Contratante**, en documento aparte de la presente póliza, el detalle de las diferencias que puedan existir entre esta última y la solicitud de seguro, indicando expresamente que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Transcurrido ese plazo sin que mediara observación del **Contratante** o de su corredor de seguros, se tendrá por aceptada la póliza en los términos en que fuera emitida.

2.4.2 La(s) solicitud(es) de modificación(es) realizada(s) por el **Contratante** durante la vigencia del seguro, se entienden como propuestas de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, según sea el caso, y no obligan a **La Positiva**, hasta que ésta comunique por escrito al **Asegurado** o corredor de seguros su aceptación de la propuesta. De aceptar **La Positiva** la propuesta de incorporar una modificación al presente contrato o de celebrar un nuevo contrato de seguro, se emitirá un endoso o nueva póliza, según sea el caso.

2.4.3 El **Contratante** tendrá derecho al reembolso de toda suma pagada en exceso por concepto de prima, incluso a causa de errores en la emisión de la póliza originados por sus propias declaraciones, únicamente en caso formule la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los numerales precedentes y ésta sea aceptada y comunicada por **La Positiva**. En los demás casos, la prima se entiende válidamente pagada a **La Positiva**.

2.4.4 Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y estas prevalecen sobre las generales. Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas. El término "mecanografiadas" incluye a las impresas mediante el uso de ordenadores cualquiera que fuere la calidad de impresión.

2.4.5 Las modificaciones que se produzcan a la presente póliza durante su vigencia, deberán ser autorizadas por escrito por el **Contratante** o su representante legal, dentro del plazo de treinta (30) días calendario de haber sido comunicada por **La Positiva**. La falta de autorización expresa por parte del **Contratante** dentro del plazo antes mencionado implica la no aceptación de las modificaciones propuestas por **La Positiva** y por ende la subsistencia del presente contrato en sus condiciones originales hasta el término de su vigencia

2.4.6 Las modificaciones aprobadas por el **Contratante** que afecten a los **Asegurados** en una póliza grupal, serán comunicadas a los mismos al domicilio o correo electrónico establecido en el Certificado de Seguro correspondiente.

2.5 Importancia de la veracidad de las declaraciones del Asegurado

El **Contratante y/o Asegurado** está obligado a declarar a **La Positiva**, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozca, que pudieran haber impedido la celebración de este último o modificar sus condiciones. La exactitud de las declaraciones constituye la base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la póliza para **La Positiva**. La reticencia o declaración inexacta por parte del **Contratante y/o Asegurado** de hechos o circunstancias conocidas por este último que pudieran impedir la celebración del contrato o modificar sus condiciones es causal de nulidad siempre y cuando medie dolo o culpa inexcusable.

2.6 Firmas autorizadas.

La copia de la póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de **La Positiva** y por el **Contratante** o su representante legal, quien deberá devolver bajo responsabilidad, un ejemplar a **La Positiva** debidamente firmado.

Las modificaciones que se produzcan a la presente póliza durante su vigencia, deberán ser autorizadas por escrito por el **Asegurado** o su representante legal, dentro del plazo de treinta (30) días calendario de haber sido comunicada por **La Positiva**. La falta de autorización expresa por parte del **Asegurado** dentro del plazo antes mencionado implica la

no aceptación de las modificaciones propuestas por **La Positiva** y por ende la subsistencia del presente contrato en sus condiciones originales hasta el término de su vigencia.

2.7 Nombramiento de un Corredor de Seguros

El **Asegurado** podrá nombrar un corredor de seguros, quien se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración, mas no de disposición, con sujeción a lo indicado en la carta de nombramiento, vinculados a sus intereses en la póliza.

2.8 Avisos y comunicaciones

2.8.1 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción en el domicilio señalado en la póliza, o alternativamente por el medio de comunicación que ambas partes acuerden, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

2.8.2 Las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y **La Positiva** surten todos sus efectos en relación al **Asegurado**, con las limitaciones previstas en el marco legal vigente.

2.9 Agravación del riesgo

El **Asegurado** o el **Contratante**, en su caso, deben notificar por escrito a **La Positiva** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si son conocidas por este al momento de perfeccionarse el contrato, no lo celebrarían o lo harían en condiciones más gravosas.

Comunicada a **La Positiva** la agravación de riesgo, esta manifestará en el plazo de 15 días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, modificarlo o resolverlo.

Si **La Positiva** decide resolver el contrato ante la agravación de riesgo declarada, corresponde a favor de la misma, la prima proporcional al tiempo transcurrido.

Si el **Asegurado** o el **Contratante** no comunican en forma oportuna la agravación del riesgo, **La Positiva** tendrá derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Si a la fecha de ocurrencia del siniestro, el **Asegurado** o el **Contratante** omitieron comunicar la agravación del riesgo con antelación, **La Positiva** queda liberada de toda obligación de pago, si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- a) El **Contratante** y/o **Asegurado**, incurran en la omisión o demora, sin culpa inexcusable.
- b) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de **La Positiva**.
- c) Si **La Positiva** no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del contrato de seguro en el plazo de 15 días.
- d) **La Positiva** conozca la agravación, al tiempo que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos de los incisos a), b) y c), **La Positiva** tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiera cobrado al **Contratante**, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

2.10 Resolución de contrato de seguro

2.10.1 Antes del vencimiento del plazo estipulado en la póliza, tanto **La Positiva** como el **Contratante** podrán resolver el presente contrato de seguro, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que cursará a su contraparte con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación.

2.10.2 El contrato de seguro quedará resuelto, perdiendo el Contratante y/o Asegurado todo derecho emanado de la Póliza o Certificado de Seguro, cuando se haya incurrido o se produzca alguno de los siguientes supuestos que expresamente son convenidos por las partes como causal de resolución del contrato de seguro:

- a) Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.
- b) Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- c) Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada por escrito oportunamente por el Contratante y/o Asegurado. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- d) Por ocultamiento intencional por parte del Contratante y/o Asegurado de información necesaria para la evaluación y valorización de los daños, así como de las causas y consecuencias del siniestro. La Positiva tendrá derecho a percibir la prima total por el periodo de seguro en curso.
- e) El Contratante no acepte la propuesta formulada por La Positiva de ajuste de primas y/o cobertura al haber descubierto ésta, antes de ocurrido el siniestro, la reticencia y/o declaración inexacta no dolosa por parte Contratante y/o Asegurado sobre circunstancias que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones de haber sido conocidas por La Positiva.

Constatada la reticencia y/o declaración inexacta, que no obedezcan a dolo ni a culpa inexcusable, La Positiva remitirá en el plazo de 30 días computados desde la referida constatación, comunicación al Contratante, ofreciéndole la revisión del contrato de seguro, (ajuste de primas y/o coberturas). El Contratante tiene un plazo de 10 días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de la revisión realizada.

A falta de aceptación de la revisión, La Positiva puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Contratante en el plazo de 30 días computados desde el vencimiento del plazo de 10 días fijado en el párrafo anterior.

En el supuesto de resolución señalado en el presente inciso e) el Contratante está obligado a pagar la prima devengada hasta el momento en que se efectuó la resolución calculada a prorrata.

2.10.3 En caso el Contratante y/o Asegurado, o quién actúe en su representación, con su conocimiento, obstaculice el ejercicio de los derechos de investigación de La Positiva, no permitiendo el acceso a información, documentación o evaluación médica necesaria; el contrato de seguro podrá ser resuelto de pleno derecho por La Positiva, debiendo para ello comunicar por escrito y previamente al Contratante el ejercicio de la presente cláusula resolutoria, de conformidad con lo establecido en el Código Civil. La Positiva tendrá derecho a la prima por el periodo efectivamente cubierto.

2.10.4 El contrato de seguro podrá ser resuelto sin expresión de causa, por cualquiera de las partes, debiendo comunicar tal decisión a su contraparte con una antelación no menor a treinta (30) días calendario. La comunicación podrá realizarse a través de los mismos medios en que se llevó a cabo la contratación. Si el Contratante opta por la resolución del contrato, La Positiva tiene derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. En los seguros grupales, el Asegurado tiene derecho a resolver el certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento.

2.10.5 En los supuestos en que corresponda a consecuencia de la resolución, la devolución de la prima pagada en exceso por parte de La Positiva, esta será cancelada al Contratante dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de resolución, debiendo este entregarla a los asegurados en caso corresponda.

2.10.6 Son aplicables todas las disposiciones contenidas en los numerales precedentes como causales de resolución de los Certificados de Seguro emitidos bajo un seguro grupal. Para dichos efectos, la resolución

será comunicada por escrito a los Asegurados Titulares en los domicilios o correo electrónico señalados en el Certificado de Seguro, sin perjuicio de la comunicación que se realice al Contratante.

2.11 Causas de nulidad del contrato de seguro

- a) Por reticencia y/o declaración inexacta de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado, que hubiesen impedido la celebración del contrato de seguro o modificado sus condiciones si La Positiva hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, siempre que medie dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado. En este supuesto, La Positiva tendrá derecho a retener el integro de la prima del primer año de duración del contrato a título indemnizatorio. La Positiva dispone de un plazo de 30 días para invocar la nulidad, plazo que debe computarse desde que conoce la reticencia o declaración inexacta
- b) Si hubo intención manifiesta del Asegurado o el Contratante al momento de la contratación, de enriquecerse a costa del presente contrato de seguro.
- c) Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- d) Cuando al tiempo de la celebración del contrato se habría producido el siniestro o habría desaparecido la posibilidad que se produzca.

2.11.1 En cualquiera de los casos previstos en presente numeral, el Asegurado no gozará de cobertura bajo la presente póliza y en consecuencia, no podrá reclamar cualquier beneficio, cobertura, gasto y/o indemnización relacionada con la misma.

2.11.2 Si el Asegurado hubiera cobrado cualquier suma correspondiente a un siniestro cubierto bajo la presente póliza, y luego se revelara que ésta es nula conforme a lo dispuesto en el marco legal que regula el contrato de seguros, el Asegurado quedará automáticamente obligado a devolver a La Positiva toda suma percibida, conjuntamente con los intereses legales, gastos y tributos que pudieran corresponder.

2.11.3 En los supuestos comprendidos en los numerales 2.11 b) c) y d) La Positiva procederá a la devolución de la prima, dentro de los 30 días hábiles siguientes de la fecha de nulidad del contrato.

2.11.4 Son aplicables todas las disposiciones contenidas en los numerales precedentes como causales de nulidad de los Certificados de Seguro emitidos bajo un seguro grupal. Para dichos efectos, la comunicación a través de la que se invoque la nulidad, será comunicada por escrito a los Asegurados Titulares en los domicilios o correo electrónico señalados en el Certificado de Seguro, sin perjuicio de la comunicación que se realice al Contratante. El procedimiento para la devolución de prima en los casos que corresponda, será el mismo que se señala en el numeral 2.11.3.

2.12 Caso de reclamo fraudulento

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si actúa fraudulentamente, exagera los daños o emplea medios falsos para probarlos.

2.13 Renovación del seguro

2.13.1 La renovación del contrato de seguro es automática, y bajo las mismas condiciones en que fue emitida para el periodo anterior, siempre que expresamente las condiciones particulares o el certificado de seguro así lo contemplen.

2.13.2 De pactarse la renovación automática, cuando La Positiva considere incorporar modificaciones en la renovación del contrato deberá cursar aviso por escrito al Contratante detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días previos al vencimiento del contrato. El Contratante tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo a la propuesta. En caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por La Positiva. En este último caso,

La Positiva debe emitir la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones. De no aceptarse las nuevas condiciones propuestas, La Positiva no renovará las póliza de seguros.

2.14 Solución de Controversias

Las partes podrán recurrir a la vía judicial para la solución de las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato.

Sin perjuicio de lo señalado, ocurrido el siniestro y de superarse los límites económicos previstos por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP, las partes podrán pactar someter a Arbitraje de Derecho toda discrepancia, controversia, reclamación o litigio entre La Positiva y el Contratante y/o el Asegurado y/o sus Cesionarios y/o los Beneficiarios de esta Póliza, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la interpretación, cumplimiento de los acuerdos y pactos contenidos en éste contrato, terminación e invalidez del contrato de seguro, de la responsabilidad u obligación de La Positiva, o por cualquier otra causa

El Tribunal Arbitral estará conformado por tres (3) árbitros los que deberán ser abogados con no menos de tres (3) años de reconocida experiencia en materia de seguros, de los cuales cada una de las dos partes designará a uno de sus miembros y éstos de común acuerdo nombrarán el tercer árbitro y Presidente de Tribunal Arbitral.

Si las partes no se pusieran de acuerdo en un plazo de treinta (30) días, cualquiera de ellas podrá solicitar su designación a la Cámara de Comercio de Lima, la cual para el indicado propósito presentará una terna de tres (3) abogados especialistas en la materia. Cada una de las partes podrá observar, sin expresión de causa, a uno de los miembros propuestos, nombrando la citada entidad al tercer Árbitro y Presidente entre quienes no hubieran merecido observación alguna.

Dentro de los treinta (30) días posteriores a la constitución del Tribunal, las partes de común acuerdo deberán establecer las reglas a las que sujetará el proceso. De no ponerse de acuerdo en el indicado plazo cada una de las partes presentará su propuesta por escrito al Tribunal dentro de los cinco (5) días del vencimiento del indicado término el que en un plazo no mayor de quince (15) días determinará en forma definitiva las reglas a las que se sujetará el proceso correspondiente.

Queda expresamente convenido que en tanto no se haya fallado definitivamente el juicio arbitral, está en suspenso el derecho que pudiese tener el Asegurado para cobrar el importe de la indemnización, de manera que en ningún caso y por ningún motivo podrá exigirse el pago o la consignación de todo o parte de la misma.

Cada parte pagará los honorarios profesionales del árbitro que designe y ambas partes a prorrata cubrirán los honorarios del Presidente del Tribunal y los auxiliares de justicia que intervengan. Los costos y gastos del arbitraje, serán de cargo de la parte vencida, salvo decisión distinta del Tribunal.

El Laudo Arbitral podrá ser revisado por el Poder Judicial con arreglo a lo dispuesto en la legislación vigente.

En caso el monto reclamado por el Asegurado no excediera los límites económicos establecidos por la Superintendencia de Banca Seguros y AFP, este podrá acudir a la instancia que considere pertinente.

2.15 Defensoría del Asegurado

El Asegurado tiene el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado para resolver las controversias que surjan entre él y La Positiva, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo es de carácter vinculante, definitivo e inapelable por parte de La Positiva pero no del Asegurado quien mantiene inalterable su derecho de recurrir a otras instancias.

2.16 Domicilio

Para los efectos del presente contrato, **La Positiva** y el Contratante y/o sus cesionarios y/o beneficiarios señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en la póliza, lugares donde se harán válidamente todos los avisos y notificaciones. Si el **Contratante y/o Asegurado** cambiaran de domicilio, deberá comunicar tal hecho a **La Positiva** por escrito. Todo cambio de domicilio que se verifique sin cumplir este requisito, carecerá de valor y efecto para este contrato de seguro.

2.17 Prescripción liberatoria

Los beneficios derivados de la presente póliza prescriben en los plazos establecidos en el marco legal vigente aplicable a la materia.

2.18 Tratamiento de datos personales.

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales - y su Reglamento, el **Asegurado** queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales al banco de datos de titularidad de **La Positiva**, ubicado en su domicilio indicado en la presente póliza.

La Positiva utilizará estos datos, conjuntamente con otros que se pongan a disposición durante la relación comercial, y con aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, con la finalidad de analizar y manejar los riesgos materia del aseguramiento, gestionar la contratación y seguimiento de pólizas de seguros y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, **La Positiva** utilizará los datos personales con fines publicitarios y comerciales a fin de remitir al **Asegurado** información sobre productos y servicios en el mercado financiero y de seguros que considere de su interés.

El **Asegurado** reconoce y acepta que **La Positiva** podrá encargar el tratamiento de los datos personales a un tercero, y que se podrá realizar un procesamiento automatizado o no con dichos terceros por temas técnicos o comerciales.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades a las bases de datos de empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados por el **Asegurado** son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde se almacena la información cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso el **Asegurado** decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte **La Positiva**.

Conforme a ley, el **Asegurado** está facultado a ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en www.lapositiva.com.pe, mediante el procedimiento que se indica en dicha dirección electrónica.

2.19 Registro Nacional de Información

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, regulado mediante Ley N° 29355.

2.20 Derecho de Arrepentimiento

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización del presente producto fuera de los locales comerciales de **La Positiva** o de quienes se encuentren autorizados a operar como corredores de seguros, el Contratante de un seguro individual o Asegurado de un seguro grupal podrá resolver el contrato de seguro o certificado de seguro respectivamente, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario, contado desde que el Contratante o Asegurado recibe la póliza o nota o cobertura provisional, o certificado de seguro, respectivamente. Este derecho se puede ejercer a través del canal de comercialización o en las oficinas donde se contrató. En caso el Contratante o Asegurado ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la empresa procederá a la devolución total de esta.

CAPITULO III
COBERTURA DEL SEGURO

3. Cobertura del seguro

Con sujeción a las Condiciones Generales de la presente póliza y de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares y hasta por los límites expresamente contratados, los endosos y/o cláusulas adheridas a ella, La Positiva cubre los siguientes riesgos:

- Muerte accidental
- Invalidez permanente por accidente
- Incapacidad Temporal por accidente
- Gastos de curación en caso de accidente

3.1. Muerte accidental - Cobertura Principal

La Positiva pagará la suma convenida a la persona o personas designadas como beneficiarios en la Declaración de Beneficiarios firmada por el Asegurado que forma parte de la póliza si el Asegurado sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento a consecuencia de un accidente amparado por la póliza. En caso no existiese tal designación, la indemnización será pagada a los herederos legales instituidos como tales. Si en la Declaración de Beneficiarios no se hubiera establecido porcentajes o importes los beneficios se pagarán en partes iguales, independientemente del vínculo con el Asegurado.

3.2. Invalidez Permanente Total por Accidente

La Positiva pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente por accidente, basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.	100%
Pérdida total de los ojos.	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos.	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.	100%

3.2.1. Invalidez Permanente Parcial por accidente

Cabeza:

Sordera total e incurable de los dos oídos.	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular.	40%
Sordera total e incurable de un oído.	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%

Miembros Superiores:

	DER.	IZQ.
Pérdida de un brazo (arriba del codo).	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo).	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca).	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total).	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30%	24%

Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano.	20%	18%
Pérdida del dedo índice.	16%	14%
Pérdida del dedo medio.	12%	10%
Pérdida del dedo anular.	10%	8%
Pérdida del dedo meñique.	6%	4%

Miembros Inferiores:

Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla).	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla).	50%
Pérdida de un pie.	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total).	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional.	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms.	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida del dedo gordo del pie.	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie.	4%

La naturaleza y grado de Invalidez Permanente Parcial por Accidente será determinada por los comités médicos correspondientes del Ministerio de Salud (MINSA) o Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) o la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas. La compañía de seguro, tendrá derecho a examinar a la persona lesionada por intermedio del facultativo que para el efecto designe. En caso de negativa de la persona lesionada a someterse a dicho examen, la compañía de seguros quedará liberada de pagar la indemnización correspondiente. De surgir discrepancia entre la invalidez reclamada y el resultado de la evaluación realizada por el facultativo designado por la compañía de seguro, se conformará una Comisión Médica compuesta por un médico elegido por el Asegurado, otro elegido por La Positiva y un tercero designado por los dos previamente nombrados.

3.3. Aclaraciones

- 3.3.1. Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- 3.3.2. La pérdida parcial de los miembros y órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.
- 3.3.3. La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual al 50% de la que correspondería por la pérdida del dedo entero si se tratase del pulgar y 33.33% por cada falange, si se tratase de otros dedos.
- 3.3.4. Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes, correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.

- 3.3.5. La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del Asegurado.
- 3.3.6. En caso que el Asegurado fuera zurdo se invertirán los porcentajes de la indemnización fijada por la pérdida de los miembros superiores.
- 3.3.7. Un mismo accidente no dará derecho acumulativo a indemnizaciones por muerte o invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez permanente, La Positiva deducirá de la suma asegurada por muerte la indemnización pagada por invalidez permanente. Este Beneficio estará cubierto siempre y cuando se encuentre expresamente nombrado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 3.4. Incapacidad Temporal por Accidente
En caso de Incapacidad Temporal para el Trabajo por Accidente, la indemnización diaria contratada empezará a partir del día en que se inicie el tratamiento médico y hasta el fin de dicho tratamiento, sin que en ningún caso pueda exceder de 365 días.
La Positiva pagará la indemnización diaria durante el tiempo en que el Asegurado esté completamente incapacitado para dedicarse al trabajo, tanto de dirección como de vigilancia, como consecuencia de un accidente. La indemnización quedará reducida al 50% desde el momento en que el Asegurado esté en condiciones de abandonar su habitación y dedicarse parcialmente a sus actividades, según dictamen médico.

Este beneficio estará cubierto siempre y cuando se encuentre expresamente nombrado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 3.5. Gastos de curación en caso de Accidente
La Positiva pagará o reembolsará, según sea el caso, hasta por el importe de la suma asegurada en la presente póliza, los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis dentales que fueran necesarias (se cubre únicamente la curación y reposición de piezas dentales dañadas exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por este seguro), dejando expresa constancia que no se encuentran incluidos dentro de la presente cobertura los aparatos ortopédicos.

La Positiva podrá optar por pagar directamente los gastos indicados, en cuyo caso, le asiste la libertad de designar el establecimiento de salud.

El Asegurado después de haber utilizado parcial o totalmente la suma asegurada para Gastos de Curación, podrá solicitar su restitución al importe original, pagando la prima proporcional que corresponde al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza.

Este beneficio estará cubierto siempre y cuando se encuentre expresamente nombrado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el Asegurado sufriera varios accidentes durante la vigencia de la presente póliza, las indemnizaciones fijadas por invalidez permanente no podrán exceder en conjunto el 100% de la suma asegurada, sin embargo las indemnizaciones por incapacidad temporal y gastos de curación se pagarán independientemente; sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para los casos de muerte y/o invalidez permanente.
- 3.6. Extensión del seguro
El presente seguro cubre las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrir al Asegurado, en los siguientes supuestos:

- 3.6.1. En el ejercicio de la profesión u oficio declaradas, salvo las expresamente excluidas en la presente póliza.
- 3.6.2. En el curso de su vida privada.
- 3.6.3. Durante la permanencia en cualquier lugar del mundo, pero restringida a las coberturas de muerte, invalidez permanente y gastos de curación. Para los casos de incapacidad temporal, el seguro queda limitado a los accidentes ocurridos dentro de la República del Perú. Esta limitación de cobertura no da derecho al Asegurado a una reducción de la prima correspondiente al tiempo de su ausencia del país.
- 3.6.4. Durante el uso de cualquier medio habitual para que el transporte público de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pertenezcan a una empresa comercial autorizada y recorran itinerarios regulares y fijos, y los que ocurran en el empleo regular, como conductor o pasajero, de vehículos automotores de uso particular.
- 3.6.5. Durante la práctica como aficionado de las siguientes actividades: atletismo, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y a motor, esgrima, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota vasca, pesca (salvo sub-marina y/o en alta mar), remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, voleibol y water polo.
- 3.6.6. La asfixia o intoxicación por vapores o gases o cualquier otra sustancia análoga, o por inmersión y obstrucción, y la electrocución.
- 3.6.7. Los casos de rabia y otros similares, producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos.
- 3.6.8. El carbunco o tétanos de origen traumático.
- 3.6.9. Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infectado haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente póliza.
- 3.6.10. Los causados por esfuerzo repentino y evidente al diagnóstico, como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices, hernias), y los que resulten del ejercicio de la legítima defensa del Asegurado legalmente establecida.
- 3.6.11. Accidentes como consecuencias de fenómenos de la naturaleza tales como sismos, erupciones volcánicas, inundaciones y similares o a consecuencia de tales.
- 3.7. Personas hábiles para ser aseguradas
Son asegurables conforme a esta póliza, las personas desde los 16 años hasta los 65 años de edad cumplidos. La cobertura cesará al vencimiento de la anualidad en la que el Asegurado haya cumplido el indicado límite máximo de edad, salvo disposición legal diferente.

Si el Asegurado es menor de edad, se requiere la autorización por escrito de sus representantes legales.

CAPITULO IV

EXCLUSIONES DEL SEGURO

4. **Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden, si la muerte del Asegurado o las lesiones que sufra se deben a cualquiera de los siguientes supuestos como causa adecuada del siniestro:**

- 4.1. Enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- 4.2. Los denominados "accidentes médicos", tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos del miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.
- 4.3. Guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones guerreras (sea que haya sido declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar, naval o usurpado.
- 4.4. Peleas o riñas, salvo que se pueda establecer judicialmente que el Asegurado actuó en defensa propia. Para la cobertura de muerte, de extinguirse la acción penal, los beneficiarios deberán probar que el Asegurado actuó en defensa propia, pudiendo presentar Informes Policiales, Atestado Policial, Dictamen Fiscal, entre otros documentos oficiales que acrediten razonablemente la legítima defensa.
- 4.5. Haber participado o haberse visto envuelto activamente el Asegurado en actos delictivos, infracciones a la ley, ordenanzas o reglamentos públicos.
- 4.6. Duelos, suicidios, tentativas de suicidios, auto mutilación o autolesión.
- 4.7. La intervención del Asegurado en motines o tumultos tengan o no el carácter de guerra civil, sea que la intervención fuere personal o como miembro de una institución de carácter civil o militar.
- 4.8. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- 4.9. Ataques cardíacos, vértigos, convulsiones, desmayos, trastornos mentales o parálisis.
- 4.10. Intervenciones quirúrgicas o de cualquier medida médica, siempre que no se hayan hecho necesarias a raíz de un accidente sujeto a indemnización.
- 4.11. Los accidentes provenientes de la práctica o desempeño de las siguientes profesiones: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, periodistas corresponsales de guerra, obreros de construcción, manipuladores de explosivos, y otras profesiones riesgosas y/u oficios riesgosos, los mismos que se encuentran descritos y enumerados en las Actividades Comprendidas en el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR, según DS 009-97-SA. Reglamento de Ley N° 26790, que no hayan sido declarados por el Asegurado y aceptados por La Positiva al momento de contratar el seguro.
- 4.12. Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades peligrosas, carreras, acrobacias y deportes notoriamente riesgosos, los cuales, para efectos de esta póliza son: carreras de automóviles (tanto como conductor o pasajero), motocicletas, motonetas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras, pesca submarina, polo, pesca en alta mar, rugby, boxeo y esquí acuático.
- 4.13. Los accidentes que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas o en estado de sonambulismo y siempre que guarde relación causal con el accidente. Esta póliza se rige por las disposiciones legales actualmente vigentes en relación al límite máximo aceptable de 0.5 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente. Para efectos de esta póliza se utiliza el ratio de 0.15 gramos de alcohol por litro de sangre como promedio de metabolización del alcohol por el organismo por hora o por fracción. Este ratio se aplicará al lapso transcurrido entre la hora del accidente y la hora del examen obligatorio de dosaje etílico.
- 4.14. Daños o pérdidas ocasionadas por experimentos de energía atómica o nuclear o de cualquier riesgo atómico.
- 4.15. Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones de cualquier clase.
- 4.16. Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado por la práctica profesional de fútbol, basketball y boxeo, conducción o viaje como pasajero de aviones privados, motocicletas, motonetas o vehículos similares, salvo pacto en contrario.
- 4.16. Enfermedades y lesiones preexistentes, aun cuando estas se agraven a consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza.
- 4.17. Lesiones o Muerte a consecuencia de Actos Terroristas.

CAPITULO V
PROCEDIMIENTO EN CASO DE UN SINIESTRO

5.1 Aviso de siniestro - Obligaciones del Asegurado.

Al ocurrir un siniestro coberturado bajo la presente póliza, el Asegurado deberá:

- 5.1.1** Informar a La Positiva la ocurrencia del siniestro dentro del plazo de 7 días calendario, llamando al teléfono (01) 211-0-211 ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional y confirmarlo, por escrito dentro del mismo plazo, y remitir cualquier comunicación, reclamación o notificación judicial o extrajudicial que reciba en relación con el siniestro. Si el Asegurado o Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, y de ello resulta un perjuicio a La Positiva, esta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. 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 Positiva haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio

5.2 Procedimiento para la indemnización del siniestro

- 5.2.1** La Positiva deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro; de no pronunciarse en el plazo de 30 días se entenderá que el siniestro ha quedado consentido.

- 5.2.2** Para la atención del siniestro se requerirá la presentación de los siguientes documentos:

- La declaración Jurada, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió; así como el nombre y domicilio de los testigos, en caso existiesen.
- El certificado del médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables. Todo accidente grave debe ser certificado por la autoridad competente.
- El seguro no obliga a La Positiva si el Asegurado o los beneficiarios no permitiesen el libre acceso a los médicos u otros funcionarios, autorizados por La Positiva, al lugar donde se encuentre el Asegurado.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, La Positiva se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los sucesores o beneficiarios presentar su conformidad y su concurso si fueren imprescindibles, para obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los sucesores o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de La Positiva, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los sucesores o beneficiarios.
- Los documentos mencionados y cualquier otro certificado y pruebas que La Positiva considere necesarios, siempre y cuando guarden relación y proporcionalidad con el siniestro, serán suministrados por cuenta del Asegurado, víctima del accidente, o de sus beneficiarios en su caso.
- Denuncia Policial en los siniestros ocurridos a consecuencia de Accidente de Tránsito.

- 5.2.3 Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado y/o Beneficiario la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, La Positiva deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del mismo; de no pronunciarse en dicho plazo se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, debiendo atenderse dentro del plazo de los 30 días siguientes de dicho consentimiento.
- 5.2.4 La Positiva podrá solicitar, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida en el numeral 5.2.2, , información o documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación y liquidación del siniestro, siempre que los mismos guarden relación con el siniestro

CAPITULO VI LA PÓLIZA DESPUES DE UN SINIESTRO

6.1 Subrogación por Gastos de Curación.

De haberse efectuado pagos bajo la cobertura de Gastos de Curación, **La Positiva** se subroga al **Asegurado** en todos sus derechos y acciones para repetir contra terceros responsables por los importes pagados. El **Asegurado** responderá ante **La Positiva** de cualquier acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación.

Agosto del 2015

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.

Código SBS AE0416120071 Dólares

Código SBS AE0416110088 Soles

HOLIA SIN CONTENIDO

RESUMEN INFORMATIVO DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

RIESGOS CUBIERTOS.

Cubre los riesgos especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados de Seguro, en los términos señalados en el Capítulo III (Cobertura del Seguro) de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales y en las respectivas Cláusulas Especiales y Adicionales, de ser el caso.

INICIO DE LA COBERTURA

Adicionalmente a los periodos de carencia o espera que pueda establecer la póliza contratada, las partes acuerdan de conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente

PRINCIPALES EXCLUSIONES.

Se detallan en el Capítulo IV (Exclusiones) de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales, en los Certificados de Seguro y en las respectivas Cláusulas Adicionales, de ser el caso.

CONDICIONES DE ACCESO

Se encuentran señaladas en el en el Capítulo III (Cobertura del Seguro) de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO.

Se encuentra señalado en el numeral 2.10 (Resolución de contrato de seguro) de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales y en los Certificados de Seguro.

FECHA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Según la forma de recaudación y de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza o en el Certificado de Seguro

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

Se detalla en el Capítulo V (Procedimiento en Caso de un Siniestro) de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro y en los Certificados de Seguro.

MEDIO Y PLAZOS PARA EL AVISO DEL SINIESTRO

Se encuentra establecido en el Capítulo V (Procedimiento en caso de un siniestro) de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales.

LUGARES AUTORIZADOS PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO

Las coberturas del seguro podrán solicitarse en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: www.lapositiva.com.pe.

ATENCION DE RECLAMOS

La Positiva recibirá los reclamos en su "Área de Servicio al Cliente" llamando al (01) 211-0-211 desde Lima y/o provincias, o en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional (relación de direcciones en la web: www.lapositiva.com.pe), así como a través de la misma página web de La Positiva

DETALLE DE CLÁUSULAS

Cláusula para conductores de Motocicletas, motonetas y vehículos similares

Sujeto al pago de la extra prima correspondiente, la presente cláusula se extiende a cubrir los accidentes que puedan ocurrir al **Asegurado** como conductor de motocicletas, motonetas o vehículos similares, siempre que posea la respectiva licencia de conducir y cumpla con las disposiciones que para la conducción de estos vehículos haya dictado la autoridad de tránsito.

Permanecen en vigor los demás términos y condiciones de la póliza que no se opongan a lo establecido en la presente cláusula.

Acc.004

Agosto 2015

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.

Cláusula para cubrir accidentes ocasionados por huelgas, conmociones civiles y Terrorismo

Queda entendido y convenido que la presente póliza se extiende a cubrir accidentes causados directa o indirectamente, total o parcialmente, como consecuencia de actos de huelga, motín, conmoción civil, tumulto popular, insurrección, rebelión, invasión, vandalismo y terrorismo.

Acc.006

Agosto 2015

Adecuado a la Ley N°29946 y sus normas reglamentarias.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado, SBS, INDECOPI, entre otros, según corresponda.

INFORMACIÓN ADICIONAL

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Contratante y Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo **Asegurado**.

La información aquí proporcionada es a título parcial. Prevalecen las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de **La Positiva Seguros y Reaseguros**. Para las pólizas grupales, las coberturas específicas para cada **Asegurado** se encuentran detalladas en el Certificado de Seguro.

La Positiva Seguros y Reaseguros

Calle Francisco Masías 370, San Isidro Lima - Perú,

RUC.: 20100210909,

Telf.: (511) 211-0000,

lineapositiva@lapositiva.com.pe,

www.lapositiva.com.pe

Junio 2015

RED DE CENTROS Y CLINICAS AFILIADAS

COD. PRESE	RUC	NOMBRE DEL PROVEEDOR	RED	DIRECCION	DISTRITO	PROVINCIA	TELEFONO
ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA							
EN LIMA Y CALLAO:							
00009250	20100251176	CLINICA BELLAVISTA	RED 1	Jr. Las Gaviotas N° 207, Urb. San José	Bellavista	Callao	(01) 204-9600
00011182	20101098681	CONSULTORIO LIMATAMBO (MINCA)	RED 1	Av. Argentina N° 3093, local 214 Cl. 3 Pab. 4, Minca	Callao	Callao	(01) 617-1111
00010803	20515290142	CENTRO MEDICO CAYETANO HEREDIA	RED 1	Av. Horacio Delgado N° 370, Ingenieria	San Martín de Porres	Lima	(01) 207-6200
00009090	20101098681	CLINICA LIMATAMBO (SILI)	RED 1	Av. Proceres de la Independencia N° 2701	San Juan de Lurigancho	Lima	(01) 415-1660
00008281	20101165389	CLINICA MAISON DE SANTE (CERCAJO)	RED 1	Jr. Miguel Aljovín N° 208	Cercado	Lima	(01) 619-6000
00008271	20508790971	CLINICA SAN JUAN BAUTISTA	RED 1	Av. Los Próceres de la Independencia N° 1764	San Juan de Lurigancho	Lima	(01) 610-4545
00013985	20517737560	CLINICA SANTA MARIA DEL SUR	RED 1	Av. Belisario Suárez N° 998, Zona C	San Juan de Miraflores	Lima	(01) 615-6767
00009144	20512867741	CLINICA VESALES	RED 1	Av. Tupac Amari N° 1801 Urb. Huacquilay	Comas	Lima	(01) 820-9688
00009153	20461665820	CLINICA MONTEFIORE	RED 1	Av. Separadora Industrial N° 1818 - 1820, Urb. Cactus	La Molina	Lima	(01) 437-5151
00009868	20512065849	CENTRO MEDICO RICARDO PALMA (PLAZA LIMA SUR)	RED 2	Av. Prolongación Paseo de la República, Urb. Matellini	Chorrillos	Lima	(01) 617-8200
00009602	20100339936	CENTRO MEDICO MEXEX	RED 2	Av. Republica de Panamá N° 3065	San Isidro	Lima	(01) 319-1530
00009825	20101267467	CLINICA CENTENARIO	RED 2	Av. Paso De Los Andes N° 675	Pueblo Libre	Lima	(01) 218-1017
00008746	20337889167	CLINICA GOOD HOPE	RED 2	Av. Malecón Balta N° 956	Miraflores	Lima	(01) 610-7360
00010182	20517737801	CLINICA JESUS DEL NORTE	RED 2	Av. Carlos E. Izaguirre N° 149-153	Independencia	Lima	(01) 613-4444
00021069	20600505212	CLINICA LIMA NORTE (Meditas Políclínicos)	RED 2	Av. Carlos Izaguirre N° 133	Independencia	Lima	(01) 521-4827
00010251	20101165389	CLINICA MAISON DE SANTE (DEL SUR)	RED 2	Av. Chorrillos N° 171-173	Chorrillos	Lima	(01) 619-6000
00014501	20509018509	CLINICA SAN GABRIEL	RED 2	Av. La Molina N° 2955, Urb. Maranga III Etapa	San Miguel	Lima	(01) 614-2222
00011401	20175508610	CLINICA SAN JUDAS TADEO	RED 2	Cl. Manuel Raygada N° 170 y Cl. Laureano Martínez N° 260	San Miguel	Lima	(01) 219-1100
00010743	20428080671	CLINICA STELLA MARIS	RED 2	Av. Paso de Los Andes N° 923	Pueblo Libre	Lima	(01) 463-6666
00009437	20101098681	CLINICA LIMATAMBO (SAN ISIDRO)	RED 3	Av. Republica de Panamá N° 3606	San Isidro	Lima	(01) 442-4670
00009789	20117357113	CLINICA PADRE LUIS TEZZA	RED 3	Jr. El Polo N° 570, Urb. Monterrico	Surco	Lima	(01) 610-5050
00012633	20100122358	CLINICA JAVIER PRADO	RED 3	Av. Javier Prado Este N° 499 Urb. Jardín Lima	San Isidro	Lima	(01) 211-4141
00009850	20100173401	CLINICA VESALIO	RED 3	Cl. Joseph Thomson N° 140, Urb. Santo Tomás	San Borja	Lima	(01) 613-9999
EN PROVINCIAS:							
00009835	20527388148	CENTRO MEDICO SEÑOR DE ILLANVA	RED PROV	Jr. Arica N° 316	Abancay	Abancay	(0831) 32-1601
00014017	20527327672	CUNICA PERUANA DE LOS ANDES	RED PROV	Jr. Ayacucho N° 336	Andahuaylas	Apurímac	(0831) 42-2466
00013870	20456195912	CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO	RED PROV	Cl. Arequipa N° 348	Mollendo	Arequipa	(054) 53-5852
00017900	20558561506	CLINICENTRO ABSI	RED PROV	Av. Ejército N° 101, Local 103-104	Yanahuara	Arequipa	(054) 38-3630
00016441	20559131858	POLICLINICO EL PACIFICO	RED PROV	Cl. Moquegua N° 232	Cananay	Arequipa	(076) 57-2950
00012761	20495666073	CLINICA SAN LORENZO	RED PROV	Av. San Martín de Porres N° 546, Barrio San Martín	Cajamarca	Cajamarca	(076) 34-0201
00014732	20529534567	POLICLINICO PEDIATRICO DEL NORTE	RED PROV	Jr. Los Sauces N° 343, Urb. Los Rosales	Cajamarca	Cajamarca	(076) 36-1020
00008229	20394674371	SERVIMEDICOS	RED PROV	Cl. Manuel María Izaga N° 621	Chichayo	Chichayo	(074) 22-2478
00008151	20394723259	HOSPITAL PRIVADO METROPOLITANO	RED PROV	Cl. Manuel María Izaga N° 154	Chichayo	Chichayo	(074) 27-2828
00012161	20527956057	CLINICA MAC SALUD	RED PROV	Av. Los Incas N° 1410	Wanchaq	Cusco	(084) 58-2060
00023963	20601540488	MAX SALUD	RED PROV	Av. Manuel Prado N° 100	Espinar	Cusco	957-960-739
00019983	20564055001	SEÑOR DE COYLORITY	RED PROV	Cl. Manuel Prado N° 203, Bar. Unidad Vecinal	Espinar	Cusco	(084) 28-5108
00008516	20401882741	CLINICA SANTA DOMINGO	RED PROV	Av. Francisco Solano N° 274	Huancayo	Huancayo	(064) 23-1012
00011592	20228715523	CLINICA HUANCAYO	RED PROV	Jr. Constitución N° 980	Huancayo	Huancayo	(062) 51-4026
00053303	20573155713	CLINICA SAN GABRIEL ARCANGEL	RED PROV	Jr. Dos de Mayo N° 1779	Huancayo	Huancayo	(062) 51-9455
00012571	20107463705	CLINICA SAN PABLO (HUARAZ)	RED PROV	Jr. Huaylas N° 172	Independencia	Huancayo	(043) 42-8911
00010559	20310529126	CLINICA DANIEL A. CARRION	RED PROV	Av. San Idelfonso N° 226, Chinchá Alto	Chinchá Alto	Ica	(056) 26-2667
00009648	20534588152	CLINICA TATAJE	RED PROV	Av. Conde de Nieva N° 355, Urb. Luren	Ica	Ica	(056) 21-8471
00011777	20451023046	CLINICA SAN JUAN DE DIOS (IQUITOS)	RED PROV	Carretera Iquitos - Nauta Km. 2.8	San Juan Bautista	Iquitos	(065) 60-6689
00013144	20444526055	CLINICA ELERA	RED PROV	Cl. Tarma N° 104, San Ramón	San Ramón	Junín	(043) 33-1527
00017230	20493320086	POLICLINICO SANTA CATALINA	RED PROV	Urb. Santa Catalina D-27	Mariscal Nieto	Moquegua	(053) 46-1015
00012449	2048301823	CLINICA GONZALES	RED PROV	Av. Daniel Alcides Carrion N° 059, San Juan	Yanacancha	Pasco	(063) 42-1515
00016148	20484289167	CLINICA OLGUIN	RED PROV	Cl. Sucre N° 1300	Sullana	Piura	(073) 50-4257
00013494	20102756364	ALUNA - CLINICA MIRAFLORES	RED PROV	Cl. Las Dalias Mz A Lt 12, Urb. Miraflores	Castilla	Piura	(073) 34-3038
00010699	20526109661	CLINICA SANTA BEATRIZ	RED PROV	Av. Grau (A) N° 100, Parícuti	Talara	Piura	(073) 38-2418
00010777	20102982020	CLINICA VIRGEN DEL PILAR	RED PROV	Ca. Bolívar N° 285	Sullana	Piura	(073) 50-2778
00008941	20392276194	CLINICA AMAZONICA	RED PROV	Jr. Bolívar N° 300	Calleria	Pucallpa	(061) 57-8432
00009770	20447676606	MEDICENTRO TOURIST'S HEALTH	RED PROV	Jr. Moquegua N° 191, Titicaca	Titicaca	Puno	(051) 36-5909
00009683	20447787262	CLINICA PROSALUD	RED PROV	Jr. José Carlos Mariátegui N° 253	Puno	Puno	(051) 36-7759
00013606	20494088208	CENTRO MEDICO TRINIDAD & ESPECIALIDADES MEDICAS	RED PROV	Dr. Las Mezas N° 112	Tarapoto	San Martín	(042) 34-1329
00013164	20531842279	CLINICA SANTA MARIA	RED PROV	Jr. Elias Aguirre N° 761, Bolívar Bajo	Chimbote	Santa	(043) 32-5073
00015875	20226013896	CLINICA PROMEDIC	RED PROV	Cl. Blondell N° 425	Tacna	Tacna	(052) 42-7239
00013500	20410820898	CENTRO MEDICO SAN PEDRO	RED PROV	Cl. Arica N° 246	Tacna	Tacna	(052) 42-6700
00011498	20440936224	CLINICA TORRES	RED PROV	Av. A N° 98, 2do Piso	Parícuti	Talara	(073) 38-1967
00012301	20431701709	CLINICA SAN ANTONIO	RED PROV	Av. Victor Larco Herrera N° 630	Trujillo	Trujillo	(044) 20-2597
00016830	20546292658	CLINICA CAMINO REAL	RED PROV	Cl. Francisco Bolognesi N° 561, Urb. Centro Histórico	Trujillo	Trujillo	(044) 74-9300
00008976	20221040169	CLINICA SAN MIGUEL	RED PROV	Av. Mariscal Castilla N° 320	Arequipa	Arequipa	(054) 25-2773
00014073	20528497994	CLINICA SANTA LUCIA	RED PROV	Cl. San Martín N° 144	Maynas	Loreto	(063) 23-5648
00016744	20454135432	CLINICA VALESURI	RED PROV	Av. La Salle N° 116 y N° 108, Cercado Arequipa	Arequipa	Arequipa	(054) 20-4227
00009249	20369796314	GARCIA BRAGAGNINI	RED PROV	Av. Trinidad Moran I-2, Urb. León XIII	Cayma	Arequipa	(054) 27-2614
00009262	20507264108	SANNA - CENTRO CLINICO CAJAMARCA	RED PROV	Jr. Los Cedros N° 214, Urb. El Ingenio	Cajamarca	Cajamarca	(076) 74-9100
00010972	20480082573	HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II	RED PROV	Av. Miguel Grau N° 1461	Chichayo	Chichayo	(074) 22-8070
00008730	20480657323	BM CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS	RED PROV	Av. Santa Victoria N° 416, Urb. Santa Victoria	Chichayo	Chichayo	(074) 27-6136
00013126	20534214147	CLINICA LAS CONDES	RED PROV	Av. Conde de Nieva N° 1073, Urb. Luren	Ica	Ica	(056) 21-4149
00011581	20567227007	CLINICA SELVA AMAZONICA	RED PROV	Urb. Jardín Mz. A Lt. 26 (Alt. Fanning Cdra. 4)	Iquitos	Loreto	(065) 22-3365
00012261	20526375468	CLINICA INMACULADA CONCEPCION	RED PROV	Av. José de Lima N° 1071	Sullana	Piura	(073) 31-8237
00009648	20286079033	CLINICA PUÑO	RED PROV	Ramón Castilla N° 178	Puno	Puno	(051) 36-5834
00010815	20321856145	CLINICA AMERICANA DE JULIACA	RED PROV	Jr. Loreto N° 315	Juliaca	Puno	(051) 32-1369
00016852	20282804329	CLINICA ROBLES	RED PROV	Jr. Manuel Villavicencio N° 512	Chimbote	Santa	(043) 32-2453
00015175	20445226990	CLINICA SAN PEDRO	RED PROV	Jr. Manuel Villavicencio N° 479 - 481	Chimbote	Santa	(043) 32-1930
00011466	20519907144	CLINICA ISABEL	RED PROV	C. Arica N° 151	Tacna	Tacna	(052) 41-4661
00013490	20507264109	SANNA - CENTRO CLINICO TALARA	RED PROV	Av. Bolognesi N° 163-167, Urb. Barrio Particular	Parícuti	Talara	(073) 24-9306
00013395	20274401636	CLINICA MATERNO INFANTIL DEL NORTE	RED PROV	Av. Manuel Vértiz Eizaguirre N° 777, Urb. Primavera	Trujillo	Trujillo	(044) 20-2850
00013373	20131914416	CLINICA PERUANO AMERICANA	RED PROV	Av. Mangoch N° 810	Trujillo	Trujillo	(044) 24-2400
00007795	20525350429	CLINICA DE LA FAMILIA	RED PROV	Av. Tumbes Norte N° 1079, Salamanca	Tumbes	Tumbes	(054) 20-4227
00011737	20451400241	CLINICA SAN JUAN	RED PROV	Av. Ricardo Palma N° 838	Maynas	Loreto	(065) 22-2477
00009651	20494276462	CLINICA LAS AMERICAS	RED PROV	Av. Las Américas N° 901, Urb. Bancarios D-32	Pisco	Ica	(056) 53-2679
00015585	20510012900	CLIMA	RED PROV	Cl. Kallampa N° 80	Cusco	Cusco	(084) 27-7408
00023301	20493179480	ESTABLECIMIENTO DE SALUD ACSA (SELVA AMAZONICA)	RED PROV	Urbanización Jardín Cdra. 4 Fanning N° 27	Iquitos	Loreto	(065) 23-6277
00020979	20540742720	CLINICA DE LOS YASQUEZ	RED PROV	Cl. Lima N° 703	Chinchá Alto	Ica	(056) 317-535
00012315	20529581565	CLINICA SANTA ANA	RED PROV	Jr. Ayacucho N° 936	Cajamarca	Cajamarca	(076) 50-6193
00013055	20393228033	CLINICA FERNANDEZ	RED PROV	Av. Suarez Peña N° 150	Comand Portillo	Ucayali	(081) 57-3114
RED DE CENTRO DE IMAGENES							
00009784	20504090197	ICIMEDIC	RED 1	Av. Arequipa N° 3362	San Isidro	Lima	(01) 442-2322
00008371	20301806664	DI DEL PERU	RED 1	Av. Dos de Mayo N° 602	San Isidro	Lima	(01) 221-7555
00010952	20262097227	INSTITUTO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA BRAZZHAI	RED 1	Av. Jorge Basadre N° 223	San Isidro	Lima	(01) 221-6161
00018013	20502454111	TOCMOMEDIC	RED 1	Cl. La Conquista N° 145, Urb. El Derby	Surco	Lima	(01) 610-3333
00009514	20303021508	INSTITUTO DE IMAGENES MEDICAS (LIMA)	RED 1	Av. Alfonso Ugarte N° 560	Lima	Lima	(01) 423-2309
00019095	20303021508	INSTITUTO DE IMAGENES MEDICAS (PUEBLO LIBRE)	RED 1	Av. San Martín N° 160	Pueblo Libre	Lima	(01) 261-1331
00011956	20518866041	SCAN MEDIC	RED 1	Jr. Vía Lútea N° 454 Urb. Haras Ryber	Surco	Lima	(01) 355-2365
00023443	20543662217	IGSA MEDICAL SERVICES	RED 1	Cl. Bolívar N° 270, Of. 204	Miraflores	Lima	922216679
00016047	20445586022	MASTER IMAGEN	RED 1	Av. José Gálvez N° 1480 P.J. El Progreso	Santa	Chimbote	(043) 32-0986
00016734	20526112963	RESONORTE	RED 1	Av. Jesus de Nazaret N° 650	Trujillo	Trujillo	(044) 23-4444

00012084	20424721400	RESOMAG CENTER	RED 1	Av. Mansiche N° 795	Trujillo	Trujillo	(044) 20-7029
00008253	20101849831	EMETAC	RED 2	Av. Petit Thouars N° 4421-4425	Miraflores	Lima	(01) 421-8137
00009183	20536058690	RESOMASA	RED 2	Av. Javier Prado Este N° 1178	San Isidro	Lima	(01) 212-2034
00010214	20536058690	RESOMASA	RED 2	Av. Emilio Cavenecia N° 265	San Isidro	Lima	(01) 212-2034
00008890	20297451023	RESOCENTRO (LIMA)	RED 2	Av. Petit Thouars N° 4427	Miraflores	Lima	(01) 221-1630
00009617	20520615394	PETSCAN PERU	RED 2	Av. Petit Thouars N° 4340, Urb. Country Club	Miraflores	Lima	(01) 652-3815
00016065	20297451023	RESOCENTRO (PIURA)	RED 2	Av. San Ramón N° 549, Urb. El Chipe	Piura	Piura	(073) 32-4336
00016946	20498682601	REMASUR (AREQUIPA)	RED 2	León Velarde N° 108	Arequipa	Arequipa	(054) 25-5792
00023103	20434870781	CENTRO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL	RED 2	Cl. Misti N° 604 Interior 1	Yanahuara	Arequipa	(054) 66-5855
00020498	20454554672	CENTRO DE IMAGENES POR TOMOGRAFIA ESPIRAL MULT	RED 2	C.C. Cayma, Int. 34 (Esq. con Av. Ejército)	Arequipa	Arequipa	(054) 20-1616
00013652	20498682601	REMASUR (CUSCO)	RED 2	Av. Los Incas N° 1408	Wanchaq	Cusco	(084) 23-4711
00021023	20498682601	REMASUR (TACNA)	RED 2	Prof. Daniel Alcides Carrón N° 360, Cercado	Tacna	Tacna	(052) 63-8500
00013760	20507781773	CENTRO DE LITOTRIPSIA TOMONORTE	RED 2	Cl. Colombia N° 109, Urb. El Recreo	Trujillo	Trujillo	(044) 20-7111
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y CHEQUEO ODONTOLÓGICO							
00011741	20509262579	NORVISION	RED 2	Av. Paso de los Andes N° 850	Pueblo Libre	Lima	(01) 333-1920
00015182	20349635845	OPTIMA VISION	RED 2	Av. Angamos Oeste N° 884	Miraflores	Lima	(01) 445-2113
00009495	20256347301	ARBRAYSS LASER	RED 2	Av. Francisco Cuellar N° 253, Urb. Las Flores	Surco	Lima	(01) 434-2080
00003388	20136596561	T.G. LASER ODONTOLÓGICA	RED 2	Av. Dos de Mayo N° 666	San Isidro	Lima	(01) 410-6565
00015927	20511096279	CLINICA DE OJOS OPELICE	RED 2	Av. Arequipa N° 1885	Lince	Lima	(01) 472-8829
00009933	20508008067	MACULA D&T	RED 2	Cl. Carlos Ferrer N° 120 (Of. 301), Urb. Corpac	San Borja	Lima	(01) 226-3801
00011372	20185972179	FUTURO VISION	RED 2	Av. San Borja Sur N° 536	San Borja	Lima	(01) 417-5230
00011358	20145154519	CONFIA INSTITUTO ODONTOLÓGICO	RED 2	Av. José Gálvez Barrenechea N° 356, Corpac	Lima	Lima	(01) 475-3320
00012692	20498693394	ODONTOLÓGICA AVANZADA	RED 2	Cl. León Velarde N° 116, Urb. Los Claveles Secc. 2	Yanahuara	Arequipa	(054) 27-1084
00009483	20523075463	OCULASER SAC	RED 2	Av. Gral. Álvarez de Arenales N° 1181, Sta. Beatriz	Lima	Lima	(01) 265-4833
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA							
00009080	20454876955	CENTRO ODONTOLÓGICO AMDENT	RED 1	Cl. Urubamba N° 205, Dpto. 1	Yanahuara	Arequipa	(054) 25-9781
00012710	20545627729	CENTRO ODONTOLÓGICO IRDENT	RED 1	Av. Raúl Ferrero N° 1280	La Molina	Lima	(01) 365-0023
00008882	20101547826	CENTRO ODONTOLÓGICO LOS OLIVOS	RED 1	Jr. Ucayali N° 109-201	San Miguel	Lima	(01) 562-4088
00024675	20532784426	CENTRO ODONTOLÓGICO O&D	RED 1	Av. Jorge Basadre DE 10, Los Damascos, 1 Etapa	Tacna	Tacna	996-666-213
00016549	20455626979	CENTRO ODONTOLÓGICO SOBRE LA ROCAA	RED 1	Av. Emmel N° 116 - A	Yanahuara	Arequipa	(054) 25-2891
00014896	20296554996	CERDENT (AREQUIPA)	RED 1	Cl. San José N° 214	Arequipa	Arequipa	(054) 20-4016
00018721	20296555000	CERDENT (AREQUIPA)	RED 1	Urb. Señorial A-8	Cayma	Arequipa	(054) 25-9934
00010813	20296555002	CERDENT (CHICLAYO)	RED 1	Av. José Leonardo Ortiz N° 102 Of. 201	Chiclayo	Chiclayo	(074) 20-4800
00010914	20296554996	CERDENT (CUSCO)	RED 1	Av. Sol N° 457 Of. 303	Cusco	Cusco	(084) 24-3386
00008191	10104930251	CERDENT (HUANCAYO)	RED 1	Av. Leandra Torres N° 237, Urb. San Carlos	Huancayo	Huancayo	(064) 21-6556
00015103	20296554996	CERDENT (IQUITOS)	RED 1	Cl. Huallaga N° 200-204	Iquitos	Iquitos	(065) 24-1943
00010520	20296554996	CERDENT (JESUS MARIA)	RED 1	Av. Brasil N° 1435	Jesus Maria	Lima	(01) 424-4685
00024113	20601307422	CERDENT (JESUS MARIA)	RED 1	Av. Faustino Sánchez Carrón N° 615, Of. 303	Jesus Maria	Lima	987-363-717
00021793	20296554996	CERDENT (LA MOLINA)	RED 1	Av. Javier Prado Este N° 6210 Of. 301	La Molina	Lima	(01) 421-6643
00009771	20296554996	CERDENT (LOS OLIVOS)	RED 1	Av. Carlos Izaguirre N° 1122	Los Olivos	Lima	(01) 485-1051
00015599	20296555001	CERDENT (MIRAFLORES)	RED 1	Av. Benavides N° 1555 Of. 903	Miraflores	Lima	(01) 243-6468
00023876	20518444248	CERDENT (MIRAFLORES)	RED 1	Av. Benavides N° 1555, Int. 303	Miraflores	Lima	(01) 243-6468
00011012	20503788960	CERDENT (MIRAFLORES)	RED 1	Jr. Coronel Inclán N° 540, 2do. Piso	Miraflores	Lima	(01) 445-7909
00015317	20296554996	CERDENT (PIURA)	RED 1	Av. Vice M-14 Urb. Santa Ana	Piura	Piura	(073) 30-8691
00016442	20296554997	CERDENT (SAN BORJA)	RED 1	Av. San Borja Sur N° 845 (Consultorio N°4)	San Borja	Lima	(01) 223-2065
00003385	20296554996	CERDENT (SAN ISIDRO)	RED 1	Cl. Lord Cochrane N° 240	San Isidro	Lima	(01) 421-6643
00010210	20296554996	CERDENT (SAN MIGUEL)	RED 1	Av. La Marina N° 2270 Oficina 201	San Miguel	Lima	(01) 421-6643
00010352	20296554996	CERDENT (SAN MIGUEL)	RED 1	Jr. Chanchan N° 145, consultorio 3, Urb. Maranga	San Miguel	Lima	(01) 452-4281
00016288	20296554999	CERDENT (SURCO)	RED 1	Cl. Los Antares Mz. A5 Lt. 1 Of. 801A, La Alborada	Surco	Lima	999-448-027
00009562	20223140506	CLINICA ODONTOLÓGICA CANO ALVAREZ	RED 1	Av. Reducto N° 900	Miraflores	Lima	(01) 445-2656
00009506	20412084145	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO FUTURE DENT	RED 1	Cl. Las Orquídeas N° 107	Cayma	Arequipa	(054) 25-6354
00010554	20268178113	CORNEJOS DENTAL (SAN BORJA)	RED 1	AV. SAN BORJA NORTE 674	San Borja	Lima	(01) 225-5811
00010480	20504729576	DENTAL CARE	RED 1	Cl. Manuel Fuentes N° 969	San Isidro	Lima	(01) 421-0367
00010718	20514731242	DOCTOR SONRISA (COMAS)	RED 1	Av. Universitaria Norte N° 7576	Comas	Lima	(01) 500-3080
00014046	20514731242	DOCTOR SONRISA (COMAS)	RED 1	Av. Universitaria Norte N° 5822, 2do piso, Urb. Sta. Luzmila	Comas	Lima	(01) 500-3080
00010717	20514731242	DOCTOR SONRISA (LOS OLIVOS)	RED 1	Av. Carlos Izaguirre N° 691 2do piso, Urb. Mercurio	Los Olivos	Lima	(01) 500-3080
00016070	20514731242	DOCTOR SONRISA (LOS OLIVOS)	RED 1	MZ. F LT. 25 2do. Piso, Asoc. Provienda La Estrella	Los Olivos	Lima	(01) 500-3080

00015070	20514731242	DOCTOR SONRISA (LOS OLIVOS)	RED 1	Av. Carlos Izaguirre N° 728, 2do. Piso	Los Olivos	Lima	(01) 500-3080
00024069	20514731242	DOCTOR SONRISA (SIL)	RED 1	Av. Tustaglos N° 222, Piso 2	San Juan de Lurigancho	Lima	(01) 500-3080
00021205	20547352948	DICK DENTAL SERVICE (DENTAL SAN ISIDRO)	RED 1	Av. Lizardo Montero N° 431	San Juan de Lurigancho	Lima	(01) 466-1558
00011566	20514443450	ODONTOFRESH CLINICA DE ESTETICA DENTAL	RED 1	Av. Caminos Del Inca N° 1138	Surco	Lima	(01) 273-7705
00017286	20570647149	ORALBIT	RED 1	Jr. Guillermo Urbeo N° 773	Cajamarca	Cajamarca	(076) 50-7411
00007827	20481617821	PROBENTAL SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	RED 1	Jr. Francisco Bolognesi N° 231	Trujillo	Trujillo	(044) 22-6808
00021283	20800016609	Q-HALI KAY CENTRO ODONTOLÓGICO	RED 1	Urb. León XIII N° 23	Arequipa	Arequipa	(054) 27-5703
00012723	20456410589	SAN ISIDRO DENTAL	RED 1	Cl. Manuel Bailón N° 236	San Isidro	Lima	(01) 443-1006
00007770	10176918244	CENTRO ODONTOLÓGICO BECERRIL	RED 1	Cl. Los Rubies N° 103, Int. 301	Trujillo	Trujillo	(044) 25-5562
00013237	20470202042	CLINICA DENTAL LAS PALMERAS	RED 1	Av. Javier Prado N° 1465	San Isidro	Lima	(01) 442-5879
00012167	20489439779	CLINICA DENTAL ALECEARI	RED 1	Jr. Crespo Castillo N° 784	Huancayo	Huancayo	(062) 51-3377
00015719	20491417025	CLINIC DENTAL PRACTICE	RED 1	Barrio Profesionales B7 Of. 101, 107, 108 Wanchaq	Cusco	Cusco	(084) 23-1495
00023538	20601127611	TODODORTODONCIA SAC	RED 1	Av. Petit Thomas N° 3120	San Isidro	Lima	(01) 279-7952
00024588	20601172438	STUDENTS PERU E.I.R.L.	RED 1	Av. Collasuyo N° 3319 Int. A-2 Urb. Miravalle	Cusco	Cusco	(084) 24-0996
RED DE CENTROS ESPECIALIZADOS ONCOLÓGICOS							
00015872	20498230882	CENTRO ESPECIALIZADO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	RED 3	Av. Parra N° 211, Cercado	Arequipa	Arequipa	(054) 20-0092
00012206	20515468499	CLINICA ONCOLÓGICA DETECTA	RED 3	Av. Angamos Este Mza. F-12 Lt. 12 Urb. Papa Juan XXIII	San Borja	Lima	(01) 217-5100
00003681	20122012736	ONCOMEDICA	RED 3	Jr. Pedro Torrigiani N° 202 (ex CL 72) Urb. Corpac	San Borja	Lima	(01) 224-9310
00011346	20428674201	CLINICA ESPECIALIZADA EN MEDICINA Y ONCOLOGIA	RED 3	Jr. Eduardo Ordoñez N° 215 - 219	San Borja	Lima	(01) 224-1598
00025573	20110768351	CREO CLINICA RENAL Y ONCOLOGICA	RED 3	Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería,	San Martín de Porres	Lima	(01) 289-8300
00008917	20507775689	CLINICA ALIADA (ONCOCARE)	RED 3	Av. José Gálvez Barrancocha 1044 - Urb Corpac	San Isidro	Lima	(01) 650-5000
RED DE FUNERARIAS							
	20475625545	FUNERARIA SAN MARTIN	-	Av. Honorio Delgado N° 163, Urb. Ingeniería		Lima	4811520
	10181912079	FUNERARIA SALAS	-	Pablo De Olavide N° 268, Urb. Razuri		Trujillo	(044) 425388
	20455401977	FUNERARIA MAJESTAD	-	Calle Peral 537 - C. Cercado		Arequipa	959925977
	10296974094	LA FE	-	Calle Peral 604 - A. Cercado		Arequipa	(054) 284561
	10413348868	FENIX	-	Jr. Diego De Almagro 139		Pucallpa	951750456
	10428094471	SANTA FE	-	Av. Ferrocarril 1945 El Tambo		Huancayo	954696363
	20533171461	LA ORENDA	-	Av. Circunvalación Sur Mz D Lt 6 Urb. Los Damascos		Tarma	(052) 246402
RED DE FARMACIAS							
FARMACIAS - EN SAN ISIDRO							
		INKAFARMA (cerca a la Clínica El Golf)	-	Av. Juan Antonio Pérez N° 1380	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica El Golf)	-	Av. Juan Antonio Pérez N° 1391	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a la Clínica Ricardo Palma)	-	Av. Javier Prado Este N° 1110	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN SAN BORJA							
		INKAFARMA (cerca a la Clínica SANNA San Borja)	-	Av. Guardia Civil N° 283	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica SANNA San Borja)	-	Av. Guardia Civil N° 297	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN SAN MIGUEL							
		MIFARMA (cerca a la Clínica San Gabriel)	-	Av. de la Marina N° 2605	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a la Clínica San Gabriel)	-	Av. de la Marina N° 2283	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica Providencia)	-	Av. de la Marina N° 2560 (CC Metro)	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a la Clínica Bellavista)	-	Av. Elmer Faucett N° 347	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica Bellavista)	-	Av. República de Venezuela N° 5414	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a la Clínica San Judas Tadeo)	-	CC D' Paso, Av. Universitaria	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica San Judas Tadeo)	-	Av. de la Marina N° 2607	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN SURCO							
		INKAFARMA (cerca a la Clínica San Pablo Surco)	-	Av. La Encalada N° 1471	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica San Pablo Surco)	-	CC El Polo Piso 1 - Local Bloque A 131	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN MIRAFLORES							
		MIFARMA (cerca a la Clínica Delgado)	-	Av. Angamos Este N° 203	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a la Clínica Delgado)	-	Av. Angamos Este N° 199	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a la Clínica Delgado)	-	Av. Angamos Este N° 400	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN INDEPENDENCIA							
		INKAFARMA (cerca a la Clínica Jesús del Norte)	-	Av. Carlos Izaguirre N° 125	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica Jesús del Norte)	-	Av. Carlos Izaguirre N° 158	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN PUEBLO LIBRE							
		FASA (cerca a la Clínica Centenario)	-	Av. Simón Bolívar N° 904	Central De Pedidos		(01) 619-0000
		MIFARMA (cerca a la Clínica Centenario)	-	Av. Simón Bolívar N° 910	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a la Clínica Stella Maris)	-	Av. Simón Bolívar N° 918	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		MIFARMA (cerca a la Clínica Stella Maris)	-	Av. Simón Bolívar N° 930	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN JESUS MARIA							
		MIFARMA (cerca a la Clínica San Felipe)	-	Av. Gregorio Escobedo N° 804	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a la Clínica San Felipe)	-	Av. Gregorio Escobedo N° 606	Central De Pedidos		(01) 315-9009
		Boticas BTL (cerca a la Clínica San Felipe)	-	CC San Felipe N° 15076	Central De Pedidos		(01) 612-5000
FARMACIAS - EN AREQUIPA							
		INKAFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Siglo XX N° 226, Cercado	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Santo Domingo N° 113, Cercado	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Mercaderes N° 214, Cercado	Central De Pedidos		975-456-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Mercaderes N° 145, Cercado	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Santo Domingo N° 135, Cercado	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Siglo XX N° 235, Cercado	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Siglo XX N° 230, Cercado	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Vallesur)	-	Santo Domingo N° 115, Cercado	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Montecarmelo)	-	Mariscal Castilla N° 528, Cercado	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Montecarmelo)	-	Mariscal Castilla N° 526, Cercado	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Arequipa)	-	Av. Ejército N° 808	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Arequipa)	-	Muli Plaza	Central De Pedidos		975-456-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Arequipa)	-	Av. Ejército N° 400	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Arequipa)	-	Av. Ejército N° 966	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Arequipa)	-	Av. Ejército N° 901	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Arequipa)	-	Av. Enmel N° 115	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Juan de Dios)	-	Victor Andres Belaunde N° 305	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Juan de Dios)	-	Trinidad Moran N° 205	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Juan de Dios)	-	Cerro Colorado	Central De Pedidos		975-456-278
		MIFARMA (cerca a Clínica San Juan de Dios)	-	Trinidad Moran N° 872	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica San Juan de Dios)	-	Trinidad Moran N° 103	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica San Juan de Dios)	-	Plaza las Americas CC	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica San Juan de Dios)	-	CC Real Plaza	Central De Pedidos		989-044-278
FARMACIAS - EN TRUJILLO							
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Pablo Trujillo)	-	Av. Larco N° 1191	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Pablo Trujillo)	-	Cl. Huasque de Junco N° 697	Central De Pedidos		975-456-278
		MIFARMA (cerca a Clínica San Pablo Trujillo)	-	Cl. Huasque de Junco N° 1248	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Sánchez Ferrer)	-	Cl. Los Angeles N° 539	Central De Pedidos		975-456-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Sánchez Ferrer)	-	Av. Futura N° 652	Central De Pedidos		989-044-278
		MIFARMA (cerca a Clínica Sánchez Ferrer)	-	Cl. Los Angeles N° 576	Central De Pedidos		989-044-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Antonio)	-	Av. Larco N° 124	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Antonio)	-	Av. Larco N° 990	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica San Antonio)	-	Cl. Larco N° 1193	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Perinano Americano)	-	Cl. Manabita N° 852	Central De Pedidos		975-456-278
		INKAFARMA (cerca a Clínica Perinano Americano)	-	Cl. Manabita N° 798	Central De Pedidos		989-044-278