

## 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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NACIONALIDAD	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TIPO DE DOCUMENTO			GÉNERO
DIRECCIÓN	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO	
CORREOELECTRÓNICO	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					

**BANCO**

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

## 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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NACIONALIDAD	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TIPO DE DOCUMENTO			GÉNERO
DIRECCIÓN	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO	
CORREOELECTRÓNICO	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					

**CLIENTE**

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

#### 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.

<input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORROS	<input type="checkbox"/> CUENTA CORRIENTE	<input type="checkbox"/> MONEDA: ME	<input type="checkbox"/> MN
<input type="checkbox"/> TARJETA DE DÉBITO	<input type="checkbox"/> 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 Banco Pichincha, 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 Banco Pichincha se encuentre disponible y con el crédito necesario para realizar dicho cobro.

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

según tipo de tarjeta y fecha de facturación y/o en los movimientos en caso de cargo en cuenta de ahorros. Asimismo, mediante la presente, extiendo la autorización de débito automático a la tarjeta de crédito y/o débito Banco Pichincha, 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

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

**BANCO**

La Positiva Seguros y Reaseguros

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

#### 4. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD:

Personas a asegurar	Titular		Adicional 1		Adicional 2		Adicional 3		Adicional 4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Tiene o ha tenido 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.

<input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORROS	<input type="checkbox"/> CUENTA CORRIENTE	<input type="checkbox"/> MONEDA: ME	<input type="checkbox"/> MN
<input type="checkbox"/> TARJETA DE DÉBITO	<input type="checkbox"/> 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 Banco Pichincha, 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 Banco Pichincha se encuentre disponible y con el crédito necesario para realizar dicho cobro.

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

según tipo de tarjeta y fecha de facturación y/o en los movimientos en caso de cargo en cuenta de ahorros. Asimismo, mediante la presente, extiendo la autorización de débito automático a la tarjeta de crédito y/o débito Banco Pichincha, 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

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

**CLIENTE**

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

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.

## **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](http://www.lapositiva.com.pe)

## 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](http://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 remira 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 remira de producirse algún cambio en los medios electrónicos indicado, me comprometo a actualizarlos a fin de que se efectúen las comunicaciones respectivas.

## 8. POLÍTICA DE PRIVACIDAD - TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

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

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en la presente solicitud es **LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A.** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro**, Provincia y Departamento de Lima, en adelante, **LA ASEGURADORA.**

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **3899.**

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediante la aceptación y firma del presente

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

Siendo las **finalidades primarias:**

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

### FINALIDADES SECUNDARIAS

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

**Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.**

**Si acepto ( ) / No acepto ( )**

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona al Grupo La Positiva los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos

personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico [derechosarco@lapositiva.com.pe](mailto:derechosarco@lapositiva.com.pe) o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link:

[https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8) para ambos canales.

Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes

5/17

**Tratar sus datos personales para fines publicitarios y de prospección comercial, para que sean ofrecidos eventos, novedades, encuestas, descuentos y/u ofertas de su interés, nuevos productos y/o servicios a través de cualquier medio de comunicación tradicional y electrónico.**

**Si acepto ( ) / No acepto ( )**

Mediante la aceptación de la referida finalidad secundaria usted proporciona al Grupo La Positiva los siguientes datos personales: nombres y apellidos, teléfono, edad, estado civil, DNI, RUC, N° Pasaporte, carné de extranjería, PTP, dirección del domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, nacionalidad y profesión.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se verá afectada la prestación del servicio o producto solicitado.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos

personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico [derechosarco@lapositiva.com.pe](mailto:derechosarco@lapositiva.com.pe) o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link:

[https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8) para ambos canales.

Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes

5/17

y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

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

---

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

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

Fecha de Suscripción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

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

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

Fecha de Suscripción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

---

Firma de la persona que otorga el consentimiento para finalidades secundarias

## 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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NACIONALIDAD	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TIPO DE DOCUMENTO			GÉNERO
DIRECCIÓN	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO	
CORREOELECTRÓNICO	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					

7/17

### 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.

## 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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NACIONALIDAD	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TIPO DE DOCUMENTO			GÉNERO
DIRECCIÓN	DISTRITO / PROVINCIA	DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO	PROFESIÓN/OCUPACIÓN	TELÉFONOS	RELACIÓN CON EL ASEGURADO

### 3. DATOS DEL ASEGURADO:

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

7/17

### 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.

## 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) <input type="checkbox"/>	PRIMA COMERCIAL ANUAL	PRIMA COMERCIAL ANUAL + (IGV) <input type="checkbox"/>
De 18 a 55 años	S/ 23.73	S/ 28.00	S/ 233.05	S/ 275.00
De 56 a 60 años (**)	S/ 87.70	S/ 103.49	S/ 838.98	S/ 990.00
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/ 1,771.19	S/ 2,090.00
71 a más años (**)	S/ 285.69	S/ 337.11	S/ 2,761.02	S/ 3,258.00

8/17

\*\* 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 55 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

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

**BANCO**

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) <input type="checkbox"/>	PRIMA COMERCIAL ANUAL	PRIMA COMERCIAL ANUAL + (IGV) <input type="checkbox"/>
De 18 a 55 años	S/ 23.73	S/ 28.00	S/ 233.05	S/ 275.00
De 56 a 60 años (**)	S/ 87.70	S/ 103.49	S/ 838.98	S/ 990.00
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/ 1,771.19	S/ 2,090.00
71 a más años (**)	S/ 285.69	S/ 337.11	S/ 2,761.02	S/ 3,258.00

8/17

\*\* 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 55 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

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

**CLIENTE**

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

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 cuneta 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.

## 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:

El titular del presente banco de datos en el que se almacenarán los datos personales facilitados en el presente certificado es **LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A.** con domicilio en **Calle Francisco Masías N° 370, distrito de San Isidro**, Provincia y Departamento de Lima, en adelante, **LA ASEGURADORA.**

La existencia de este banco de datos personales ha sido declarada a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, mediante su inscripción en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación **CLIENTES** y el código RNPDP N° **03899.**

Se le informa que cualquier tratamiento de datos personales por parte de **LA ASEGURADORA**, se ajusta a lo establecido por la legislación vigente en Perú en la materia (Ley N°29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias).

Mediantelaaceptaciónyfirmadelpresentedocumento

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

Siendo las **finalidades primarias:**

- Ejecutar la relación contractual.
- Evaluar la calidad del servicio, realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo con fines estadísticos, analíticos, riesgos, comportamiento, cobranzas y de siniestralidad para usos internos.

De no proporcionar los datos personales previamente mencionados no se le podrá brindar el servicio o producto requerido. En ese sentido, estos datos personales son considerados obligatorios.

Esta autorización y/o la conservación de los datos personales estará vigente mientras dure la relación contractual, posteriormente a la misma, se conservarán los datos para las finalidades autorizadas por Ud. hasta que se revoque su consentimiento o hasta que la legislación vigente nos permita contar con su información.

Cabe resaltar que, sus datos personales sólo serán utilizados con propósitos limitados a los expuestos precedentemente.

Por otro lado, **LA ASEGURADORA** informa que:

- Los datos personales se transferirán a nivel nacional a las empresas que conforman el grupo empresarial de La Positiva así como los terceros o proveedores que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.
- Los datos personales se transferirán a nivel internacional (flujo transfronterizo) a: las empresas que conforman el grupo empresarial con sede en el extranjero así como los terceros o proveedores internacionales que cuentan con acceso autorizado a sus datos personales, de forma restringida a una finalidad contratada por **LA ASEGURADORA** para ofrecer sus servicios.

El listado de estos proveedores se actualiza periódicamente en **LA ASEGURADORA**. Por dicho motivo, se recomienda revisar la actualización del listado de terceros autorizados que tratan datos personales en representación de **LA ASEGURADORA** en la página web <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#principales-terceros>

Considerando el servicio o producto adquirido en **LA ASEGURADORA**, así como las finalidades adicionales al contrato o solicitud remitida por Ud., **LA ASEGURADORA** deberá transferir sus datos personales a terceras personas autorizadas, estricta y únicamente con el objeto de realizar actividades relacionadas al cumplimiento de las finalidades indicadas en el presente documento.

En el caso de los Derechos ARCO (derecho de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición) indicados en la Ley N° 29733, su reglamento y demás normas complementarias y/o modificatorias, como titular de sus datos personales el solicitante tiene el derecho de acceder a sus datos personales en posesión de **LA ASEGURADORA**, conocer las características de su tratamiento, rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos; solicitar sean suprimidos o cancelados al considerarlos innecesarios para las finalidades previamente expuestas o bien oponerse a su tratamiento para fines específicos. Asimismo, el solicitante podrá en todo momento

10/17

revocar el consentimiento otorgado expresamente, tanto como limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, a través del correo electrónico [derechosarco@lapositiva.com.pe](mailto:derechosarco@lapositiva.com.pe) o en nuestras oficinas ubicadas en la dirección señalada (Ver sección: Identidad y domicilio) utilizando el formato ARCO que se encuentra en el siguiente link: [https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.Z18\\_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8](https://www.lapositiva.com.pe/wps/wcm/connect/corporativo/6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa/Solicitud+Derechos+ARCO%C2%A0.Z18_NH4A1242MG2V50QO45G2A414H7-6c09d8d9-4e39-431c-aa4a-96badd2c6eaa-nID2pG8) para ambos canales. Para mayor detalle se sugiere visualizar la sección de Derechos Arco en la página web de la empresa <https://www.lapositiva.com.pe/wps/portal/corporativo/home/privacidad#politicatratamiento-datospersonales> Además de los anteriores derechos, el Solicitante tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el

procedimiento descrito precedentemente, sin que dicha exclusión de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la exclusión del mismo. De considerar que no ha sido atendido en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ubicada en Calle Scipion Llona N° 350, distrito de Miraflores, Provincia y Departamento de Lima, Perú; completando el formulario respectivo.

Finalmente, informar que **LA ASEGURADORA** será responsable de este banco de datos personales y de los datos personales contenidos en este. Por ello, con el objeto de evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los datos personales o información confidencial facilitados por los solicitantes y/o los clientes, **LA ASEGURADORA** ha adoptado los niveles de seguridad y de protección de datos personales legalmente requeridos, y ha instalado todos los medios y medidas técnicas, organizativas y legales razonables a su alcance.

## 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.

### 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.

11/17

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 cáncer: 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 cáncer: 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 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:

<b>PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - Vía Crédito AMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES GENERALES</b>	<b>COBERTURA</b>	<b>DEDUCIBLE</b>
Honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas o visita domiciliaria, ayudantía o administración de anestesia.	100%	Ninguno
QUIMIOTERAPIA: Medicamentos antineoplásicos convencionales, materiales e insumos (incluyendo catéteres permanentes, líneas de infusión, entre otros) y servicios relacionados a su administración. Incluye la pre medicación y vitaminas que formen parte del esquema de quimioterapia.	100%	Ninguno
Terapia modificadora de respuesta biológica o blanco dirigida: anticuerpos monoclonales, Inhibidores de enzimas kinasas y proteosomas, Inmunoterapia (BCG), Citocinas (Interferones e Interfeucinas), Factor estimulante de colonias de células blancas (Filgrastim), Inmunomoduladores	70%	30%
Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con el tratamiento oncológico.	100%	Ninguno
Radioterapia: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de intensidad modulada sólo en red Auna.	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 para uso diario para pacientes con Cáncer de Colon Primario.	100%	Ninguno

12/17

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

<b>PRESTACIONES DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - EXCLUSIVO EN ONCOSALUDYRED PRESTACIONAL- VÍACRÉDITO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA - PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS</b>	<b>COBERTURA</b>	<b>DEDUCIBLE</b>
Biopsia de descarte de cáncer de Mama en caso de alta sospecha de neoplasia maligna.	100%	Ninguno
Medicina Integrativa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. Incluye (05) sesiones programadas. Sólo en RED AUNA.</li> <li>• Orientación nutricional para pacientes en compañía de familiares. Incluye (05) sesiones programadas. Solo RED AUNA.</li> <li>• 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..</li> </ul>	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
Despistaje Oncológico y Evaluación general de salud: Exámenes preventivos según sexo y edad del afiliado. Solo RED AUNA. El detalle de la periodicidad de los exámenes están publicados en la página web <a href="https://www.pichincha.pe">https://www.pichincha.pe</a>	Deducible de S/100 Cada 2 años	

### 13. EXCLUSIONES:

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

- Enfermedad oncológica preexistente, considerada como aquella condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo de la contratación del seguro o de la presentación del cuestionario de salud, de ser el caso. No aplicará la presente exclusión en caso que el tratamiento oncológico haya sido objeto de cobertura en una póliza inmediatamente anterior, de conformidad a lo estipulado en la Ley N.º 28770.
- Todo diagnóstico anatomopatológico positivo para neoplasia maligna, siempre y cuando se haya producido antes de culminado el periodo de carencia.
- Cualquier solicitud de reintegro de gastos médicos, inclusive honorarios de médicos pactados directamente por el Asegurado, así como gastos efectuados en el extranjero.
- Cualquier tipo de requerimiento de asistencia prestacional sobre alguna enfermedad o condición no oncológica preexistente o adquirida durante el curso del tratamiento.
- Cualquier requerimiento de asistencia prestacional y/o de pagos a terceros, por concepto de gastos de hospitalización no quirúrgica, quirúrgica o gastos post-operatorios de cualquier índole, incurridos sin la autorización previa y escrita por parte del prestador de salud de la Aseguradora o anterior a la activación de la cobertura de la presente póliza.
- Cualquier requerimiento o prescripción médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico oncológico, salvo las expresamente señaladas en el plan de beneficios del presente contrato.
- Tratamientos psicológicos, psiquiátricos, curas de reposo, suicidio e intento de suicidio y/o todo daño derivado de la autoeliminación, así como tratamientos estéticos, kinésicos o de cualquier tipo de rehabilitación.
- Suministro de prótesis de todo tipo, así como también material de osteosíntesis.
- 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.
- Suministro de nutrición parenteral y nutrición enteral (procedimiento, insumos y fórmula) y/o referidos a consultas nutricionales.
- Trasplante de médula ósea y radiofrecuencia, búsqueda y análisis de compatibilidad del donante de médula ósea, salvo el trasplante de médula

13/17

- 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 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:

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

##### Aviso de Siniestro:

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

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

- 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

así como también en el Certificado de Seguro.

El teléfono del proveedor de salud es (01)513-7900 y la dirección de correo electrónico es: [contacto@oncosalud.pe](mailto:contacto@oncosalud.pe)

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

Si el asegurado está imposibilitado de presentarse

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

Activación de la cobertura - Tratamiento Oncológico:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c) 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 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 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](http://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 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.

17/17

Código del Vendedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Vendedor

   
\_\_\_\_\_  
La Positiva Seguros y Reaseguros

\_\_\_\_\_  
Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Responsable del Pago

**BANCO**

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

## 16. IMPORTANTE:

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

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de Comercializadores y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el Asegurado Titular podrá resolver el certificado de seguro sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción del certificado de seguro, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida, siempre que el Asegurado no haya hecho uso de las coberturas. Para tal efecto, el Asegurado Titular podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos o medios que usó para la contratación del seguro.

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

17/17

Código del Vendedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Vendedor

   
\_\_\_\_\_  
La Positiva Seguros y Reaseguros

\_\_\_\_\_  
Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Responsable del Pago

**CLIENTE**

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