

SOLICITUD – CERTIFICADO DE SEGURO DE RIESGO ONCOLÓGICO MICROSEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

1. Datos del Contratante	
Contratante: FINANCIERA EFECTIVA S.A	RUC: 20441805960
Dirección: AV. LUIS GONZALES NRO. 1315 INT. 302 LAMBAYEQUE - CHICLAYO	Teléfono: 23-6270
1. Datos del Asegurado	
Apellido Paterno:	Apellido Materno: Nombres:
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	N° de Documento:
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento: Nacionalidad:
Teléfono Fijo:	Celular: PostPago PrePago
Tipo de Vía: Av. <input type="checkbox"/> Ca. <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psj. <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre de Vía:
N°: Km: Mz: Dpto: Int: Lt.	
Urbanización:	Distrito:
Provincia:	Departamento:
Correo electrónico autorizado para el envío, recepción y/o renovación de la póliza:	

3. Datos del Beneficiario
El Beneficiario es el propio Asegurado .

4. Vigencia del seguro	5. Prima Comercial + IGV	
Fecha de Inicio: ____ / ____ / 20____	PLAN BÁSICO	PLAN PLUS
Fecha de Término: La vigencia de la póliza es indefinida. La cobertura otorgada por el presente Certificado se inicia luego de transcurrido el periodo de carencia de treinta (30) días calendario desde la fecha de contratación (fecha de inicio) del seguro que figura en el presente Certificado, siempre y cuando Financiera Efectiva haya efectuado el primer débito de la prima.	<input type="checkbox"/> S/. 50.00 Anual	<input type="checkbox"/> S/. 85.00 Anual

6. Coberturas	7. Sumas Aseguradas	
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	Plan Básico: S/. 5,000	Plan Plus: S/. 10,000

8. Lugar y forma de Pago de la Prima
En Efectivo y Financiado en las cuotas de crédito.

9. Declaración de Salud
¿Usted ha sido diagnosticado de Cáncer o ha recibido tratamiento por Cáncer? _____ (escribir SI o NO) Al suscribir la presente póliza, el Asegurado declara que sus respuestas son verídicas y que cualquier omisión, simulación, o falsedad, ocasiona la nulidad del contrato de seguro y en consecuencia libera de toda obligación a La Positiva . El presente seguro no cuenta con cobertura no indemnizará en caso se verifique que el Asegurado ha sido diagnosticado de cáncer o ha recibido tratamiento por cáncer antes del inicio del seguro conforme a lo establecido en el numeral 11.

10. Tratamiento de Datos Personales
El Asegurado autoriza de forma expresa a La Positiva , el tratamiento de los datos personales proporcionados en la contratación del presente seguro, así como el uso de los mismos para fines comerciales, tales como el envío de publicidad y promociones de diferentes productos o servicios; autorización que se extiende en el marco de lo dispuesto en la Ley N° 29733 y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que regula el tratamiento de datos personales y la posibilidad de que La Positiva transfiera los mismos a sus empresas vinculadas y/o terceros con los que ésta mantenga una relación contractual.

El **Asegurado** declara que, antes de suscribir este certificado de seguro ha tomado conocimiento de todas y cada una de las condiciones del presente documento, a cuyas estipulaciones queda sometido el presente contrato.


La Positiva Seguros y Reaseguros

Asegurado

11. Resolución de Contrato

El término y/o suspensión de la cobertura se producirá por i) falta de pago de la prima, ii) el pago del total de las coberturas establecidas en la póliza iii) por dolo o fraude del Contratante o Asegurado, iv) o de manera voluntaria por el Asegurado, previo aviso de treinta (30) días a La Positiva Seguros, para cuyo efecto deberá proceder a remitir una carta simple al Área de Servicio al Cliente de La Positiva Seguros, la misma que será recepcionada en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional, ubicadas en las direcciones que aparecen en nuestra página web: www.lapositiva.com.pe. v) El cumplimiento del máximo de edad del Asegurado establecido como límite de permanencia en esta Solicitud – Certificado. vi) El fallecimiento del Asegurado.

12. Definiciones

Diagnóstico Clínico: Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.

Diagnóstico Anatómico Patológico Positivo: Es aquel realizado por un patólogo legalmente calificado, quien deberá basar su diagnóstico de acuerdo a las definiciones establecidas para el Cáncer bajo esta póliza, luego de haber realizado un estudio del informe histopatológico y el diagnóstico clínico.

Cáncer: Para los propósitos de esta póliza, el “Cáncer” se define como una enfermedad donde está presente un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento incontrolable, invasivo y destructivo de células malignas, contraído y comenzado luego de la fecha de vigencia de la póliza. Incluye: leucemia, enfermedad Hodgkins y melanoma invasivo que exceda una profundidad de 0.75 milímetros.

Periodo de Carencia: Periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de contratación del seguro y aquella en que se inicia la cobertura o el seguro.

Cáncer cérvico uterino en su etapa inicial: Es el cáncer que se caracteriza porque las células anormales malignas se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

13. Periodo de Carencia

Esta póliza otorga cobertura luego de transcurridos 30 días calendario desde la fecha de contratación de este Seguro. En caso que el **Asegurado** experimente cáncer dentro del período de carencia establecido. **La Positiva** se limitará a devolver el total de las primas pagada por el **Asegurado**.

14. Exclusiones

Este seguro no cubre los siguientes tipos del Cáncer:

1. Cáncer por radiación nuclear.
2. Cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos
3. Cáncer cérvico uterino, en etapa inicial
4. Cáncer asociado a VIH / SIDA

15. Procedimiento para Solicitar el pago del beneficio

Ocurrido el siniestro el **Asegurado** deberá dar aviso del mismo directamente a **La Positiva** o a través de la **Financiera Efectiva** en un plazo máximo de 60 días calendario y solicitar la indemnización adjuntando los documentos que a continuación se indican.

a) Fotocopia del DNI del **Asegurado**.

b) Los documentos, certificados, informes y/o diagnósticos indicados en la descripción de las coberturas de la póliza elaborados por médicos legalmente calificados para emitir dichos documentos.

c) Copia de la historia clínica del **Asegurado**.

La omisión o el retardo sólo son excusables si medió fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia. Se deja expresa constancia que lo consignado en el presente numeral, en ningún caso limita el derecho del **Asegurado** de acudir a cualquier instancia judicial o administrativa, si así lo considerara pertinente.

16. Plazo para el pago del Beneficio

La Positiva pagará las indemnizaciones que correspondan en un plazo máximo de diez (10) días calendarios de recibida la documentación antes indicada.

17. Procedimiento para la Atención de Reclamos

El **Asegurado** podrá presentar sus reclamos a **La Positiva** en el “Área de Servicio al Cliente” llamando al 211-0-211 desde Lima o al 74-9000 desde provincias, en cualquiera de sus oficinas a nivel nacional (relación de direcciones en la web: www.lapositiva.com.pe), así como a través de la misma página web de **La Positiva**, en un plazo máximo de quince (15) días.

El **Asegurado** también podrá realizar cualquier reclamo sobre los alcances de este seguro en la “**Defensoría del Asegurado**”, Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, o INDECOPI.

18. Importante

- Podrán asegurarse bajo este seguro, las personas naturales cuya edad no sea inferior a 18 años ni superior a 65 años cumplidos para su ingreso, pudiendo permanecer hasta los 70 años de edad cumplidos.
- Las condiciones del presente Certificado prevalecen sobre las Condiciones Generales de la póliza de Seguro por Indemnización de Cáncer.
- Las comunicaciones, solicitudes de cobertura y pagos efectuados al **Financiera Efectiva**, por las coberturas otorgadas, tienen el mismo efecto que si se hubieran dirigido a **La Positiva**.
- El **Asegurado** tiene derecho a solicitar copia de esta Póliza Simplificada de Microseguro a **La Positiva**, la que será entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la fecha de recepción de la solicitud ó la puede ver en: www.lapositiva.com.pe. Las condiciones de la presente póliza se encuentran disponibles en www.lapositiva.com.pe.