

**SEGURO ONCOLOGICO
CONDICIONES GENERALES**

ARTÍCULO N° 1	OBJETO DEL CONTRATO
ARTÍCULO N° 2	DEFINICIONES
ARTÍCULO N° 3	PERSONAS ASEGURABLES
ARTÍCULO N° 4	COBERTURAS
ARTÍCULO N° 5	EXCLUSIONES
ARTÍCULO N° 6	VIGENCIA
ARTÍCULO N° 7	RENOVACIÓN
ARTÍCULO N° 8	PRIMA Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA
ARTÍCULO N° 9	REHABILITACIÓN
ARTÍCULO N° 10	RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA NO DOLOSA
ARTÍCULO N° 11	NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS
ARTÍCULO N° 12	RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS
ARTÍCULO N° 13	TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS
ARTÍCULO N° 14	AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA
ARTÍCULO N° 15	LIQUIDACIÓN Y PAGO DE SINIESTROS
ARTÍCULO N° 16	OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO
ARTÍCULO N° 17	TRIBUTOS
ARTÍCULO N° 18	PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA
ARTÍCULO N° 19	COMUNICACIONES
ARTÍCULO N° 20	SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
ARTÍCULO N° 21	MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA
ARTÍCULO N° 22	PREDOMINIO DE CONDICIONES Y CLÁUSULAS
ARTÍCULO N° 23	DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA
ARTÍCULO N° 24	MONEDA DEL CONTRATO
ARTÍCULO N° 25	ATENCIÓN DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE
ARTÍCULO N° 26	INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS
ARTÍCULO N° 27	TERRITORIALIDAD
ARTÍCULO N° 28	DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
ARTÍCULO N° 29	POLÍTICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
ARTÍCULO N° 30	CORREDORES DE SEGUROS
ARTÍCULO N° 31	PÓLIZA ELECTRÓNICA
ARTÍCULO N° 32	DECLARACIONES
ARTÍCULO N° 33	TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS



INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro o en la comunicación escrita presentada por el Contratante y/o Asegurado, la cual se adhiere y forma parte integrante de este Contrato de Seguro y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y asimismo de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales del Seguro Oncológico, Condiciones Particulares, Especiales, Adicionales, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza (en adelante, la “Póliza”); BNP Paribas Cardif S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la “Compañía”) conviene en amparar al Asegurado contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO N° 1: OBJETO DEL CONTRATO

En virtud del presente contrato de seguro, el Contratante y/o Asegurado se obliga al pago de la prima convenida y la Compañía sujeta a los términos y condiciones de esta Póliza, a pagar la indemnización prevista para cada una de las Coberturas hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, previa deducción de cualquier obligación a favor de la Compañía, de acuerdo a los términos y condiciones contenidos en la Póliza.

ARTÍCULO N° 2: DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza, las palabras señaladas a continuación, tendrán el significado siguiente:

- 2.1. **Asegurado:** Es la persona natural designada como tal en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, titular del interés asegurable y que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. Incorpora al Asegurado Titular y Asegurados Dependientes.
- 2.2. **Asegurado Titular:** Es la persona natural que tiene relación directa con el Contratante.
- 2.3. **Asegurado Dependiente:** Son los dependientes del Asegurado Titular especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. Los Asegurados Dependientes serán considerados Asegurados hasta alcanzar el límite de edad establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado y mantendrán su condición de tales mientras el Asegurado Titular lo sea.
- 2.4. **Autorización de Atención:** Documento que expide la Compañía para la atención del Asegurado en la Red de Proveedores de Salud.
- 2.5. **Beneficiario:** Es el Titular de los derechos indemnizatorios establecidos en la Póliza. Podrá ser el Contratante, Asegurado y/o los herederos legales del Asegurado dependiendo de las coberturas contenidas en la Póliza y según lo establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 2.6. **Cáncer:** Es la enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición.
- 2.7. **Carta de Garantía:** Autorización escrita que la Compañía otorga al proveedor de salud para realizar la atención médica luego de validar que el tratamiento indicado y los procedimientos médicos sean los amparados por la Póliza.
- 2.8. **Certificado:** Documento que se emite en el caso de Seguros de Grupo, vinculado a una póliza de seguro determinada.
- 2.9. **Cláusulas Adicionales:** Son Condiciones Especiales autónomas que tienen por objeto incorporar coberturas adicionales a las coberturas establecidas en las Condiciones Generales.
- 2.10. **Condiciones Especiales:** Estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir, aclarar y en general modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.



- 2.11. Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por la Compañía para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguros. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la Póliza.
- 2.12. Condiciones Particulares:** Documento que contiene las estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes contratantes, la designación del Asegurado y el Beneficiario, la descripción de la materia asegurada, la Suma Asegurada, el alcance de la cobertura, el importe de la prima, el lugar y forma de pago de la prima, la vigencia de la Póliza y demás condiciones de aseguramiento.
- 2.13. Contratante:** Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y que figura como tal en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 2.14. Copago:** Pago que debe realizar el Asegurado directamente al Proveedor de la Red de Salud para los servicios que se detallan en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 2.15. Declaración de Salud:** Declaración efectuada por el Asegurado Titular al momento de solicitar el seguro, en el cual manifiesta si él y/o los Asegurados Dependientes, padecen o han padecido de alguna Enfermedad, síntomas y/o dolencias anterior al inicio del seguro.
- 2.16. Diagnóstico de Cáncer:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio o pruebas auxiliares. En caso de diagnóstico de cáncer se requiere la anatomía patológica expedida por el médico especializado en Anatomía Patológica.
- 2.17. Dispositivos o implantes médicos:** Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, destinados a fines médicos.
- 2.18. Documentos Sustentatorios:** Son todos aquellos documentos establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado que deberán presentar el Asegurado y/o Beneficiario para sustentar y acreditar el Siniestro.
- 2.19. Endoso:** Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida y mediante el cual se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del Contratante, surtiendo efecto una vez que ha sido suscrito y aprobado por la Compañía y el Contratante.
- 2.20. Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que conlleve un tratamiento médico.
- 2.21. Equipo Médico:** Incluye glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, sillas de ruedas, muletas, equipos ambulatorios para rehabilitación y cualquier otro que surja en el futuro.
- 2.22. Estudios Clínicos:** Son investigaciones realizadas en personas para determinar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz, en comparación con otros tratamientos ya conocidos y ampliamente utilizados. Es el mejor tipo de investigación que se puede realizar para determinar las ventajas de un nuevo tratamiento en comparación con otro de efectividad ya conocida. La participación en estos estudios es voluntaria y necesita de la aprobación de un comité de ética para su realización.
- 2.23. FDA (Food and Drug Administration):** Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.
- 2.24. Fecha de Siniestro:** Corresponde a la fecha de ocurrencia del Siniestro.



- 2.25. Fecha de Aviso:** Corresponde al día y hora en que se recibió, por parte de la Compañía o de quién ésta designe para tal efecto, el aviso de Siniestro.
- 2.26. Gastos Administrativos:** Incluye los costos de suscripción, emisión, cobranza, administración, control y cualquier otro necesario para el manejo operativo del seguro y que será especificado en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 2.27. Interés Asegurable:** Requisito que debe concurrir en el Asegurado quien desea las coberturas contenidas en la Póliza, reflejado en su deseo sincero de que el Siniestro no se produzca ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.
- 2.28. Informe Anátomo Patológico Histológico Positivo:** Resultado histopatológico que define el diagnóstico de Cáncer y es emitido por un médico Anátomo Patólogo.
- 2.29. IPRESS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud bajo el ámbito de supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD
- 2.30. Medicina Alternativa y/o Complementaria:** Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos que no son considerados como parte de la medicina científica. La medicina complementaria se utiliza en simultáneo con la medicina científica, mientras que la medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica. Incluye, pero no se limita a: acupuntura, aromaterapia, ayurveda, cromoterapia, dietética, fitoterapia, hidroterapia, hipnosis, homeopatía, kinesiología, medicina folklórica, medicina holística, medicina naturopática, medicina osteopática, medicina tradicional oriental, quiromasaje, quiropráctica, qi gong, reiki, reflexoterapia, sanación pranika, sofrología, terapia floral, terapia de toque, yoga.
- 2.31. Medicina Basada en la Evidencia:** Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los Estudios Clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.
- 2.32. Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina y calificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, y que no es: a) el Asegurado Titular y/o Dependiente; b) cónyuge del Asegurado; c) hijo, padre o hermano del Asegurado o de su cónyuge.
- 2.33. National Cancer Comprehensive Network (NCCN):** Entidad norteamericana especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer.
- 2.34. Nivel de Evidencia 2A:** Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina niveles de evidencia y van en una escala del 1 (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al 4 (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia 2A, según la clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas que proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia 2A es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.
- 2.35. PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- 2.36. Período de Carencia:** Período de tiempo durante el cual las coberturas no se encuentran activas aún cuando haya iniciado vigencia la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad de Cáncer manifestada durante este Periodo no tendrá cobertura.



- 2.37. Período de Gracia:** Período adicional otorgado por la Compañía para el pago de la prima. El Período de Gracia en caso lo hubiere será determinado en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 2.38. PET Scan.-** (Positron Emission Tomography): Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano y que es utilizado para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer.
- 2.39. Póliza:** Documento que formaliza el consentimiento del presente Contrato de Seguro, en el que se reflejan las condiciones que de manera general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Compañía y el Contratante. Se encuentran comprendidos los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del Contrato de Seguro.
- 2.40. Preexistencias:** Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento de la celebración del Contrato de Seguros.
- 2.41. Prima:** Prima Comercial que incluye la prima pura de riesgo, cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo, cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y beneficio comercial de la Compañía.
- 2.42. Prótesis quirúrgicas:** Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.
- 2.43. Quimioterapia:** Esquemas de tratamiento del Cáncer con fármacos antineoplásicos, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- 2.44. Radioterapia:** Aplicación de radiaciones ionizantes emitidas por equipos como el acelerador lineal, diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores localizados, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- 2.45. Red de Proveedores de Salud:** Proveedores de salud, clínicas, hospitales, instituciones médicas y/o médicos afiliados a la Red médica que mantiene la Compañía.
- 2.46. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):** El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluye el VIH (virus inmunodeficiencia humano), sarcoma de kaposi, encefatología (demencia), y síndrome de desgaste por virus de inmunodeficiencia y todas las enfermedades causadas y relacionadas al virus VIH positivo.
- 2.47. Residente:** Es toda persona natural de nacionalidad peruana que tenga domicilio en el Perú y/o toda persona extranjera que tenga una Visa de Residente.
- 2.48. Reticencia:** Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, conocidas por el Contratante o Asegurado, que hubiesen impedido el Contrato de Seguros o modificado sus condiciones.
- 2.49. Seguro de Grupo:** Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir mediante un solo contrato a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.
- 2.50. Siniestro:** Manifestación del riesgo asegurado y amparado bajo las coberturas de la Póliza.
- 2.51. Solicitud de Seguro:** Constancia de voluntad de contratar el Seguro.
- 2.52. Solicitud-Certificado:** Documento que se emite en caso de un seguro de grupo y que incorpora la Solicitud de Seguro.
- 2.53. Solicitud de cobertura:** Solicitud efectuada por el Asegurado o Beneficiario ante la Compañía por la ocurrencia de un Siniestro respecto a la cobertura de seguro contratada y que se formaliza con la presentación del Formulario de Siniestro.



- 2.54. Suma Asegurada:** Monto máximo que la Compañía garantiza pagar al Asegurado en caso de ocurrir un Siniestro cubierto por la Póliza.
- 2.55. Tarifario Segus:** Documento técnico que consiste en el catálogo estandarizado de los procedimientos y servicios de salud, elaborado de manera conjunta por la Asociación de Clínicas Particulares (ACP), la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG) y la Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud (APEPS).
- 2.56. Terapia Biológica:** Terapia modificadora de respuesta biológica que ayuda a estimular las defensas naturales del cuerpo para combatir el cáncer. Incluye monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia.
- 2.57. Tratamiento y/o procedimiento experimental:** Procedimiento médico o quirúrgico, esquema terapéutico o tecnología que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico. Para el caso específico del campo de la Oncología, se reconoce únicamente como organización rectora a la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- 2.58. Tumor maligno:** Conjunto de células cancerosas que conforman una lesión anormal que aumenta de volumen, invade tejidos vecinos y que puede migrar por vía sanguínea.

ARTÍCULO N° 3: PERSONAS ASEGURABLES

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza cualquier persona que tenga interés asegurable, sea residente en la República del Perú y cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Podrán ingresar como Asegurados bajo la presente Póliza, las personas naturales que a la fecha de presentación de la Solicitud de Seguro, cumplan con las edades establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado, permaneciendo como Asegurados de la Póliza hasta cumplir la edad máxima de permanencia, salvo que hayan venido renovando el seguro de manera ininterrumpida por 5 años consecutivos.

La edad mínima y máxima de ingreso y la edad máxima de permanencia serán establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Las edades declaradas por los Asegurados podrán comprobarse con documento fehaciente en los casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del Siniestro amparado por este Contrato de Seguro.

ARTÍCULO N° 4: COBERTURAS

4.1. TRATAMIENTO DEL CANCER:

La Compañía cubrirá los gastos médicos necesarios única y exclusivamente para el tratamiento del Cáncer del Asegurado, según los estándares médicos internacionales comprendidos dentro de las recomendaciones de la National Cancer Comprehensive Network (NCCN), posterior al primer diagnóstico anatómico patológico histológico positivo de esta enfermedad y hasta la Suma Asegurada prevista en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado y previa autorización de la Compañía, en caso se le diagnostique Cáncer al Asegurado.

El tratamiento de Cáncer se iniciará después que el Asegurado haya presentado los Documentos Sustentatorios del Diagnóstico de Cáncer y se encuentre debidamente autorizado por la Compañía.

El tratamiento de Cáncer será prestado única y exclusivamente a través de la Red de Proveedores de Salud, que será entregada al Contratante y que se encontrará también a disposición y debidamente actualizada en la página web de la Compañía. La Compañía podrá modificar la relación de la Red de Proveedores de Salud, cumpliendo para tal efecto con lo dispuesto en el artículo 21° de las Condiciones Generales

Los gastos cubiertos dentro del tratamiento de Cáncer incluyen lo siguiente:



- Gastos totales que demande el tratamiento convencional ambulatorio del Asegurado única y exclusivamente a través de la Red de Proveedores de Salud, incluyendo los honorarios médicos por consultas, medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas posteriores al diagnóstico anatómo patológico histológico positivo, procedimientos clínicos y terapias convencionales (Radioterapias y Quimioterapias).
- Gastos totales que se incluyen en el tratamiento ambulatorio posteriores al diagnóstico anatómo patológico positivo por concepto de Laboratorio, Radiología, Histopatología, Medicina Nuclear, Drogas Antineoplásicas, Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética, Bombas de Infusión, Catéteres Permanentes, Mallas Marlex, Grapas, Examen Inmuno Histoquímica.
- Gastos totales por concepto de hospitalización posteriores al diagnóstico anatómo patológico positivo, tales como: habitación simple o doble, alimentación, honorarios por servicios médicos, ayudantías, exámenes, costo y administración de medicamentos, anestésicos y oxígeno, derecho de sala de operaciones, incluyendo consultas pre y post operatorias.

Adicionalmente, dentro de la cobertura de Tratamiento de Cáncer la Compañía cubrirá lo siguiente dentro del territorio nacional:

- **CIRUGÍA DE HALLAZGO:** Cuando en una cirugía común realizada dentro del territorio nacional se encuentra Cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica. La Compañía pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, **siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo de Cáncer previo a la cirugía y siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con el correspondiente Informe Anatómo Patológico Histológico Positivo y/o sustentos solicitados por la Compañía. No cubre complicaciones producto de esta cirugía.** Se cubrirá bajo la modalidad de crédito y/o reembolso. Si es bajo reembolso, se aplicará la tarifa A del Tarifario Segus de la Asociación de Clínicas.
- **PET SCAN (Positron Emission Tomography):** Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano y que es utilizado para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer. El número de eventos cubiertos estará especificado en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **SEGUNDO U OTRO NUEVO CÁNCER PRIMARIO:** Se cubre solo el tratamiento de cualquier otro Cáncer diferente histológicamente al primero cubierto por la Póliza.
- **Segunda Opinión Médica Nacional (para cirugías electivas):** Se cubre la opinión de otro médico cirujano perteneciente a la Red de Proveedores de Salud, con respecto a una decisión quirúrgica previa a la operación y sobre la cual el Asegurado tiene una duda razonable, previa coordinación y autorización de la Compañía.
- **TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:** Se cubrirán únicamente las patologías que se presenten, dentro de los plazos establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento de Cáncer cubierto por esta Póliza (Quimioterapia, Radioterapia o Cirugía Oncológica). Sólo se cubrirán las patologías establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL:** Se cubrirán únicamente los gastos de transporte aéreo o terrestre en línea comercial hacia el establecimiento de salud con capacidad resolutive más próximo, previa autorización y certificación del médico tratante, **siempre que en la localidad donde se encuentre el Asegurado no exista la capacidad resolutive ni la infraestructura médica necesaria para su atención hospitalaria. No cubre los gastos de alojamiento ni alimentación.** La Compañía reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado hasta la Suma Asegurada establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- **Terapia Biológica:** Tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.



- Trasplante de médula ósea: **Sujeto a la permanencia en el presente seguro por un plazo mayor a 24 meses**, se otorgará esta cobertura a nivel nacional solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por el ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA, de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN y previa evaluación y aprobación de la Compañía. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo los exámenes de histocompatibilidad del donante designado.

En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos del donante y del receptor. **No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.**

4.2. INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO (CÁNCER):

La Compañía pagará una indemnización al Asegurado hasta la Suma Asegurada prevista en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, en caso el Asegurado reciba por primera vez un Diagnóstico de Cáncer y siempre que el Diagnóstico de Cáncer se realice con posterioridad al Periodo de Carencia y no se encuentre dentro de las Exclusiones previstas en la Póliza.

ARTÍCULO N° 5: EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre los gastos y/o Siniestros relacionados con o a consecuencia de:

5.1. RESPECTO A LA COBERTURA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER:

- 5.1.1. Las enfermedades, dolencias, patologías pre-existentes al inicio del presente seguro o causas o consecuencias relacionadas con estas enfermedades o dolencias pre-existentes.
- 5.1.2. Cualquier condición de alteración del estado de salud que induzca a sospecha de la existencia, sintomatología y/o manifestación de alguna Enfermedad debidamente evidenciada en el historial clínico y posteriormente confirmada con un diagnóstico anatómo patológico positivo para cáncer, incurridas antes de la contratación del seguro e incluso durante el Período de Carencia.
- 5.1.3. Los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, así como tratamientos por desordenes nerviosos o trastornos del sueño.
- 5.1.4. Cirugías plástica y/o estéticas y/o reparadora, así como tratamiento de embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza, incluido la reconstrucción mamaria.
- 5.1.5. Compra o alquiler de cualquier Equipo Médico, así como el uso de los artículos de aseo y cuidado personal y/o materiales descartables.
- 5.1.6. Gastos relacionados con la adquisición y transfusión de sangre y derivados: plasma, albúmina, plaquetas, paquetes globulares, gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes, prueba cruzada para verificar la compatibilidad del receptor. Asimismo están excluidos los equipos de auto-transfusión, nutrición parenteral, nutrición enteral, ansiolíticos, así como tratamientos que impliquen el uso de células madre.
- 5.1.7. Compra de tejidos y órganos.
- 5.1.8. Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- 5.1.9. Productos o extractos naturales, medicina homeopática, farmacopea china, medicamentos experimentales según lo establecido por la Food and Drug Administration (FDA) o que no estén autorizados por ésta, medicina con fines placebo o de eficacia terapéutica no comprobada o de beneficio no demostrado científicamente. Fármacos que no cuenten con la autorización de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), para su debido uso y comercialización en el Perú.
- 5.1.10. Tratamientos de medicina alternativa o complementaria y/o tratamientos médicos cuyo beneficio no esté demostrado científicamente, o su eficacia terapéutica no esté debidamente comprobada y productos no medicinales.
- 5.1.11. Cualquier procedimiento médico sometido de manera voluntaria por el Asegurado y prescrito y realizado por una persona no licenciada para el ejercicio médico y en la cual el Asegurado conoce o pudo conocer de las circunstancias de la situación irregular de la persona que practica el acto médico.
- 5.1.12. Vitaminas, suplementos alimenticios, complementos nutricionales, energizantes, reconstituyentes, nootrópicos y estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.



- 5.1.13. Tratamientos por rehabilitación o terapia física.
- 5.1.14. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con Nivel de Evidencia 2A y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales o en fase de período de prueba o investigación.
- 5.1.15. Enfermedades, tratamientos médicos, estudios o cualquier otro gasto que no se encuentren relacionadas con el diagnóstico de Cáncer.
- 5.1.16. Los gastos por tratamiento médico, así como honorarios médicos u otros, que sean pactados directamente por el Asegurado, sin el conocimiento ni aprobación de la Compañía.
- 5.1.17. Cuidados, atenciones o tratamientos de enfermería particular y/o técnica o auxiliares en enfermería, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza.
- 5.1.18. Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, inhalación de gases o vapores venenosos; así como enfermedades ocupacionales.
- 5.1.19. Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica.
- 5.1.20. Prótesis externas e internas.
- 5.1.21. Enfermedades o tratamientos médicos relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas.
- 5.1.22. Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.
- 5.1.23. Chequeos médicos, despistaje de cualquier enfermedad o tratamientos preventivos, excepto los cubiertos por la Póliza.
- 5.1.24. Todo tratamiento, honorarios médicos y demás, en lugar distinto al territorio nacional, así como los gastos de transporte fuera o dentro del territorio nacional no contemplados dentro de la Póliza.
- 5.1.25. Toda enfermedad o condición no oncológica que haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad de Cáncer, tratamiento o procedimientos proporcionados con relación a un caso de Cáncer, excepto los tratamientos de patologías como consecuencia del tratamiento oncológico cubierto por la Póliza.
- 5.1.26. Procedimientos y/o tratamientos de Quimioterapia así como las terapias de Cáncer prescritas que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que no se demuestre su eficacia en el tratamiento de Cáncer) y además que NO se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- 5.1.27. Pruebas de laboratorio de valor pronóstico y/o exámenes genéticos.
- 5.1.28. Reembolsos de cualquier naturaleza, excepto para las coberturas establecidas específicamente en la Póliza.
- 5.1.29. Fármacos denominados terapia dirigida o terapia blanco dirigida o molecularmente dirigida: inhibidores de transducción de señales, inhibidores de la tirosina kinasa, proteosomas, modificadores de la función de proteínas que regulan la expresión de genes y otras funciones celulares, terapias que inducen a la apoptosis y/o angiogénesis, vacunas y terapia genética. Esta exclusión comprende todos los futuros fármacos y/o sucedáneos afines a esta categoría.
- 5.1.30. Tratamiento de radiocirugía y radiofrecuencia.
- 5.1.31. Todo tipo de prestaciones médicas, diagnósticas y farmacológicas que no se encuentren disponibles en el territorio nacional.

5.2. RESPECTO A LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO:

Adicionalmente a las exclusiones previstas para la Cobertura de Tratamiento de Cáncer:

- 5.2.1. Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como premalignos.
- 5.2.2. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por examen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.



- 5.2.3. Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
- 5.2.4. Tumores no malignos, así como tumores de la próstata o tipo adenoma (excepto si el grado de Gleason es mayor a 6 o siempre que sea a un nivel clínico T2N0M0). El cáncer de próstata estadio T1, N0, M0.
- 5.2.5. Leucemia linfocítica crónica excepto si alcanza el nivel A de la prueba de Bidet. La Leucemia linfática crónica estadio clínico 0.
- 5.2.6. La indemnización por segundo o cualquier otro nuevo cáncer primario.

Si un Siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido en la Póliza hubiese sido cubierto por error, la Compañía no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho Siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

ARTICULO N° 6: VIGENCIA

La cobertura del seguro que la Compañía asume por el presente Contrato de Seguro tendrá la vigencia indicada en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La cobertura del seguro comienza a las 12.00 horas del día en que se inicia la vigencia y termina a las 12.00 horas del último día de vigencia.

ARTÍCULO N° 7: RENOVACION

La Póliza podrá renovarse automáticamente, según se establezca en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, iniciándose la cobertura inmediatamente vencida la vigencia de la Póliza o la renovación que lo preceda, en los mismos términos y condiciones.

En caso la Compañía decida renovar la Póliza en condiciones distintas a la Póliza anterior, deberá comunicarlo por escrito al Contratante, detallando las modificaciones en caracteres destacados, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta de modificación del Contrato efectuada por la Compañía; caso contrario se entienden por aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía. Las nuevas condiciones serán comunicadas al Asegurado de acuerdo a lo previsto en el artículo 21° de las Condiciones Generales.

En caso la propuesta de modificación enviada por la Compañía sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

En caso la Compañía decida no renovar la Póliza y/o Solicitud-Certificado y/o Certificado, deberá comunicarlo al Contratante y/o Asegurado respectivamente, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios. Del mismo modo, en caso el Contratante y/o Asegurado decida no renovar la Póliza deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios.

ARTICULO N° 8: PRIMA Y SUSPENSION DE LA COBERTURA

La prima, su modo de calcularla y forma de pago será la indicada en las Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Las primas podrán ser reajustadas por la Compañía en base a (i) la siniestralidad pasada y la esperada, (ii) el índice de inflación, (iii) tablas de mortalidad y morbilidad y/o (iv) incremento de los tarifarios de la Red de Proveedores de Salud.

El Contratante y/o Asegurado deberá cancelar las primas en los plazos establecidos, en las oficinas autorizadas por la Compañía o establecimientos autorizados expresamente en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado para el cobro al contado.

El Contratante y/o Asegurado incurrirá en mora si no paga la prima en las fechas establecidas, la cual se produce desde el día siguiente de la fecha de vencimiento de la prima. En caso de mora la Compañía podrá cobrar intereses



moratorios, de acuerdo a la tasa que se pacte en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado. El interés moratorio en caso corresponda se aplicará a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento pactada para el pago de la prima.

El incumplimiento de pago de la prima o de una de las cuotas pactadas, en caso de fraccionamiento de primas establecido en las Condiciones Particulares, Solicitud- Certificado y/o Certificado, originará la suspensión de las coberturas, una vez transcurridos treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya concedido un Período de Gracia para el pago. La Compañía comunicará al correo electrónico o domicilio físico del Asegurado antes del vencimiento de dicho plazo la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura.

La Compañía no será responsable por los Siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

La suspensión de cobertura no será aplicable en los casos en que el Asegurado o Contratante haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al período corrido del Contrato.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de la prima, la Compañía podrá optar por resolver la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado. La Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado quedará resuelta, en el plazo de treinta (30) días calendarios contado a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. Asimismo, en este caso, una vez resuelto el Contrato por la Compañía, no procederá la Rehabilitación de la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Si la Compañía no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo, el Contrato de Seguros quedará extinguido. Extinguido el Contrato de Seguros, no procederá la Rehabilitación de la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Sin perjuicio de lo expuesto, la Compañía podrá compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la Póliza respectiva, contra la indemnización debida al Asegurado y/o Beneficiario, de corresponder el pago del Siniestro.

ARTICULO N° 9: REHABILITACION

La Póliza, **Solicitud-Certificado y/o Certificado** podrá ser rehabilitada por la Compañía a futuro, a opción del Asegurado, en caso ésta se encuentre en suspenso por falta de pago de las primas, si se paga el total de las primas o cuotas vencidas y siempre que la Compañía no haya expresado su decisión de resolver el contrato conforme a lo establecido en el Artículo 8° de las Condiciones Generales o haya operado la extinción del Contrato de Seguros.

La cobertura volverá a tener efecto a partir de las cero (0.00) horas del día siguiente en que el Contratante y/o Asegurado paguen el total de las primas vencidas.

ARTÍCULO N° 10: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA NO DOLOSA

En los casos en los que se verifique la existencia de reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado y éstas no obedezcan a dolo o culpa inexcusable y siempre que sea constatada antes que se produzca el Siniestro, la Compañía ofrecerá al Contratante la revisión del contrato en un plazo de treinta (30) días calendarios computado desde la referida constatación. El ofrecimiento de la Compañía debe contener un ajuste de primas o un ajuste en la Suma Asegurada prevista para cada cobertura.

El Contratante tendrá un plazo de diez (10) días calendarios para aceptar o rechazar el ofrecimiento. El plazo se computará desde el día siguiente de la recepción del ofrecimiento. Si la revisión es aceptada, el reajuste de la prima se paga según lo acordado.



A falta de aceptación, la Compañía puede resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Contratante, de acuerdo a lo previsto en el numeral 12.6 del artículo 12° de las Condiciones Generales. Corresponderá a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que efectúe la resolución.

En los casos en los que de manera posterior a la ocurrencia del Siniestro se verifique la existencia de reticencia y/o declaración inexacta del Contratante y/o Asegurado, y éstas no obedezcan a dolo o culpa inexcusable, la Compañía reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el real estado del riesgo.

ARTICULO N° 11: NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo, es decir, sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

- 11.1 Ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato o al inicio de sus efectos.
- 11.2 Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el Siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 11.3 Por reticencia y/o declaración inexacta, si media dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado, de circunstancias por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

En caso de nulidad por las causales establecidas en los numerales 11.1 y 11.2 la Compañía procederá a devolver las primas pagadas sin intereses, pudiendo no obstante descontar los Gastos Administrativos incurridos los cuales se encontrarán debidamente sustentados.

En caso de nulidad por la causal establecida en el numeral 11.3 la Compañía retendrá el monto de las primas pagadas acordadas para el primer año de duración a título indemnizatorio, perdiendo el Contratante y/o Asegurado el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

Cabe precisar que se consideran dolosas o con culpa inexcusable a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado que fueron materia de una pregunta expresa por parte de la Compañía y absuelta por el Asegurado de manera expresa o de una declaración expresa suscrita por el Contratante y/o Asegurado.

Desde el momento en que el Asegurado y/o Contratante incurre en alguna de las causales de nulidad del contrato de seguro, devienen en ineficaces todos los derechos y beneficios pactados en la Póliza a su favor y nulos los que pudieran haberse generado. El Asegurado y/o Contratante, perderán automáticamente todo derecho a reclamar indemnización relacionado con la Póliza.

Si el Asegurado y/o Beneficiarios ya hubieran cobrado la indemnización por algún Siniestro o gozado de algún otro beneficio emanado de la Póliza, quedarán automáticamente obligados frente a la Compañía a la devolución correspondiente, conjuntamente con los intereses legales y tributos a que hubiera lugar.

ARTICULO N° 12: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Son causales de resolución del Contrato de Seguro:

- 12.1. La falta de pago de la prima en caso la Compañía opte por resolver la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. La resolución surtirá efectos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el Contratante y/o Asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía informándole sobre la decisión de resolver el Contrato de Seguro.
- 12.2. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas por parte del Asegurado.
- 12.3. Si el Siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario.
- 12.4. Incumplimiento de las cargas del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiarios previstas en el numeral 16.2 y/o 16.4 del artículo 16° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable y haga perder el derecho a ser indemnizado y/o de la carga prevista en el numeral 16.3 del artículo 16° de las Condiciones Generales siempre que medie dolo o culpa inexcusable.



- 12.5. De forma voluntaria y sin expresión de causa por el Asegurado y/o Contratante mediante un previo aviso de treinta (30) días calendarios a la Compañía. El aviso podrá efectuarse a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración del presente Contrato.
- 12.6. La falta de aceptación del Contratante del ajuste de prima y/o de la Suma Asegurada prevista para cada cobertura propuesta por la Compañía en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del Contratante y/o Asegurado. La Compañía resolverá el Contrato de Seguro mediante comunicación dirigida al Contratante, en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde el vencimiento del plazo de diez (10) días calendarios para que el Contratante se pronuncie sobre la aceptación o rechazo.

La resolución del Contrato de Seguro en los supuestos señalados en los numerales 12.2, 12.3 y 12.4 operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita de resolución al Contratante, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Contratante. En el caso de un Seguro Grupal, la resolución operará al día siguiente de notificada la comunicación escrita al Asegurado Titular, comunicación que podrá realizarse en el domicilio o correo electrónico del Asegurado Titular, sin perjuicio de la comunicación que hará la Compañía al Contratante.

En el supuesto señalado en el numeral 12.1 la Compañía tiene derecho al cobro de la prima, de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al período efectivamente cubierto. En los demás supuestos corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata hasta el momento en que se efectuó la resolución del contrato.

La devolución de la prima en el supuesto señalado en el numeral 12.5 será efectuada por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que le es requerida por escrito por el Contratante y/o Asegurado, por cualquiera de los medios pactados en las Condiciones Generales. En los demás supuestos y siempre y cuando corresponda la devolución de primas será efectuado de manera automática por la Compañía en un plazo no mayor a 30 días computados desde la fecha en que opera la resolución del Contrato de Seguros.

En los supuestos señalados en los numerales 12.1, 12.5 y 12.6 y de tratarse de un Seguro Grupal, el Contratante comunicará al Asegurado Titular la resolución del Contrato de Seguro.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de resolución que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado serán las previstas en los numerales 12.1 al 12.6 del artículo 12° de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 13: TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGUROS

Son causales de terminación del Contrato de Seguros:

- 13.1. Cuando la Compañía cubra el tratamiento de Cáncer hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- 13.2. Vencimiento de la vigencia de la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado y no proceda la renovación automática.
- 13.3. Cuando el Asegurado Titular haya cumplido la edad máxima de permanencia, establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado y no haya venido renovando el seguro de manera ininterrumpida por 5 años.
- 13.4. Por fallecimiento del Asegurado Titular.
- 13.5. Cuando desaparezca el Interés Asegurable del Asegurado.

La Compañía podrá dar por terminado el Contrato de Seguros por cualquiera de las causales señaladas sin necesidad de un aviso previo, simultáneo o posterior al Contratante y/o Asegurado Titular.

En el caso de un Seguro Grupal, las causales de terminación que aplicarán al Asegurado Titular respecto de la Solicitud-Certificado y/o Certificado serán las previstas en los numerales 13.1 al 13.5 del artículo 13° de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 14: AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA



Producido el Siniestro estando esta Póliza en pleno vigor, el Asegurado y/o Beneficiario deberán comunicarlo a la Compañía dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y/o del Beneficio, cuando corresponda. El Siniestro podrá ser comunicado a través de los medios y lugares especificados en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

En caso la Compañía opte por otorgar un plazo mayor al contemplado en el párrafo precedente, este será establecido en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

El aviso del Siniestro será igualmente válido y eficaz si se utilizan medios electrónicos de conexión directa u otros análogos, que permitan el acuse de recibo como medio fehaciente de comunicación.

Posteriormente al aviso del Siniestro, el Asegurado y/o Beneficiario deberán presentar la Solicitud de cobertura por escrito a la Compañía en las direcciones que para tal efecto se determinen en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, entregando toda la información y Documentos Sustentatorios establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

La Compañía podrá investigar, revisar, solicitar o comprobar la autenticidad de la información recibida; en general podrá disponer de las medidas necesarias para la sustentación del Siniestro.

ARTÍCULO N° 15: LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía evaluará el Siniestro y procederá a su rechazo o aprobación en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendarios de recibidos los Documentos Sustentatorios completos establecidos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, salvo que la Compañía solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes.

En caso de Siniestro se deberán presentar los Documentos Sustentatorios que se detallan a continuación:

1. PARA LA COBERTURA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER Y PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:

El Asegurado antes de realizar cualquier gestión médica, deberá comunicarse con la Compañía y presentar los Documentos Sustentatorios siguientes:

- Formulario de Declaración de Siniestro debidamente llenado y firmado, el mismo que será proporcionado por la Compañía.
- Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio del Cáncer.
- Copia del informe Anátomo Patológico Histológico Positivo, debidamente firmado y sellados por el médico especialista en Anatomía Patológica.
- Copia del Documento de Identidad del Asegurado.
- Copia simple de la(s) Historia(s) Clínica(s) del Asegurado, foliada y fedateada.

La Compañía coordinará con el Asegurado una entrevista personal, en caso se requiera para informar sobre el proceso de activación de su cobertura y entregar información de la Red de Proveedores de Salud. La Compañía, extenderá al Asegurado una Autorización de Atención y/o Carta de Garantía para el especialista o clínica de la Red de Proveedores de Salud, elegida por el Asegurado para su atención.

Toda atención será bajo la modalidad de crédito, es decir, el Asegurado no debe efectuar pago alguno de gastos cubiertos, ya que la Póliza no reconoce reembolsos, salvo para los casos específicamente establecidos en la Póliza.

La atención de Asegurados se realizará única y exclusivamente por médicos y clínicas de la Red de Proveedores de Salud. La Red de Proveedores de Salud se encontrará adicionalmente en la página web de la Compañía, la cuál puede ser modificada en cualquier momento por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 de las Condiciones Generales.

En caso la Compañía requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario relacionada con la evaluación del Siniestro, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los Documentos Sustentatorios señalados en el presente documento, y que se indicarán también en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado, suspendiéndose el plazo de treinta



(30) días con el que cuenta la Compañía para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro luego de recibidos los Documentos Sustentatorios, hasta que se presente la documentación adicional correspondiente.

El pago de la indemnización por parte de la Compañía se efectuará dentro de los treinta (30) días calendarios de aprobado o consentido el Siniestro. Se entiende consentido el Siniestro cuando la Compañía no se pronuncia sobre el rechazo o aprobación del Siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios desde la fecha de recibida la documentación completa.

En caso de retraso en el pago por parte de la Compañía, ésta pagará al Asegurado un interés moratorio anual equivalente a uno punto cinco (1.5) veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú, en la moneda en que se encuentre expresado el contrato de seguro por todo el tiempo de la mora.

ARTICULO N° 16: OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

Es obligación del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario:

16.1. Pagar la prima en las fechas establecidas en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Adicionalmente, son cargas del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, las siguientes:

16.2. Comunicar el Siniestro a la Compañía dentro de los plazos estipulados en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

16.3. Brindar y facilitar la información requerida por la Compañía para la evaluación y aceptación del Siniestro.

16.4. Informar a la Compañía en caso exista una agravación del riesgo asegurado.

16.5. Contar a la fecha de celebración del Contrato de Seguro con el PEAS y mantenerlo durante toda la vigencia del Contrato. El Asegurado deberá comunicar a la Compañía en caso deje de contar con el PEAS.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 16.2 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado, salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del Siniestro en el caso de culpa inexcusable. En caso de culpa leve, la Compañía podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del Siniestro. La sanción no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del Siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

El incumplimiento de la carga prevista en el numeral 16.4 por dolo y/o culpa inexcusable hará perder el derecho a ser indemnizado y es causal de resolución del Contrato de Seguro, salvo que: la agravación del riesgo no haya influido en la ocurrencia del Siniestro y/o sobre la medida de la prestación a cargo de la Compañía; la Compañía no ejerza el derecho a resolver o proponer una modificación al Contrato de Seguro en un plazo de quince (15) días de comunicada la agravación del riesgo; la Compañía conozca la agravación del riesgo, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

Se perderá el derecho a ser indemnizado, quedando relevada la Compañía de cualquier responsabilidad, si el Asegurado, Beneficiarios o terceros que actúen en su representación, actúan fraudulentamente, exageran los daños o emplean medios falsos para probarlos.

En caso hubiera más de un Beneficiario, la pérdida del derecho a ser indemnizado no afectará a aquel Beneficiario que actúe de buena fe.

ARTICULO N° 17: TRIBUTOS

Los tributos de cualquier índole que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, aplicables a las primas de seguros como a las indemnizaciones, serán de cargo del Asegurado y/o Contratante, salvo que la Ley declare de manera expresa que son de cargo exclusivo de la Compañía.

ARTICULO N° 18: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de ley.



ARTICULO N° 19: COMUNICACIONES

Las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien la Compañía, el Contratante y/o Asegurado y que deban formularse de manera escrita deberán ser efectuadas al domicilio físico y/o correo electrónico. En los demás casos la Compañía, el Contratante y/o Asegurado podrán utilizar otros medios de comunicación directos tales como comunicaciones telefónicas.

La Compañía, el Contratante y/o Asegurado, señalan como su domicilio físico y/o correo electrónico los que aparecen registrados en la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El Contratante y/o Asegurado notificarán a la Compañía por escrito su cambio de domicilio físico y/o correo electrónico, de lo contrario cualquier cambio domiciliario o de correo electrónico realizado por el Contratante y/o Asegurado carecerán de valor y efecto, aceptando por válidas todas las notificaciones que la Compañía efectúe al último domicilio físico y/o correo electrónico comunicado por escrito a la Compañía.

La Compañía, siempre que utilice los medios de comunicación directos referidos en el primer párrafo del presente artículo podrá adicionalmente utilizar otros medios de comunicación indirectos tales como avisos públicos en los locales comerciales de la Compañía, avisos publicados en la página web de la Compañía, avisos en diarios.

ARTICULO N° 20: SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Las Partes declaran que es su voluntad que todos los conflictos o incertidumbres con relevancia legal que pudieran surgir con respecto a la interpretación, ejecución, cumplimiento y cualquier aspecto relativo a la existencia, validez, eficacia o caducidad de la Póliza, sea resuelto a través de la vía Judicial Ordinaria (Poder Judicial) de conformidad con lo dispuesto por el Código Procesal Civil.

ARTICULO N° 21: MODIFICACION DE LA POLIZA

La Compañía podrá modificar la prima, cobertura, moneda y demás condiciones de la Póliza, durante su vigencia, en caso lo considere necesario, previa aceptación por escrito del Contratante. La Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga en conocimiento del Asegurado las modificaciones efectuadas, sin perjuicio de comunicar a los Asegurados dichos cambios a través de cualquier medio indirecto contemplado en el artículo 19° de las Condiciones Generales.

El Contratante tendrá treinta (30) días calendarios computados desde la comunicación efectuada por la Compañía para analizar la propuesta y tomar una decisión sobre la propuesta modificatoria.

Ante la falta de comunicación del Contratante dentro del plazo establecido en el párrafo precedente, se entenderá que el Contratante no ha aceptado las nuevas condiciones de la Póliza, con lo cual ésta se mantendrá en las mismas condiciones hasta el término de su vigencia, no procediendo la renovación automática de la Póliza.

En los casos de cambios en la relación de la Red de Proveedores no se requerirá la comunicación previa al Contratante y/o autorización previa del Contratante, si el cambio es como consecuencia de:

- Cancelación del registro de IPRESS por parte de la SUSALUD.
- Suspensión de la autorización de funcionamiento de la IPRESS.
- Incumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato de servicios por parte de la IPRESS.
- Caso fortuito o fuerza mayor.

No obstante, en estos casos, la Compañía comunicará los cambios en la relación de la Red de Proveedores al Contratante, en un plazo no mayor de 7 (siete) días calendarios desde que la Compañía toma conocimiento de dichos cambios.

ARTICULO N° 22: PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS

En caso de producirse discrepancia entre las diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

ARTÍCULO N° 23: DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaran con lo solicitado por el Contratante, la diferencia se considerará tácitamente aceptada por el Contratante si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza y siempre que la Compañía hubiera advertido al Contratante las diferencias en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza y le hubiera informado que dispone de treinta (30) días para rechazarlo.

Si la referida advertencia es omitida por La Compañía, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el Asegurado.

ARTICULO N° 24: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el Contrato de Seguro en la moneda prevista en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la Póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la Suma Asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio promedio, publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, correspondiente a la fecha de inicio de vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

ARTICULO N° 25: ATENCION DE RECLAMOS Y SERVICIO AL CLIENTE

El Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán presentar sus consultas o reclamos derivados de la presente Póliza al área de Servicio al Cliente de la Compañía, a través de los siguientes medios:

- La central telefónica de la Compañía establecida en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.
- E-mail: servicioalcliente@cardif.com.pe / Página web: www.bnpparibascardif.com.pe
- Oficina: Av. Canaval y Moreyra No.380, piso 11, San Isidro.

Adicionalmente a los medios señalados en el párrafo precedente, las consultas y/o reclamos podrán presentarse a través de otros medios establecidos en las Condiciones Particulares, Solicitud-Certificado y/o Certificado.

Para la atención del reclamo deberá presentarse, como mínimo, la siguiente información:

- Nombre completo del reclamante, fecha de reclamo, motivo del reclamo, detalle del reclamo.

El plazo para la atención de un reclamo no deberá exceder de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

ARTÍCULO N° 26: INSTANCIAS PARA RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Cualquier diferencia existente entre la Compañía, el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario siempre y cuando la pretensión no exceda la suma de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) o su equivalente en moneda nacional, podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, institución privada creada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

Dirección: Amador Merino Reyna 307, Piso 9 - Edificio Nacional, San Isidro

Teléfono: 421-0614

Correo electrónico: info@defaseg.com.pe / <http://www.defaseg.com.pe>

Adicionalmente el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD (www.susalud.gob.pe).

Para solicitar orientación y/o formular denuncias, el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario podrá comunicarse también con la Plataforma de Atención al Usuario de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

ARTICULO N° 27: TERRITORIALIDAD



La Póliza es exigible respecto de los Siniestros ocurridos dentro del territorio nacional y/o fuera, en caso así se determine en las Condiciones Particulares, Solicitud- Certificado y/o Certificado.

ARTÍCULO N° 28: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante y/o Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento para resolver el contrato de seguro sin expresión de causa ni penalidad dentro del plazo de quince (15) días calendarios computados desde la fecha de recepción de la Póliza, Solicitud-Certificado y/o Certificado o una nota de cobertura provisional, en los casos que el ofrecimiento del Contrato de Seguro se efectúe fuera de los locales comerciales de la Compañía o de quienes se encuentran autorizados a operar como corredores o de la oferta realizada a través de promotores de ventas. En estos casos, la Compañía quedará obligada a devolver la prima en caso ésta hubiera sido pagada.

El derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido por el Contratante y/o Asegurado, debiendo para tal efecto comunicarlo a la Compañía, a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios previstos para la celebración del presente Contrato.

ARTICULO 29°: POLÍTICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, el Contratante y/o Asegurado autorizan de forma expresa a que sus datos personales sean registrados en el banco de datos personales de titularidad de la Compañía, ubicado en Av. Canaval y Moreyra N° 380, piso 11, San Isidro para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional, de sus datos personales, incluyendo sus datos sensibles, a fin de ejecutar, gestionar y administrar la relación contractual que mantiene con la Compañía, ejecutar los contratos de coaseguros y/o reaseguros que pudiera celebrar la Compañía a favor del Asegurado, así como para fines comerciales e informativos tales como el envío de publicidad, promociones o comunicaciones en general de diferentes productos o servicios de la Compañía, así como la realización de encuestas sobre los alcances de los productos y/o servicios de la Compañía.

Los datos proporcionados podrán ser incorporados, para las mismas finalidades antes detalladas en el párrafo precedente, en los bancos de datos de empresas que forman parte del Grupo Económico al cual pertenece la Compañía y/o de terceros con los que éstas mantengan una relación contractual. En caso de no proporcionar los datos personales antes solicitados, la Compañía no podrá realizar a favor del Asegurado las finalidades antes indicadas.

El Contratante y/o Asegurado quedan facultados a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición de acuerdo al procedimiento establecido por la Compañía y que se encuentran a su disposición a través de cualquiera de los medios establecidos en el artículo 25° de las Condiciones Generales.

ARTICULO N° 30: CORREDORES DE SEGUROS

El Contratante declara conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos administrativos de representación mas no de disposición vinculados a sus intereses en la Póliza.

ARTICULO N° 31: POLIZA ELECTRONICA

La Compañía podrá enviar al Contratante y/o Asegurado la Póliza o el Certificado cuando corresponda, de manera electrónica a través de cualquier medio acordado por las Partes y siempre que haya habido un consentimiento del Contratante y/o Asegurado.

ARTICULO N° 32: DECLARACION

El Contratante y/o Asegurado declaran que de manera previa a la contratación de la presente Póliza, han tomado conocimiento de todas las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente Contrato de Seguro; encontrándose en la página web de la Compañía las Condiciones Generales, Cláusulas Adicionales y Resumen aplicables al presente Contrato de Seguro.

ARTÍCULO N° 33: TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIAS

La Compañía no considerará como Preexistencias para efectos de las coberturas descritas en el presente documento, aquellas que se hayan generado o por la que el Asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aún cuando dicho beneficio hubiera tenido origen en una póliza de seguros de salud o asistencia médica diferente. Para dicho efecto, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía la



**BNP PARIBAS
CARDIF**

existencia del seguro anterior, presentando la póliza de seguro, siendo de su cargo los costos que la presentación de dicho documento le genere.

En caso que el Asegurado de un Seguro Grupal, dejara de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar en un plazo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con la Compañía.