

## RESUMEN INFORMATIVO

La Positiva Seguros y Reaseguros  
Av. Javier Prado Este, esquina con Francisco Masías  
N°370, San Isidro, Lima,  
Telf.: (0511) 211-0-213,  
[www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

### VIGENCIA DEL SEGURO

### MONTO DE PRIMA COMERCIAL

### MONTO DE PRIMA COMERCIAL + IGV

### PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS

- Cobertura de atención ambulatoria
- Cobertura de atención hospitalaria
- Consulta médica a domicilio
- Emergencia accidental
- Emergencia médica

### PRINCIPALES EXCLUSIONES

No se activará ninguna cobertura de la presente póliza y la Aseguradora no pagará ningún gasto en los siguientes supuestos:

**6.1 Accidentes aéreos en aviones privados:**  
Gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados; con excepción de aquellos accidentes y/o lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.

**6.2 Accidentes por la conducción de vehículos sin licencia**

No se cubren lesiones a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados cuando el asegurado siendo conductor no cuente con licencia vigente para hacerlo.

**6.3 Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales:**

Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**6.4 Accidentes por consumo de drogas, alcohol y otros:**

Gastos por accidentes resultantes del uso de drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del

alcohol, siempre que guarde relación causal con el accidente, por ejemplo: caídas, golpes, peleas u otros accidentes. No se brindará cobertura si existe evidencia de la evaluación médica y esté registrado en la historia clínica, o presente un dosaje etílico mayor a 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre, salvo que el accidente haya sido derivado de un diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.

**6.5 Vacunas, Vitaminas, minerales y otros:**  
Gastos relacionados a la aplicación de Vacunas excepto las contempladas en el Plan Nacional de Vacunación y las vacunas indicadas por isoimmunización materno fetal, toxoide tetánico según indicación médica. Tratamientos preventivos de enfermedades (Vitaminas, Minerales, (a excepción de los contemplados en el Plan Materno-Infantil), Suplementos y/o complementos alimenticios y/o nutricionales, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes (flora intestinal y otros), energizantes y estimulantes de las funciones intelectuales cerebrales. Sólo se cubren vitaminas y minerales en enfermedades que se haya evidenciado por laboratorio la carencia de los mismos.

No se contempla en esta exclusión la Nutrición Total Parenteral y la Nutrición Enteral que se cubre sólo en pacientes hospitalizados en los siguientes casos:  
Nutrición Parenteral: en pacientes con enfermedad que impide el uso del aparato digestivo y que no tengan contraindicaciones para su administración.  
Nutrición Enteral: en pacientes que no puedan ingerir alimentos por boca pero que tienen el aparato digestivo utilizable (politraumatizados, coma, gran quemado, pancreatitis severa, en sedación o en ventilación mecánica).  
Leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal) a base de plantas o hierbas y medicina homeopática, tónico cerebral, hepatoprotectores, hemostáticos,

venoactivos, o las llamadas fórmulas magistrales y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular, salvo la leche maternizada cuando hay imposibilidad documentable de lactancia materna, sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente en etapa puerperal.

**6.6 Productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos:**

No se cubren los gastos relacionados a productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos, salvo en casos de diarrea aguda infecciosa con reacción inflamatoria en heces negativa: *Saccharomyces boulardii* (Por ejemplo: Floratil), *Bacillus clausii* esporas (Por ejemplo: Enterogermina) y *Lactobacillus* (Por ejemplo: Florea, Biogaia).

**6.7 Medicina biológica y/o sus complicaciones:**

Medicamentos, insumos, implantes u otro material de origen biológico, inmunoglobulinas e inmunomodulares de origen biológico, salvo los utilizados en terapia oncológica y/o terapia biológica no oncológica, precisada en la Tabla de Beneficios.

**6.8 Aparatos ortopédicos, braqueros, muletas y similares:**

Aparato, equipos ortopédicos y ortésicos (zapatos ortopédicos, silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, collarines, cama clínica, mantas térmica, entre otros), prótesis externas y dentales, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil, presión positiva continua de vía aérea –CPAP) audífonos e implante coclear. Con excepción de las prótesis quirúrgicas internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardíacas, para diálisis, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardíaco) bajo beneficio de prótesis. No se cubren Kits de pruebas rápidas para diagnóstico de embarazo en orina.

**6.9 Dispositivos para columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo):** del grupo de separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Coflex –F, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos ablativos para columna con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, rizotomía o neurolisis; proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca. Sí se cubren los bloqueos radiculares o facetarios con anestésicos o corticoides.

Se cubre los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas, bajo beneficio de prótesis.

**6.10 Estudios de polisomnografía:**

No se cubre el estudio de polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de apnea obstructiva de sueño, narcolepsia o insuficiencia cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

**6.11 Chequeo médico sin diagnóstico o síntomas:**

Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico, despistaje y/o descarte de enfermedades en una persona sin diagnóstico o síntomas de enfermedad que no sea parte del Programa de Anual de Chequeo Preventivo ofrecido por la presente póliza. Se excluye a su vez todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.

**6.12 Cirugía plástica, estética, reconstructiva y tratamientos de embellecimiento**  
Gastos por cirugía plástica, estética, reconstructiva y tratamientos para fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza.

Se excluye también el tratamiento y/o consecuencias de melasma, várices con fines estéticos y escleroterapia en varices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso. Asimismo, no están cubiertas las cirugías y/o complicaciones de tipo estética por mamoplastía reductora, ginecomastia,

gigantomastia, lipoescultura posparto y reconstrucción mamaria, así como las cirugías por reconstrucción de vías nasales, salvo que se encuentren expresamente contenidas en la Tabla de Beneficios.

**6.13 Cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes:**

Gastos por cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza.

**6.14 Cuidado domiciliario:**

Gastos relacionados a los cuidados médicos y personales en caso de senilidad, demencia o trastornos o pérdida de la función cognitiva.

**6.15 Condiciones preexistentes:**

Gastos relacionados a Condiciones Preexistentes y las complicaciones de Condiciones Preexistentes. No aplicará la presente exclusión en caso que la enfermedad preexistente haya sido objeto de cobertura durante la vigencia de una póliza que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

**6.16 Consecuencias de uso fármacos sin prescripción médica o en forma contraria a la prescripción médica.**

Gastos efectuados como consecuencia del inicio del tratamiento en fecha distinta a la señalada por el médico tratante, originados por negligencia del propio Asegurado en perjuicio de su rehabilitación; asimismo los gastos efectuados como consecuencia del uso de medicamentos sin prescripción médica. De igual forma no se cubren los gastos por uso o consecuencia del uso de fármacos para tratamientos y/ o cirugías no cubiertas por esta póliza.

**6.17 Cuidados del acompañante y objetos de confort personal:**

Gastos por cuidados del acompañante del Asegurado hospitalizado y/o artículos personales como papel higiénico, termómetro, toallas, pañales, biberón, leche, pulsera de identificación. Se excluye a su vez

el alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipo para ejercicios.

**6.18 Curas de reposo, surmenaje, desarrollo psicomotor, déficit de atención, problemas de aprendizaje o lenguaje.** Salvo se indiquen como diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.

**6.19 Dermatología:**

Gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo, protectores solares aun si son por prescripción médica y tratamiento de alopecia.

**6.20 Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM):**

Todo tratamiento por trastornos de la articulación temporomandibular o maloclusión. Asimismo, se excluye trastornos cráneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura aun cuando se hayan producido como consecuencia de un accidente.

**6.21 Enfermedades congénitas y hereditarias:**

Salvo que este expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, se excluye los gastos a consecuencia directa o indirecta de una enfermedad congénita y enfermedad hereditaria. Asimismo, no están cubiertos las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas excepto para diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas cubiertos en esta póliza. No aplica screening.

**6.22 Enfermeras privadas:**

Gastos por cuidado de enfermeras privadas.

**6.23 Epidemias:**

Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubre los gastos por enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que hayan sido declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

**6.24 Gastos en el extranjero**  
Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubren los gastos por tratamientos efectuados en el extranjero y medicamentos no comercializados a nivel nacional.

**6.25 Gastos excesivos:**  
Gastos que excedan los límites razonables y acostumbrados, que no sean médicamente necesarios y que el Asegurado no está legalmente obligado a pagar, la evaluación se realiza con la auditoría del caso, según pertinencia médica.

**6.26 Lesiones por actos militares entre otros:**  
Gastos por lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa en servicio militar, actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.

**6.27 Lesiones a causa de accesorios externos estéticos y tatuajes:**  
Gastos relacionados a complicaciones generadas a partir de la colocación de accesorios estéticos externos (tipo Piercings) o a la realización de tatuajes.

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

**6.29 Lesiones o enfermedades por terapias de radiación:**

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

**6.30 Terapia de sensibilización para Alergias y sus complicaciones, excepto la Prueba del Panal de Alergias, pruebas cutáneas o PRICK TEST.**

**6.31 Medicamentos para el tratamiento de la osteopenia.**

**6.32 Queratotomía radial, cirugía correctiva ocular y aditamentos para la vista y audición:**  
Gastos por tratamiento de queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción, técnicas de superficie lasik, epilasik. Lasek, PRK o tratamientos similares. Asimismo, la adquisición de anteojos, cristales, lentes de contacto o aparatos auditivos.

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

**6.33 Sangre y Plasma:**  
Compra de sangre y derivados, plasma, plaquetas y paquetes globulares, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertos los exámenes de compatibilidad sanguínea para transfusión, de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas, sustentadas en la historia clínica bajo pertinencia médica.

**6.34 Servicios médicos proporcionados por un pariente:**  
Gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.

**6.35 Suministros y/o servicios no prescritos médicamente:**

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

**6.36 Tratamientos de medicina alternativa y experimentales:**

Todo tratamiento y servicio no aceptado por la ciencia o la medicina tradicional. Asimismo, y salvo que la Tabla de Beneficios expresamente lo contenga, se excluyen tratamientos pediátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasio y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba

cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food & Drug Administration – agencia del gobierno de EEUU responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, suplementos alimenticios, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y productos hemáticos), o EMEA (Agencia Europea de Medicina) y/o Organización Mundial de la Salud.

**6.37 Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización**

Gastos por tratamiento de obesidad o raquitismo y/o de fertilización o esterilización, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. Los trastornos de crecimiento a excepción de Pubertad Precoz. Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.

**6.38 Tratamiento por Trastornos de los pies**  
Gastos por cuidado podiátrico y tratamiento de callosidades, pie plano, hallux valgus, hallux rigidus, dedo del pie en martillo, otras deformidades del pie similares.

**6.39 Tratamientos odontológicos**  
Se excluyen gastos por tratamientos y operaciones de ortodoncias, prótesis dentales y todo lo relacionado con ellos y sus complicaciones, a excepción de los que se hubieren producido a consecuencia de un accidente, gasto cubierto por esta póliza y aquellos que expresamente se encuentran cubiertos de acuerdo a cobertura brindada.

**6.40 Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.**

**6.41 Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual: VIH / SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones. Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.**

**6.42 Trasplantes de órganos y tejidos:**  
Se excluye los gastos por trasplantes de órganos y/o tejidos. Asimismo, se excluye los gastos por servicios médicos suministrados en relación con, o como resultado de, cualquier trasplante de órgano o de tejido que originalmente no estuvo cubierto bajo esta póliza y se excluye cualquier gasto por el concepto de compra de órganos.

**6.43 Unidades de calefacción y artefactos eléctricos:**

Gasto por alquiler de unidades de calefacción, teléfono y artefactos eléctricos.

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

**6.45 Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest).**

**6.46 Disfunción eréctil y trastorno de la libido.**

**6.47 Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.**

**6.48 Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.**

**6.49 Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiogramografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.**

**6.50 Pruebas o tests con fines pronósticos (genéticas, de imágenes o de laboratorio) intra o extrauterino.**

#### **PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO**

Comunicarse a Línea Positiva llamando al teléfono 211-0-213 o acercarse a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, a efectos de coordinar la atención correspondiente.

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

Acta o Partida de defunción.

Certificado de defunción, con causal de fallecimiento

Parte policial, Atestado Policial y/o Informe Policial, según corresponda.

Original del Protocolo de necropsia, de haberse realizado.

Original de Facturas de gastos efectuados,

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

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

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

5.2.4 Para la Cobertura de Transporte por Evacuación por Emergencia, si el transporte es realizado por:

5.2.4.1 Ambulancia Terrestre, será brindado mediante Sistema de Crédito con proveedores asignados por La Positiva.

5.2.4.2 Avión Comercial, será brindado mediante Sistema de Reembolso. Para ello el Asegurado deberá presentar:

- Copia del pasaje en clase económica.
- Hoja de Transferencia emitida por el médico tratante.
- Informe Médico del médico que acompaña al Asegurado en la evacuación.
- Constancia de recepción del paciente en el centro de salud derivado.

5.2.5 La Positiva se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que estos guarden proporción y relación con el siniestro.

5.2.6 Para todas las demás coberturas contratadas el Asegurado o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación e información:

Sistema de Créditos:

Atención Ambulatoria: Se otorga en los proveedores afiliados con la presentación del carnet del asegurado y/u otro documento de identidad.

El asegurado abonará el importe correspondiente al deducible y coaseguro de los gastos efectuados y de ser el caso los gastos no cubiertos por la presente póliza.

Atención Hospitalaria: El asegurado deberá solicitar a La Positiva una carta de garantía, presentando la copia simple de la orden de internamiento de su médico en la que se especifique el Proveedor Afiliado, la dolencia que padece y el presupuesto de dicho proveedor afiliado correspondiente. Con la carta de

garantía, podrá hospitalizarse abonando, al momento del alta, únicamente los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro a cargo del asegurado estipulado en la tabla de beneficios.

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

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

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

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

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

#### **CANALES DE ORIENTACIÓN EN CASO DE UN SINIESTRO:**

Línea Positiva (01) 211-0213

Oficinas a Nivel Nacional, la cuales puede ubicar en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

### **LUGARES AUTORIZADOS PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO**

Las coberturas del seguro podrán solicitarse comunicándose a Línea Positiva llamando al teléfono 211-0-213 o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.**

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de sistemas a distancia y/o Comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que no sean condición para contratar operaciones crediticias, el Contratante y/o el Asegurado podrá resolver la póliza, el certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o nota de cobertura provisional o solicitud-certificado o certificado, según corresponda, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

La Positiva devolverá la totalidad del monto de la prima pagada, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro.

Para tal efecto, el Contratante y/o Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

**El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

**Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Contratante y Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo Asegurado.**

La información aquí proporcionada es a título parcial. Prevalcen las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de La Positiva Seguros y Reaseguros.

## RESUMEN INFORMATIVO

La Positiva Seguros y Reaseguros  
Av. Javier Prado Este, esquina con Francisco Masías N°370,  
San Isidro, Lima,  
Telf.: (0511) 211-0-213,  
[www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

### VIGENCIA DEL SEGURO

### MONTO DE PRIMA COMERCIAL

### MONTO DE PRIMA COMERCIAL + IGV

### PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS

- Cobertura de atención ambulatoria
- Cobertura de atención hospitalaria
- Consulta médica a domicilio
- Emergencia accidental
- Emergencia médica

### PRINCIPALES EXCLUSIONES

No se activará ninguna cobertura de la presente póliza y la Aseguradora no pagará ningún gasto en los siguientes supuestos:

**6.1 Accidentes aéreos en aviones privados:**  
Gastos por accidente y/o lesiones durante viajes aéreos privados; con excepción de aquellos accidentes y/o lesiones que ocurran cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en una línea comercial autorizada.

**6.2 Accidentes por la conducción de vehículos sin licencia**

No se cubren lesiones a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados cuando el asegurado siendo conductor no cuenta con licencia vigente para hacerlo.

**6.3 Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales:**  
Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

**6.4 Accidentes por consumo de drogas, alcohol y otros:**

Gastos por accidentes resultantes del uso de drogas, estupefacientes o mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, siempre que guarde relación causal con el accidente, por ejemplo: caídas, golpes, peleas u otros accidentes. No se brindará cobertura si existe evidencia de la evaluación médica y esté registrado en la historia clínica, o presente un dosaje etílico mayor a 0.5 gr/lit de alcohol en la sangre, salvo que el accidente haya sido derivado de un diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.

**6.5 Vacunas, Vitaminas, minerales y otros:**  
Gastos relacionados a la aplicación de Vacunas excepto las contempladas en el Plan Nacional de Vacunación y las vacunas indicadas por isoinmunización materno fetal, toxoide tetánico según indicación médica. Tratamientos preventivos de enfermedades (Vitaminas, Minerales, (a excepción de los contemplados en el Plan Materno-Infantil), Suplementos y/o complementos alimenticios y/o nutricionales, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes (flora intestinal y otros), energizantes y estimulantes de las funciones intelectuales cerebrales. Sólo se cubren vitaminas y minerales en enfermedades que se haya evidenciado por laboratorio la carencia de los mismos.

No se contempla en esta exclusión la Nutrición Total Parenteral y la Nutrición Enteral que se cubre sólo en pacientes hospitalizados en los siguientes casos:  
Nutrición Parenteral: en pacientes con enfermedad que impide el uso del aparato digestivo y que no tengan contraindicaciones para su administración.  
Nutrición Enteral: en pacientes que no puedan ingerir alimentos por boca pero que tienen el aparato digestivo utilizable (politraumatizados, coma, gran quemado, pancreatitis severa, en sedación o en ventilación mecánica).  
Leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal) a base de plantas o hierbas y medicina homeopática, tónico cerebral,



hepatoprotectores, hemostáticos, venoactivos, o las llamadas fórmulas magistrales y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular, salvo la leche maternizada cuando hay imposibilidad documentable de lactancia materna, sólo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente en etapa puerperal.

**6.6 Productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos:**

No se cubren los gastos relacionados a productos derivados de bacterias, toxinas y lisados bacterianos, salvo en casos de diarrea aguda infecciosa con reacción inflamatoria en heces negativa: *Saccharomyces boulardii* (Por ejemplo: Floratil), *Bacillus clausii* esporas (Por ejemplo: Enterogermina) y *Lactobacillus* (Por ejemplo: Florea, Biogaia).

**6.7 Medicina biológica y/o sus complicaciones:**

Medicamentos, insumos, implantes u otro material de origen biológico, inmunoglobulinas e inmunomodulares de origen biológico, salvo los utilizados en terapia oncológica y/o terapia biológica no oncológica, precisada en la Tabla de Beneficios.

**6.8 Aparatos ortopédicos, braqueros, muletas y similares:**

Aparato, equipos ortopédicos y ortésicos (zapatos ortopédicos, silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, collarines, cama clínica, mantas térmica, entre otros), prótesis externas y dentales, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil, presión positiva continua de vía aérea –CPAP) audífonos e implante coclear. Con excepción de las prótesis quirúrgicas internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardíacas, para diálisis, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardíaco) bajo beneficio de prótesis. No se cubren Kits de pruebas

rápidas para diagnóstico de embarazo en orina.

**6.9 Dispositivos para columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo):** del grupo de separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Coflex –F, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos ablativos para columna con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, rizotomía o neulolisis; proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca. Sí se cubren los bloqueos radiculares o facetarios con anestésicos o corticoides.

Se cubre los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas, bajo beneficio de prótesis.

**6.10 Estudios de polisomnografía:**

No se cubre el estudio de polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de apnea obstructiva de sueño, narcolepsia o insuficiencia cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

**6.11 Chequeo médico sin diagnóstico o síntomas:**

Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico, despistaje y/o descarte de enfermedades en una persona sin diagnóstico o síntomas de enfermedad que no sea parte del Programa de Anual de Chequeo Preventivo ofrecido por la presente póliza. Se excluye a su vez todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.

**6.12 Cirugía plástica, estética, reconstructiva y tratamientos de embellecimiento**

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

lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso. Asimismo, no están cubiertas las cirugías y/o complicaciones de tipo estética por mamoplastía reductora, ginecomastia, gigantomastia, lipoescultura posparto y reconstrucción mamaria, así como las cirugías por reconstrucción de vías nasales, salvo que se encuentren expresamente contenidas en la Tabla de Beneficios.

**6.13 Cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes:**

Gastos por cirugía plástica reparadora para condiciones preexistentes, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueron cubiertos por esta póliza.

**6.14 Cuidado domiciliario:**

Gastos relacionados a los cuidados médicos y personales en caso de senilidad, demencia o trastornos o pérdida de la función cognitiva.

**6.15 Condiciones preexistentes:**

Gastos relacionados a Condiciones Preexistentes y las complicaciones de Condiciones Preexistentes. No aplicará la presente exclusión en caso que la enfermedad preexistente haya sido objeto de cobertura durante la vigencia de una póliza que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando haya tenido origen en una póliza de seguro diferente o un plan de salud distinto, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 28770 y, en lo que resulte aplicable, la Ley N° 30562.

**6.16 Consecuencias de uso fármacos sin prescripción médica o en forma contraria a la prescripción médica.**

Gastos efectuados como consecuencia del inicio del tratamiento en fecha distinta a la señalada por el médico tratante, originados por negligencia del propio Asegurado en perjuicio de su rehabilitación; asimismo los gastos efectuados como consecuencia del uso de medicamentos sin prescripción médica. De igual forma no se cubren los gastos por uso o consecuencia del uso de fármacos para tratamientos y/ o cirugías no cubiertas por esta póliza.

**6.17 Cuidados del acompañante y objetos de confort personal:**

Gastos por cuidados del acompañante del Asegurado hospitalizado y/o artículos personales como papel higiénico, termómetro, toallas, pañales, biberón, leche, pulsera de identificación. Se excluye a su vez el alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipo para ejercicios.

**6.18 Curas de reposo, surmenaje, desarrollo psicomotor, déficit de atención, problemas de aprendizaje o lenguaje. Salvo se indiquen como diagnóstico confirmado de salud mental según Ley 30947.**

**6.19 Dermatología:**

Gastos por preparados dermatológicos, sustancias exfoliativas, jabones, cremas neutras, shampoo, protectores solares aun si son por prescripción médica y tratamiento de alopecia.

**6.20 Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM):**

Todo tratamiento por trastornos de la articulación temporomandibular o maloclusión. Asimismo, se excluye trastornos craneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura aun cuando se hayan producido como consecuencia de un accidente.

**6.21 Enfermedades congénitas y hereditarias:**

Salvo que este expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, se excluye los gastos a consecuencia directa o indirecta de una enfermedad congénita y enfermedad hereditaria. Asimismo, no están cubiertos las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas excepto para diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas cubiertos en esta póliza. No aplica screening.

**6.22 Enfermeras privadas:**

Gastos por cuidado de enfermeras privadas.

**6.23 Epidemias:**

Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubre los gastos por enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que hayan sido declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

**6.24 Gastos en el extranjero**

Salvo que se encuentre expresamente contenido en la Tabla de Beneficios, no se cubren los gastos por tratamientos efectuados en el extranjero y medicamentos no comercializados a nivel nacional.

**6.25 Gastos excesivos:**

Gastos que excedan los límites razonables y acostumbrados, que no sean médicamente necesarios y que el Asegurado no está legalmente obligado a pagar, la evaluación se realiza con la auditoría del caso, según pertinencia médica.

**6.26 Lesiones por actos militares entre otros:**

Gastos por lesiones o enfermedades a consecuencia de la participación activa en servicio militar, actos de guerra, insurrección, rebelión, terrorismo, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmociones civiles.

**6.27 Lesiones a causa de accesorios externos estéticos y tatuajes:**

Gastos relacionados a complicaciones generadas a partir de la colocación de accesorios estéticos externos (tipo Piercings) o a la realización de tatuajes.

**6.28 Lesiones por práctica de deportes**

notoriamente peligroso y/o por ser profesional en la práctica de un deporte: Lesiones producidas a consecuencia de la práctica profesional de deportes, así como de actividades y/o deportes peligrosos, conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas

hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky surf, skateboard, o ciclismo de montaña.

**6.29 Lesiones o enfermedades por terapias de radiación:**

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

**6.30 Terapia de sensibilización para Alergias y sus complicaciones, excepto la Prueba del Panal de Alergias, pruebas cutáneas o PRICK TEST.**

**6.31 Medicamentos para el tratamiento de la osteopenia.**

**6.32 Queratotomía radial, cirugía correctiva ocular y aditamentos para la vista y audición:**

Gastos por tratamiento de queratotomía radial, cirugía correctiva ocular, vicios de refracción, técnicas de superficie lasik, epi-lasik. Lasek, PRK o tratamientos similares. Asimismo, la adquisición de anteojos, cristales, lentes de contacto o aparatos auditivos. Los honorarios del oculista sólo estarán cubiertos cuando estos sean parte de intervenciones quirúrgicas por enfermedades y/o accidentes del aparato ocular, cubiertos por esta póliza.

**6.33 Sangre y Plasma:**

Compra de sangre y derivados, plasma, plaquetas y paquetes globulares, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertos los exámenes de compatibilidad sanguínea para transfusión, de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas, sustentadas en la historia clínica bajo pertinencia médica.

**6.34 Servicios médicos proporcionados por un pariente:**

Gastos por cualquier servicio médico proporcionado por un pariente cercano.

**6.35 Suministros y/o servicios no prescritos médicamente:**

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

**6.36 Tratamientos de medicina alternativa y experimentales:**

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

**6.37 Tratamiento por crecimiento, obesidad y/o fertilización**

Gastos por tratamiento de obesidad o raquitismo y/o de fertilización o esterilización, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. Los trastornos de crecimiento a excepción de Pubertad Precoz. Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.

**6.38 Tratamiento por Trastornos de los pies**  
Gastos por cuidado podiátrico y tratamiento de callosidades, pie plano, hallux valgus, hallux rigidus, dedo del pie en martillo, otras deformidades del pie similares.

**6.39 Tratamientos odontológicos**

Se excluyen gastos por tratamientos y operaciones de ortodoncias, prótesis dentales y todo lo relacionado con ellos y sus complicaciones, a excepción de los que se hubieren producido a consecuencia de un accidente, gasto cubierto por esta póliza y aquellos que expresamente se encuentran cubiertos de acuerdo a cobertura brindada.

**6.40 Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos.** Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.

**6.41 Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual: VIH / SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones.** Salvo se indique en la Tabla de Beneficios.

**6.42 Trasplantes de órganos y tejidos:** Se excluye los gastos por trasplantes de órganos y/o tejidos.

Asimismo, se excluye los gastos por servicios médicos suministrados en relación con, o como resultado de, cualquier trasplante de órgano o de tejido que originalmente no estuvo cubierto bajo esta póliza y se excluye cualquier gasto por el concepto de compra de órganos.

**6.43 Unidades de calefacción y artefactos eléctricos:**

Gasto por alquiler de unidades de calefacción, teléfono y artefactos eléctricos.

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

**6.45 Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest).**

**6.46 Disfunción eréctil y trastorno de la libido.**

**6.47 Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.**

**6.48 Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.**

**6.49 Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiogramografía**

coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.

**6.50 Pruebas o tests con fines pronósticos (genéticas, de imágenes o de laboratorio) intra o extrauterino.**

**PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO**

Comunicarse a Línea Positiva llamando al teléfono 211-0-213 o acercarse a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, a efectos de coordinar la atención correspondiente.

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

- Acta o Partida de defunción.
- Certificado de defunción, con causal de fallecimiento
- Parte policial, Atestado Policial y/o Informe Policial, según corresponda.
- Original del Protocolo de necropsia, de haberse realizado.
- Original de Facturas de gastos efectuados,

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

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

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

5.2.4 Para la Cobertura de Transporte por Evacuación por Emergencia, si el transporte es realizado por:

5.2.4.1 Ambulancia Terrestre, será brindado mediante Sistema de Crédito con proveedores asignados por La Positiva.

5.2.4.2 Avión Comercial, será brindado mediante Sistema de Reembolso. Para ello el Asegurado deberá presentar:

- Copia del pasaje en clase económica.
- Hoja de Transferencia emitida por el médico tratante.
- Informe Médico del médico que acompaña al Asegurado en la evacuación.

- Constancia de recepción del paciente en el centro de salud derivado.

5.2.5 La Positiva se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales, dentro del plazo de 20 días de completada toda la documentación exigida, siempre que estos guarden proporción y relación con el siniestro.

5.2.6 Para todas las demás coberturas contratadas el Asegurado o Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación e información:

- Sistema de Créditos:

Atención Ambulatoria: Se otorga en los proveedores afiliados con la presentación del carnet del asegurado y/u otro documento de identidad.

El asegurado abonará el importe correspondiente al deducible y coaseguro de los gastos efectuados y de ser el caso los gastos no cubiertos por la presente póliza.

Atención Hospitalaria: El asegurado deberá solicitar a La Positiva una carta de garantía, presentando la copia simple de la orden de internamiento de su médico en la que se especifique el Proveedor Afiliado, la dolencia que padece y el presupuesto de dicho proveedor afiliado correspondiente. Con la carta de garantía, podrá hospitalizarse abonando, al momento del alta, únicamente los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro a cargo del asegurado estipulado en la tabla de beneficios.

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

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

5.2.7 Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber presentado el Asegurado y/o

Beneficiario la documentación e información completa exigida para la atención del siniestro, La Positiva deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del mismo; de no pronunciarse en dicho plazo se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, debiendo atenderse dentro del plazo de los 30 días siguientes de dicho consentimiento

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

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

#### **CANALES DE ORIENTACIÓN EN CASO DE UN SINIESTRO:**

Línea Positiva (01) 211-0213  
Oficinas a Nivel Nacional, la cuales puede ubicar en [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

#### **LUGARES AUTORIZADOS PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO**

Las coberturas del seguro podrán solicitarse comunicándose a Línea Positiva llamando al teléfono 211-0-213 o acercándose a cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: [www.lapositiva.com.pe](http://www.lapositiva.com.pe)

#### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.**

En caso que la presente póliza sea comercializada a través de sistemas a distancia y/o Comercializadores, incluyendo la bancaseguros, siempre que no sean condición para contratar operaciones crediticias, el Contratante y/o el Asegurado podrá resolver la póliza, el certificado o solicitud-certificado de seguro, según corresponda, sin expresión de causa y sin estar sujeto a penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o nota de cobertura provisional o solicitud-certificado o certificado, según corresponda, debiendo la Aseguradora devolver el monto total de la prima recibida.

La Positiva devolverá la totalidad del monto de la prima pagada, dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. El derecho de arrepentimiento no podrá ser ejercido cuando se haya utilizado alguna de las coberturas o beneficios del seguro.

Para tal efecto, el Contratante y/o Asegurado podrá ejercer su derecho de arrepentimiento utilizando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

#### **INFORMACIÓN ADICIONAL**

**El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

**Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el Contratante y Asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo Asegurado.**

La información aquí proporcionada es a título parcial. Prevalen las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de La Positiva Seguros y Reaseguros.