

SOLICITUD DE SEGURO ONCOLÓGICO BANCO PICHINCHA

La presente Solicitud forma parte del contrato de seguro. La adecuada respuesta a las preguntas aquí consignadas constituye la base técnica para la aceptación del seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas con la mayor claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un solo tipo de letra y tinta.

FAVOR COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA EN ESTE FORMULARIO SI DESEA SOLICITAR ESTE SEGURO CON LETRA MAYÚSCULA Y LEGIBLE.

1. DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR:

BANCO PICHINCHA	20100105862	(01) 612-2222
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	TELÉFONO
AV. RICARDO PALMA NRO. 278 RES. MIRAFLORES	MIRAFLORES	LIMA-LIMA
DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.)	DISTRITO	PROVINCIA/ DEPARTAMENTO

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

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

1/17

3. DATOS DEL ASEGURADO:

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

4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:

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

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

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

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

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

2/17

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

CUENTA DE AHORROS☐

CUENTA CORRIENTE☐

MONEDA: ME☐ MN☐

TARJETA DE DÉBITO☐

TARJETA DE CRÉDITO☐

N.º DE CUENTA

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

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

Asimismo, mediante la presente, extendiendo la autorización de débito automático a la tarjeta de crédito y/o débito, según corresponda, que sea emitida en razón a renovación, extravío, pérdida, robo o cambio de tarjeta. En dichos supuestos, el Asegurado Titular/ Responsable de Pago está obligado a informar al banco, siendo este último responsable de informar a La Positiva. En caso de falta de comunicación en los supuestos antes indicados, el banco no será responsable de la suspensión de la cobertura de seguro y/o extinción del contrato de seguro que La Positiva pueda aplicar por falta de pago de la prima mensual.

Banco Pichincha no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por no

contar con línea suficiente en la tarjeta y/o saldo en cuenta de ahorros en caso que, no se pueda debitar el monto de la prima transcurrido noventa (90) días calendario, siguientes al vencimiento de la fecha de pago establecida en el contrato. El Asegurado Titular/Responsable de Pago reconoce que se podrá efectuar la desafiliación de los débitos automáticos solicitados. La desafiliación se podrá realizar hasta cuarenta y ocho (48) horas antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima mensual. De no respetar el plazo, la desafiliación operará a partir del siguiente cargo recurrente. La desafiliación podrá ser realizada acercándose a cualquiera de las agencias del Banco Pichincha o a través de su Banca Telefónica llamando al 612-2222 (Lima) o al 0801-00222 (provincias) desde cualquier lugar, las 24 horas del día y los 365 días al año. El pago por el presente servicio será cargado en la cuenta de ahorro que se acaba de aperturar, el día que corresponda efectuar los pagos siempre que esta cuente con una línea disponible y suficiente fondo disponible para efectuar el cargo total del importe facturado por la Compañía. En caso que el medio de pago del Asegurado/Responsable de Pago no cuente con saldo, el Banco aplicará el monto recurrente todos los días hasta efectuar el cobro del costo del servicio. El Banco no será responsable en los casos en los que no se pueda realizar el cargo por saldo insuficiente.

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

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

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

- El ASEGURADO autorice el cargo recurrente de la prima en la cuenta/tarjeta de crédito designada por éste en la fecha de cargo más próxima a la afiliación, según la periodicidad pactada en el presente documento.
- En caso no se encontrará saldo disponible en la

cuenta designada por el ASEGURADO o este tuviera alguna restricción para el débito en la fecha de cargo, el ASEGURADO acepta el cargo de la prima en las cuentas donde mantenga saldo acreedor o cualquier otra cuenta o tarjeta de crédito que el ASEGURADO mantenga con el CONTRATANTE y se procederá a realizar reintentos de cargo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de cargo antes señalada.

- Si luego de los intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la póliza quedará extinguida transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago.
- La prima se cargará en soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

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

En caso de cambio de número de tarjeta por cualquier circunstancia, el cliente autoriza la afiliación del Pago Automático de los servicios arriba indicados a la tarjeta que se emita en sustitución de la anterior. Sin perjuicio de ello, es obligación del cliente informar a LA ASEGURADORA el cambio del número de tarjeta.

Cuando la cuenta y/o tarjeta de débito y/o crédito del ASEGURADO se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o instrucciones del CONTRATANTE por operaciones activas celebradas por el ASEGURADO, el CONTRATANTE y/o LA ASEGURADORA no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del presente seguro. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del ASEGURADO.

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

3/17

6. TÉRMINOS IMPORTANTES:

1. En el caso que la cuenta esté anulada o imposibilitada de aceptar cargos, la solicitud de seguro no procederá.
2. Con la suscripción de la presente solicitud de seguro oncológico, el Asegurado Titular reconoce haber tomado conocimiento del contenido total del "Condicionado General y Particular" que comprende

el detalle de las prestaciones, condiciones y exclusiones del presente seguro oncológico y declara haberlo recibido, constituyendo la firma de la presente solicitud la constancia de recepción del referido condicionado. Asimismo, el Asegurado Titular podrá descargar el condicionado general y demás información y/o documentos integrales de

la póliza, de la web: www.lapositiva.com.pe

3. Los servicios de atención y tratamiento oncológico serán brindados a través de la red prestacional correspondiente, incluyendo a ONCOSALUD, en calidad de proveedor de servicios de salud. En ese sentido, ONCOSALUD actúa únicamente

como prestador de servicios de salud, no siendo responsable de la evaluación, aprobación, rechazo de cobertura, ni de las condiciones económicas del seguro, las cuales corresponden exclusivamente a LA ASEGURADORA.

7. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR:

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

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

Declaro que he tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales de la Póliza, a cuyas estipulaciones quedo sometido y que las mismas se encuentran a mi disposición en la página web: www.lapositiva.com.pe Autorizo expresamente a La

Positiva Seguros, en los casos que se produzca un riesgo cubierto por la póliza requerida, a acceder a mi historia clínica en cualquier centro de salud privado o público, en el momento que lo requiera.

Asimismo, por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita alternativamente por los medios electrónicos que correspondan, toda comunicación o documentación relativa a mis afiliaciones a la EPS y/o pólizas de seguro, así como sus endosas y/o renovaciones, pudiendo incluso haber sido contratadas con anterioridad o en el futuro; incluyendo adicionalmente, comprobantes de pago electrónicos y las comunicaciones de cobranza que correspondan.

Asimismo, por el presente documento, declaro conocer y manifiesto mi consentimiento para que se remita de producirse algún cambio en los medios electrónicos indicado, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

4/17

8. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

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

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

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

Finalidades: **LA ASEGURADORA** tratará los datos personales que los usuarios proporcionen a efectos de preparar y/o ejecutar las relaciones contractuales que estos mantengan con ella y/o que pudieran tener en el futuro, considerando las finalidades adicionales que hubieran autorizado, de ser el caso. A tal efecto, se podrán realizar análisis estadísticos y/o analíticos y/o

de comportamiento del cliente, lo cual puede incluir, la elaboración de perfiles y la gestión de decisiones automatizadas, así como para que se evalúe la calidad y satisfacción con el producto o servicio brindado.

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

Se podrán tratar y compartir los datos personales de los usuarios con autoridades y terceros autorizados por ley, con la finalidad de cumplir con las obligaciones señaladas en normas aplicables a **LA ASEGURADORA**. En caso los usuarios no proporcionen los datos personales necesarios u obligatorios para contratar alguno de los productos y/o servicios ofrecidos por **LA ASEGURADORA**, no será posible brindárselos.

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

Protección de Datos Personales.

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

A los encargados de tratamiento les son de aplicación las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a **LA ASEGURADORA**.

Seguridad de los datos: Se ha adoptado lo siguiente: (i) implementación de medidas de seguridad físicas, técnicas y organizativas para proteger los datos de accesos no autorizados, pérdida o alteración, (ii) restricción del acceso a la información sólo al personal autorizado, y (iii) protocolos para el manejo de incidentes de seguridad de la información.

Videovigilancia: Para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal, **LA ASEGURADORA** cuenta con sistemas de videovigilancia en sus instalaciones. Las imágenes se almacenan con acceso restringido.

Datos personales de menores de edad: En el caso de menores de 18 años, se requiere el consentimiento de los padres o tutores para el tratamiento de sus datos personales. Se exceptúan los casos en que sea necesario para la atención médica urgente del menor.

Ejercicio de derechos ARCO: Los usuarios pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición e información comunicándose a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en cualquiera de las oficinas de **LA ASEGURADORA**, debiendo completar la "Solicitud de Ejercicio de Derecho ARCO" que se encuentra en el siguiente enlace: www.lapositiva.com.pe/solicitudesarco

Los usuarios pueden revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos en cualquier momento mediante dicho procedimiento. Asimismo, si consideran que sus derechos no han sido atendidos pueden acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de actualizar esta Política de Privacidad cuando sea necesario. Cualquier cambio será informado a través de los canales oficiales.

FINALIDADES SECUNDARIAS

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

Tratar mis datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidas y/o compartidas invitaciones a eventos, novedades, información, encuestas, descuentos y/u ofertas que pueden resultar de mi interés, nuevos productos y/o servicios, a través de cualquier medio de comunicación físico, tradicional y/o electrónico, incluidos SMS, llamadas telefónicas, correos electrónicos, redes sociales, mensajería instantánea y/o plataformas digitales.

Sí acepto _____ No acepto _____

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

5/17

Fecha de Suscripción

Firma del Asegurado

CERTIFICADO DE SEGURO ONCOLÓGICO BANCO PICHINCHA

1. DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR:

BANCO PICHINCHA	20100105862	(01) 612-2222
RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN SOCIAL	RUC	TELÉFONO
AV. RICARDO PALMA NRO. 278 RES. MIRAFLORES	MIRAFLORES	LIMA-LIMA
DOMICILIO (JR. CALLE, AVENIDA, NRO.)	DISTRITO	PROVINCIA/ DEPARTAMENTO

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

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

3. DATOS DEL ASEGURADO:

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

6/17

4. BENEFICIARIO DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES Y COBERTURA ADICIONAL:

Será el Asegurado registrado en la presente solicitud, para el beneficio de Sepelio La Positiva reembolsará hasta la suma asegurada establecida en la póliza, los gastos de sepelio incurridos a la persona natural o jurídica que acredite haber realizado dicho gasto mediante presentación de facturas o boletas de venta originales.

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

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

5. INTERÉS ASEGURABLE:

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

6. COBERTURAS Y SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA:

COBERTURAS PRINCIPALES*	SUMA ASEGURADA
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SOLO PARA CÁNCER DE: MAMA, PRÓSTATA, ESTÓMAGO Y COLORRECTAL. (Cobertura ambulatoria y hospitalaria para el tratamiento del cáncer, sin deducible al 100%).	Hasta S/ 100,000 Renovable al año
INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER SOLO PARA CÁNCER DE: MAMA, PRÓSTATA, ESTÓMAGO Y COLORRECTAL.	Hasta S/ 5,000
COBERTURAS ADICIONALES*	SUMA ASEGURADA
SEPELIO DE FALLECIMIENTO ONCOLÓGICO SOLO PARA CÁNCER DE: MAMA, PRÓSTATA, ESTÓMAGO Y COLORRECTAL	Hasta S/ 3,000

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

PRIMA COMERCIAL: Marcar la opción a elegir

RANGO DE EDADES	PRIMA COMERCIAL MENSUAL ☐	PRIMA COMERCIAL MENSUAL + (IGV) ☐	PRIMA COMERCIAL ANUAL ☐	PRIMA COMERCIAL ANUAL + (IGV) ☐
De 18 a 60 años	S/ 23.73	S/ 28.00	S/ 233.05	S/ 275.00
De 61 a 65 años (*)	S/ 152.81	S/ 180.32	S/ 1,488.39	S/ 1,756.30
De 66 a 70 años (*)	S/ 183.47	S/ 216.50	S/ 1,711.19	S/ 2,090.00
71 a más años (*)	S/ 285.69	S/ 337.11	S/ 2,761.02	S/ 3,258.00

7/17

* Solo renovación

Nota: La prima se incrementará automáticamente cuando el asegurado cambie de rango de edad.
Evolución de la prima: Las primas podrán ser reajustadas por La Aseguradora en base a (i) la siniestralidad histórica y esperada, (ii) Índice de inflación médica, (iii) tablas de mortalidad y morbilidad y/o (iv) incremento de los tarifarios de la Red de

Proveedores de Salud. La prima comercial incluye los siguientes conceptos: Cargo por la contratación de comercializadores: Comercializador: BANCO PICHINCHA - 19.42% sobre la prima comercial
Corredor: AMERICA BROKERS CORREDORES DE SEGUROS - J0513 4.85% sobre la prima comercial

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Edad mínima y máxima de ingreso	Desde los 18 años hasta los 60 años inclusive
Edad máxima de permanencia	Sin límite de edad de permanencia

7. VIGENCIA: ANUAL:

Desde: las 12:00 horas del ____/____/____ hasta: las 12:00 horas del ____/____/____ .

De Periodicidad anual con renovación automática, los plazos estipulados en las condiciones generales de la póliza son de aplicación al presente certificado.
La vigencia del certificado se encuentra sujeta a que la Póliza esté vigente y no se haya suspendido la

misma por falta de pago. Luego de haber transcurrido 30 días desde el incumplimiento de la obligación del pago de la prima, la Aseguradora se encuentra facultada a suspender la cobertura. En dicho caso, la Aseguradora cumplirá con informar al Asegurado

Titular y Contratante dicho incumplimiento de pago, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura. En caso la Aseguradora

no reclame el pago de la prima dentro de los 90 días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el certificado, queda extinguido.

8. LUGAR Y FORMA DE PAGO:

El pago de la prima es mensual o anual con cargo en cuenta del Contratante o del Responsable de pago, según corresponda. Cuando la cuenta para el pago del seguro se encuentre bloqueada o retenida, el Comercializador y/o La Aseguradora no serán responsables por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del Asegurado y el Contratante. Es responsabilidad del Asegurado y el Contratante informar al Comercializador y/o de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta donde se carga la prima del seguro.

Fecha de vencimiento del pago de la prima: Cada Treinta (30) días desde el inicio de vigencia del certificado.

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

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

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

- Si luego de los intentos de cargo no se pudiera debitar las primas correspondientes, la póliza quedará extinguida transcurridos 90 días desde el vencimiento de la primera obligación de pago.
- La prima se cargará en soles al tipo de cambio de la fecha de cargo, en caso la moneda de la cuenta bancaria o tarjeta sea distinta a aquella con la que se contrató el seguro.

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

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

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

8/17

9. DECLARACIONES DE LA ASEGURADORA:

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

La Aseguradora es responsable frente al Asegurado

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

10. DECLARACIONES DEL ASEGURADO TITULAR:

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

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

11. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

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

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

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

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

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

Se podrán tratar y compartir los datos personales de los usuarios con autoridades y terceros autorizados por ley, con la finalidad de cumplir con las obligaciones señaladas en normas aplicables a **LA ASEGURADORA**. En caso los usuarios no proporcionen los datos personales necesarios u obligatorios para contratar alguno de los productos y/o servicios ofrecidos por **LA ASEGURADORA**, no será posible brindárselos.

Conservación y almacenamiento: Los datos de los usuarios serán tratados y conservados mientras estos mantengan una relación contractual con **LA ASEGURADORA** y hasta por 10 años siguientes de

culminada la misma. La información será almacenada en el banco de datos de "Clientes" registrado con código RNPDP-PJP N° 3899 en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales.

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

A los encargados de tratamiento les son de aplicación las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a **LA ASEGURADORA**.

Seguridad de los datos: Se ha adoptado lo siguiente: (i) implementación de medidas de seguridad físicas, técnicas y organizativas para proteger los datos de accesos no autorizados, pérdida o alteración, (ii) restricción del acceso a la información sólo al personal autorizado, y (iii) protocolos para el manejo de incidentes de seguridad de la información.

Videovigilancia: Para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal, **LA ASEGURADORA** cuenta con sistemas de videovigilancia en sus instalaciones. Las imágenes se almacenan con acceso restringido.

Datos personales de menores de edad: En el caso de menores de 18 años, se requiere el consentimiento de los padres o tutores para el tratamiento de sus datos personales. Se exceptúan los casos en que sea necesario para la atención médica urgente del menor.

Ejercicio de derechos ARCO: Los usuarios pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición e información comunicándose a través del correo electrónico derechosarco@lapositiva.com.pe o en cualquiera de las oficinas de **LA ASEGURADORA**, debiendo completar la "Solicitud de Ejercicio de Derecho ARCO" que se encuentra en el siguiente enlace: www.lapositiva.com.pe/solicitudesarco

Los usuarios pueden revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos en cualquier momento mediante dicho procedimiento. Asimismo, si

9/17

consideran que sus derechos no han sido atendidos pueden acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de

actualizar esta Política de Privacidad cuando sea necesario. Cualquier cambio será informado a través de los canales oficiales.

12. DEFINICIONES:

- a. Asegurado: Persona natural cuya vida se asegura en virtud de la presente póliza que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza, y cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, Certificado y/o Solicitud de Certificado, según corresponda. En esta definición está incluido el Asegurado Titular y Asegurado(s) Adicional(es).
- b. Asegurado Titular: Cabeza del grupo asegurado. Asume la condición y las responsabilidades del contratante a falta de éste.
- c. Asegurado Adicional: Persona natural designada y añadida como tal por el Asegurado Titular, siendo familiar hasta tercer grado de consanguinidad, y que cumple los requisitos de asegurabilidad establecidos. La Aseguradora no otorgará cobertura a los Asegurados Adicionales en caso el parentesco con el Asegurado Titular no corresponde a los permitidos en esta póliza.
- d. Personas Asegurables: Podrán ingresar como asegurado de la presente póliza cualquier persona residente en la República del Perú, desde los 18 años hasta los 55 años de edad permaneciendo como Asegurados de la Póliza sin límite de edad. Si el Contratante ha venido renovando la póliza de seguro, por lo menos en los últimos cinco (5) años consecutivos, tiene el derecho de continuar renovando la póliza de seguro indefinidamente, con coberturas no menores a las pactadas en el contrato anterior, sin perjuicio de que la Aseguradora modifique las primas deducibles, proveedores afiliados y copagos de acuerdo a los criterios y procedimientos para actualización de las primas.

Los servicios de atención y tratamiento oncológico serán brindados a través de la red prestacional correspondiente, incluyendo a ONCOSALUD, en calidad de proveedor de servicios de salud. En ese sentido, ONCOSALUD actúa únicamente como prestador de servicios de salud, no siendo responsable de la evaluación, aprobación, rechazo de cobertura, ni de las condiciones económicas del seguro, las cuales corresponden exclusivamente a LA ASEGURADORA.

COBERTURAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

1. Tratamiento Oncológico

La Aseguradora otorgará cobertura sobre las prestaciones de recuperación de la salud especificadas en la presente póliza ante el padecimiento, por parte del Asegurado, de las siguientes enfermedades

oncológicas diagnosticadas: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago y colorrectal dentro de la vigencia del presente contrato. Siempre que el diagnóstico se de posteriormente al período de carencia (90 días). Asimismo, brinda las prestaciones preventivas y promocionales, descritas en el Plan Beneficios referidas también a la prevención del riesgo oncológico.

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

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

2. Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

La Asegurada otorga el monto indemnizatorio establecido en el presente certificado de seguro, cuando se diagnostique cáncer por primera vez al Asegurado, de alguno de los siguientes cánceres: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago y colorrectal. El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

3. Sepelio de Fallecimiento Oncológico

La presente cobertura será otorgada en caso de fallecimiento del Asegurado por causa oncológica de los siguientes cánceres: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago y colorrectal debidamente acreditada, hasta la suma asegurada establecida en el presente Certificado de Seguro y bajo la siguiente modalidad Reembolso de gastos

10/17

de sepelio: La Positiva reembolsará hasta la suma asegurada establecida en la póliza, los gastos de sepelio incurridos a la persona natural o jurídica que acredite haber realizado dicho gasto mediante presentación de facturas o boletas de venta originales.

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

CONSIDERACIONES:

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - Vía Crédito AMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES GENERALES	COBERTURA	DEDUCIBLE
Hormonoterapia farmacológica convencional(1): medicamentos convencionales para modular las hormonas del organismo atenuando el crecimiento o reducir el riesgo de recurrencia de ciertos tumores	100%	Ninguno
Hormonoterapia farmacológica compleja(1)(2): medicamentos novedosos o avanzada generación para estimular o inhibir el sistema hormonal modificando el comportamiento de algunos tumores y síntomas.	100%	Ninguno
Consultas o Teleconsultas para Paciente Continuator: exclusivamente para atenciones presenciales o virtuales del monitoreo de los Pacientes con más de 5 años de evolución y sin enfermedad activa. Las derivaciones de este beneficio (laboratorio, imágenes) serán atendidas bajo el beneficio de Servicios de apoyo al tratamiento del Paciente Continuator.	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento para Paciente Continuator: exclusivamente para el otorgamiento de exámenes de laboratorio, imágenes y otros necesarios para el monitoreo de los pacientes oncológicos con más de 5 años de evolución y sin enfermedad activa.	80%	20%
Transfusión sanguínea y hemoderivados (glóbulos rojos, plaquetas, plasma): se cubrirán las pruebas de tamizaje, procesamiento en banco de sangre, pruebas cruzadas y los insumos necesarios solo de la transfusión de aquellas unidades efectivamente transfundidas.	100%	Ninguno
Nutrición Parenteral Total (NPT): solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno
Nutrición Enteral (NE): solo durante la estancia hospitalaria hasta un máximo de tres (3) semanas.	100%	Ninguno
Kit de urostomía: insumo y equipamiento a paciente con urostomía por causa oncológica.	100%	Ninguno
Prótesis internas quirúrgicamente necesarias	100%	Ninguno
Emergencia oncológica, Consultas o Teleconsultas (Oncológico Ambulatorio), Cirugía oncológica ambulatoria	100%	Ninguno
Quimioterapia(1): Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	Ninguno
Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida (1): -Anticuerpos monoclonales -Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas -Citocinas (Interferones e Interleucinas) -Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim)	100%	Ninguno
Medicamentos no oncológicos: (dispositivos médicos para el tratamiento oncológico), materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico, incluyendo la Albúmina humana.	100%	Ninguno

11/17

Radioterapia: radioterapia tridimensional, arcoterapia volumétrica de intensidad modulada, radioterapia de intensidad modulada, radiocirugía estereotáxica, radioterapia estereotáxica extra cerebral, radioterapia intraoperatoria, braquiterapia de alta tasa de dosis. Servicio solo disponible en Lima y Chiclayo.	100%	Ninguno
Servicios de apoyo al tratamiento: Exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	100%	Ninguno
Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, detección de ganglio centinela.	100%	Ninguno
Tomografía por emisión de positrones (PET Scan): Incluye el examen de valoración previa y la sustancia radioactiva FDG. Hasta máximo 02 veces al año. Servicio disponible solo en Lima.	100%	Ninguno
Servicios de la unidad de Cuidados Continuos a domicilio: Cuidados paliativos y terapias del dolor, así como Continuidad de tratamiento hospitalario en domicilio. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno
Kit de colostomía e ileostomía: insumo y equipamiento a pacientes con colostomía o ileostomía.	100%	Ninguno

PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - EXCLUSIVO EN ONCOSALUDY RED PRESTACIONAL- VÍACRÉDITO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	COBERTURA	DEDUCIBLE
Fase diagnóstica(3): Ante el diagnóstico de ALTA SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA, realizado exclusivamente por un profesional médico especialista en oncología, sustentada debidamente en estudios de imágenes, laboratorio y procedimientos. Este beneficio se brinda exclusivamente en las sedes prestacionales de la Red Auna indicadas en el contrato.	50%	50%
Traslado para pacientes radicados fuera de Lima: un (1) boleto aéreo (ida y vuelta en vuelo comercial) al año, para aquellos pacientes domiciliados en provincias (según dirección estipulada en DNI) y con destino al lugar de tratamiento.	100%	Ninguno
Biopsia de descarte de cáncer de Mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	100%	Ninguno
Medicina Integrativa: - Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. Incluye (05) sesiones programadas. Solo en Red Integrada. - Orientación nutricional para pacientes en compañía de familiares. Incluye (05) sesiones programadas. Solo RED AUNA. - Terapia física en el hombro y brazo para el tratamiento de linfedema posterior amastectomía radical por cáncer de mama; post cirugía por cáncer pulmonar. Hasta un máximo de (12) sesiones durante los (03) meses posteriores a la cirugía antes descrita..	100%	Ninguno
Segunda Opinión Médica Nacional: Bajo revisión de la Junta médica permanente de la IAFAS y con el soporte de los comités multidisciplinarios de alta complejidad de la RED AUNA.	100%	Ninguno
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria, para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse. Servicio disponible solo en Lima y según los límites geográficos establecidos.	100%	Ninguno

12/17

Chequeo oncológico cada dos (2) años: conjunto de exámenes para identificar la sospecha de algunos tipos de enfermedades oncológicas, asimismo con la evaluación general de salud se busca identificar factores de riesgo cardiovascular.

El deducible, cobertura, así como el detalle y la periodicidad de los exámenes que incluye el chequeo oncológico y evaluación general de salud están publicados en nuestra página web <https://oncosalud.pe/documentos-interes/programas-oncologicos/oncovital>

- (1) Se cubrirán los medicamentos únicamente citados en el "Listado de Medicamentos para el tratamiento del cáncer", disponible en <https://oncosalud.pe/documentos-interes/programas-oncologicos/medicamentos-oncologicos>
- (2) Las modificaciones de cobertura sobre hormonoterapia compleja, aplican para afiliados que no están en condición de paciente oncológico
- activo al momento de entrada en vigencia del presente condicionado.
- (3) El detalle de los diagnósticos y exámenes que forman parte de la cobertura de este beneficio se encuentra disponible en la página web <https://oncosalud.pe/documentos-interes/otros-documentos>

13. EXCLUSIONES:

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

- a) Enfermedad oncológica preexistente, considerada como aquella condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo de la contratación del seguro o de la presentación del cuestionario de salud, de ser el caso. No aplicará la presente exclusión en caso que el tratamiento oncológico haya sido objeto de cobertura en una póliza inmediatamente anterior, de conformidad a lo estipulado en la Ley N.º 28770.
- b) Todo diagnóstico anatomopatológico positivo para neoplasia maligna, siempre y cuando se haya producido antes de culminado el periodo de carencia.
- c) Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el Asegurado, así como gastos efectuados en el extranjero.
- d) Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento.
- e) Cualquier requerimiento de asistencia prestacional y/o de pagos a terceros, por concepto de gastos de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole, incurridos sin la autorización previa y escrita por parte del prestador de salud de la Aseguradora o anterior a la activación de la cobertura de la presente póliza.
- f) Cualquier requerimiento o prescripción médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico oncológico, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del presente contrato.
- g) Tratamientos psicológicos, psiquiátricos, curas de reposo, suicidio e intento de suicidio y/o todo daño derivado de la autoeliminación, así como tratamientos estéticos, kinésicos o de cualquier tipo de rehabilitación.
- h) Suministro de prótesis de todo tipo, así como también material de osteosíntesis.
- i) Reconocimiento de gastos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y sus derivados como albúmina, entre otros; así como las pruebas de tamizaje de donantes.
- j) Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.
- k) Trasplante de médula ósea y radiofrecuencia, búsqueda y análisis de compatibilidad del donante de médula ósea, salvo el trasplante de médula ósea histocompatible.
- l) Radioterapia con intensidad modulada (IMRT), salvo las expresamente señaladas en la cobertura del presente documento.
- m) Tratamientos e indicaciones médicas dadas y ejecutadas al margen de los procedimientos de atención establecidos en el presente contrato, así como las complicaciones que se puedan derivar de ellas.
- n) Complicaciones médicas generadas por el incumplimiento de las indicaciones médicas otorgadas por los médicos de los proveedores de salud, según lo establecido en el presente contrato.
- o) Todo tipo de requerimiento prestacional que no sea ordenado, prescrito o suministrado por el

13/17

médico designado por los proveedores de salud y/o que su realización no se lleve a cabo a través de la red prestacional que contempla el plan prestacional elegido.

- p) Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional. Fármacos como ansiolíticos, psicóticos, antidepresivos, vacunas, vitaminas, suplementos alimenticios, proteínas, productos naturales o productos no medicinales y cualquier otro medicamento no oncológico.
- q) Tratamientos con fármacos que no hayan concluido exitosamente la fase III de su ensayo clínico o que no se encuentren debidamente aprobados por la FDA o que no se recomienden en las Guías de prácticas clínicas adaptadas de la Clinical Practice Guidelines in Oncology de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) del proveedor de salud o no comercializados o no disponibles en el mercado farmacéutico nacional.
- r) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH/ SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.

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

- a) Enfermedades oncológicas preexistentes o anterior diagnóstico oncológico del asegurado.
- b) Enfermedades oncológicas vinculadas al VIH/ SIDA, diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.
- c) Radiación nuclear. Se excluye todo tipo de diagnóstico anatomopatológico Positivo de Cáncer asociado a reacciones o explosiones

nucleares, radiación nuclear o contaminación radioactiva ya sean controladas o no.

- d) Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- e) Cáncer cérvico uterino "In situ".
- f) Cualquier diagnóstico oncológico que no sea realizado por un médico legalmente habilitado para ejercer la profesión, conforme a las leyes del país en que haya sido emitido el diagnóstico.

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

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

14/17

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

El afiliado deberá activar su beneficio oncológico y ser admitido al programa de tratamiento oncológico, para lograr el otorgamiento de sus beneficios, para lo cual debe cumplir con los requisitos y procedimientos siguientes:

1. Requisitos para activar el beneficio oncológico
 - Formato de Solicitud de Admisión al Programa Oncológico (proporcionado por la IAFAS en Red Auna o nuestras oficinas comerciales).
 - Documento de identidad original (DNI, CE o pasaporte)
 - Encontrarse al día en sus pagos.
 - Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista patólogo colegiado en el país. (indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Tratamiento Oncológico).
 - Informe médico emitido por especialista oncólogo colegiado en el país, sustentando la ALTA SOSPECHA DE NEOPLASIA MALIGNA, respaldado

con los informes de estudios de imágenes y bioquímicos. (indispensable para el otorgamiento de los beneficios de Diagnóstico Oncológico)

- Prueba de nicotina y/o sus metabolitos. Sólo si es requerida por la IAFAS.

Proceso de activación del beneficio oncológico y admisión al Programa Oncológico:

Comuníquese a través de los siguientes canales de atención:

- Call Center: (01) 513-7900 (opción 1)
- Buzón de autorizaciones: autorizaciones@oncosalud.pe
- Página web: www.oncosalud.pe
- WhatsApp: 987 777 050

Si el afiliado está imposibilitado de presentarse personalmente, el proceso de activación podrá hacerlo el cónyuge, un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad o su representante legal, debiendo entregar copia de su documento de identidad, y carta poder simple que acredite la representación según

corresponda.

En caso el afiliado resida en provincias, podrá realizar este trámite en nuestras sedes locales de la RED AUNA (Lima, Arequipa, Piura, Chiclayo y Trujillo) y otras provincias en nuestras sedes comerciales, listadas en la sección siguiente de este documento.

En la fecha y hora citada, deberá presentar los documentos requeridos para activar el beneficio oncológico a nuestras ejecutivas de beneficios para la validación administrativa, seguidamente pasará a la tutoría oncológica y asignación de médico tratante del directorio médico de la IAFAS.

Si el informe de anatomía patológica no es concluyente, a solicitud de la IAFAS, el afiliado deberá presentar las láminas, tacos y otros materiales o exámenes necesarios en el plazo más breve posible, para su revisión por nuestro equipo de anatomía patológica especializado.

El afiliado admitido como paciente del Programa Oncológico recibirá una charla orientativa acerca de los beneficios, coberturas, alcances, limitaciones y exclusiones, así como absolver las dudas y consultas referentes a sus beneficios. Asimismo, se le entregará el manual del paciente, el cual le orientará en los procedimientos que le permitirán el mayor aprovechamiento de sus beneficios del Programa Oncológico contratado.

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

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

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

Si el Asegurado o Beneficiario, debido a culpa leve, incumple con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro en ambos casos precedentes, y de ello resulta un perjuicio a La Aseguradora, ésta tiene derecho a reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que ha sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. La omisión o el retraso sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. El Asegurado no pierde el derecho que le asiste a reclamar por vía arbitral o judicial el reconocimiento de la cobertura. Si el incumplimiento obedeciera a dolo del Asegurado o Beneficiario, pierde el derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, o en aquellos casos que La Aseguradora haya tenido

conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

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

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

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

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

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

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

En el caso de sepelio por fallecimiento oncológico, se deberá comunicar a La Positiva el siniestro dentro del plazo de 7 días calendarios de ocurrido o de conocimiento el beneficio de la póliza, llamando al teléfono (01) 211-0211 ó acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional. Si el 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

15/17

fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho. El 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 Beneficiario, este pierde derecho a ser indemnizado. Si el incumplimiento obedece derecho de ser indemnizado, salvo que la falta de determinación del siniestro, o en aquellos casos que La Positiva haya tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Para la presente Cobertura, se deberá notificar el siniestro por escrito a La Positiva y presentar en (antes copia legalizada) los siguientes documentos:

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

En caso de reembolso, La Positiva tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al 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 Positiva, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. En caso que La Positiva requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la Aseguradora podrá

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

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días calendario con el que cuenta La Positiva para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura. Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La Positiva o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días calendario sin pronunciamiento por parte de la Aseguradora o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los 30 días calendarios siguientes.

Investigación de siniestros:

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

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

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

16/17

15. ÁREAS ENCARGADAS DE ATENDER RECLAMOS:

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

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

Del mismo modo, El Contratante, Asegurados y los Beneficiarios, según corresponda pueden (i) presentar reclamos ante la Defensoría del Asegurado, conforme a lo detallado en el numeral siguiente, o ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual - INDECOPI, o (ii) presentar sus denuncias ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS o el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual - INDECOPI.

16. IMPORTANTE:

La información contenida en el presente Certificado es parcial e informativa, debiendo complementarse la misma con las Condiciones Generales de la Póliza que obran en poder del Contratante. El Asegurado

Titular tiene derecho a solicitar, copia de la póliza del seguro de grupo o colectivo a la Aseguradora, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendario desde la recepción de la solicitud

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

La Positiva Seguros y Reaseguros

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

presentada por el asegurado titular.

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el Asegurado Titular podrá resolver el certificado de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince

(15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del certificado de seguro, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida, siempre que el Asegurado no haya hecho uso de las coberturas. Para tal efecto, el Asegurado Titular podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

Asimismo, durante la vigencia de la póliza, el Contratante tiene derecho a resolver el contrato de seguro sin expresión de causa, pudiendo para tal efecto, utilizar los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados al momento de la contratación de la póliza. La resolución opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la presentación de la solicitud de resolución.

El Asegurado Titular por su parte, tiene derecho a resolver el presente certificado de seguro sin

expresión de causa, siguiendo el procedimiento establecido en el párrafo precedente. La resolución opera de manera inmediata y surte efectos desde el día de la presentación de la solicitud de resolución.

En la fecha que se efectúe la resolución contractual, deberá gestionarse por escrito y en las oficinas de la Aseguradora, el reembolso de la prima que corresponda, la misma que no estará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

El Contratante tiene derecho de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por La Aseguradora, durante la vigencia del contrato de seguro. En dicho supuesto la Aseguradora proporcionará al Contratante la información o documentación necesaria para que éste ponga en conocimiento del Asegurado Titular, las modificaciones que se hayan incorporado al contrato de seguro.

Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado. El presente seguro presenta obligaciones a cargo del Asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que tendría derecho.

Código del Vendedor: _____

17/17

Firma del Vendedor


La Positiva Seguros y Reaseguros

Asegurado Titular

Responsable del Pago