

RESUMEN INFORMATIVO

En caso de haberse aceptado la Solicitud de Seguro, la información señalada a continuación es un resumen de la Póliza que regirá los términos y condiciones del Seguro Oncológico. El presente resumen es únicamente a título parcial e informativo, en todos los casos prevalecerán los términos y condiciones de la Póliza contratada con LA COMPAÑÍA.

1.- DEFINICIONES IMPORTANTES (Art. 33°)

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.

Cirugía de hallazgo: Cuando en una cirugía común se encuentra cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo previo a la cirugía.

Cirugía electiva: Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.

Condiciones de Asegurabilidad: Conjunto de circunstancias (edad y estado de salud) que determinan que una persona pueda ser admitida como Asegurada. Para la evaluación, LA COMPAÑÍA podrá solicitar un examen médico.

Gastos no cubiertos y exclusiones: Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en la Póliza.

Informe Anátomo patológico Histológico: Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico Anátomo Patólogo.

Periodo de carencia: Tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Se cuenta luego de la fecha de inicio de la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este periodo no estará sujeto a cobertura.

Preexistencia. Aquellas enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado ANTES de la contratación de la Póliza, o dentro del periodo de carencia.

Segunda opinión médica internacional: Opinión internacional que LA COMPAÑÍA gestionará cuando así lo considere necesario al existir una duda razonable en cuanto al tratamiento del Cáncer de un ASEGURADO y en la que la NCCN no tenga una clara definición. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.

Segunda opinión médica nacional (para cirugías electivas): Es la opinión de otro cirujano con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual EL ASEGURADO tiene una duda razonable.

Tumor maligno: Conjunto de células cancerosas que conforman una lesión anormal que aumenta de volumen, invade tejidos vecinos y que puede migrar por vías sistémicas (sangünea) a otros órganos.

2.- VIGENCIA DE LA POLIZA (Art. 17°)

De aprobar LA COMPAÑÍA la Solicitud de Seguro presentada, la vigencia de esta Póliza es XXX. Inicia su vigencia en la fecha de emisión del Certificado de Seguros, lo que demuestra que la Solicitud de Seguro ha sido aprobada.

3.- BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS (Art. 5°)

Este Seguro únicamente cubrirá los gastos derivados del tratamiento de la enfermedad de Cáncer a nivel nacional. El Plan de Seguro aplicable a los ASEGURADOS, tendrá las coberturas señaladas en la Tabla de Beneficios siguiente:

PACIFICO seguros
JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos**PACIFICO** seguros
MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PLAN DE SEGURO ONCOMEDIC XXX'	
TABLA DE BENEFICIOS	
PRIMER PASO PARA LA ACTIVACIÓN DEL SEGURO: ACUDIR O LLAMAR AL ÁREA DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA: XX PERSONA DE CONTACTO, TELÉFONO XX	
CONDICIONES Y COBERTURAS	
Beneficio máximo asegurado por persona	S/. / US\$ XX
Edad de ingreso ASEGURADO DEPENDIENTES	XX años hasta XX años Hasta XX años
PERIODO DE CARENCIA	XX días, contados a partir de la fecha de emisión del Certificado de Seguro.
Sistema directo (a crédito) - Atención hospitalaria y ambulatoria	Al XX%
Sistema de reembolso - Atención hospitalaria y ambulatoria (Dependiendo del Plan de Seguro)	Según Tarifario Pacifico*
Clínicas y centros de la red de proveedores oncológicos en Lima**	XXXX
Clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológicos en provincias	XXXX
Coberturas en caso de atención hospitalaria:	Copago/Coaseguro
Examen Inmuno Histoquímico Histopatológico	Al XX%
Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes	Al XX%
Habitación estándar, individual o doble	Al XX%
Honorarios médicos	Al XX%
Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea	Al XX%
Medicina nuclear: Gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo	Al XX%
Quimioterapia y Radioterapia	Al XX%
Radiología: Ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, Tomografía computarizada y pruebas o exámenes especializados	Al XX%
Salas de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos y/o intermedios	Al XX%
Coberturas en caso de atención ambulatoria:	Copago/Coaseguro
Examen Inmuno Histoquímico Histopatológico	Al XX%
Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes	Al XX%
Honorarios médicos	Al XX%
Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea	Al XX%
Medicina nuclear: Gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo	Al XX%

PACIFICO
 MIGUEL DELGADO B.
 Gerente Legal
 MIGUEL ORTIZ
 Gerente de Negocios

Quimioterapia y Radioterapia	AI XX%
Radiología: Ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, Tomografía computarizada y pruebas o exámenes especializados	AI XX%
Sala de operaciones y de recuperación	AI XX%
Coberturas especiales:	Copago/Coaseguro
Alimentación acompañante de paciente oncológico	AI XX%
Chequeo médico preventivo oncológico	S/. / US\$ XX
Cirugía de hallazgo	AI XX%
Cuidado oncológico en el hogar, incluye traslado en ambulancia, previa autorización de LA COMPAÑÍA	AI XX%
Gastos por sepelio ²	S/. / US\$ XX
Nutricionista ³	AI XX%
Nutrición parenteral	AI XX%
Petscan ⁴	AI XX%
Radiocirugía	AI XX%
Reconstrucción mamaria (por única vez en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama)	AI XX%
Segundo Cáncer primario	AI XX%
Segunda opinión médica nacional (para cirugías electivas) ⁵	AI XX%
Segunda opinión médica internacional ⁶	AI XX%
Tarifa especial para tratamiento Psicológico en XX (proveedor asignado)	S/. / US\$ XX
Traslado en territorio nacional ⁷	AI XX%
Tratamientos de última generación con modificadores de respuesta biológica: <ul style="list-style-type: none"> - Anticuerpos Monoclonales - Factores estimulantes de colonia - Inmunoterapia 	AI XX%
Tratamiento de las siguientes patologías a consecuencia del tratamiento oncológico: Neutropenia febril, anemia aguda, infección del catéter venoso central, hipercalcemia tumoral, Complicación hemorrágica post operatoria inmediata ⁸	AI XX%
Trasplante de medula ⁹	AI XX%
<p>1. Categoría XX según NCCN (Aplicable a toda medicina, tratamiento y procedimiento oncológico) <i>National Cancer Comprehensive Network (NCCN):</i> Entidad especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer. Para mayor información acceder a: www.nccn.org</p> <p>2. Por fallecimiento a consecuencia del Cáncer, comprende: En los cementerios XXX a elección de la familia: XXX. No incluye: XXX. Incluye: XXX. Forma de pago: XX.</p> <p>3. Según requerimiento medico, previa autorización de LA COMPAÑÍA, XX al año.</p> <p>4. Según requerimiento medico, previa autorización de LA COMPAÑÍA, XX al año.</p> <p>5. Opinión de otro cirujano con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual EL ASEGURADO tiene una duda razonable.</p>	

6. Opinión internacional que LA COMPAÑIA gestionará cuando así lo considere necesario al existir una duda razonable en cuanto al tratamiento del Cáncer de un ASEGURADO y en la que la NCCN no tenga una clara definición. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.
7. XX pasajes de tipo XX nacionales al año, Previa autorización de LA COMPAÑIA por necesidad médica.
8. Las patologías detalladas se deberán presentar a más tardar dentro de tres (3) semanas de la aplicación del respectivo tratamiento oncológico (Quimioterapia, Radioterapia o Cirugía Oncológica). No tendrán esta cobertura especial las patologías que se presentan DESPUÉS de dicho plazo.
9. Incluye los exámenes de histocompatibilidad del donante y los gastos necesarios para el trasplante, solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar dicho procedimiento expedidos por la Organización Nacional de Donación y Trasplante (ONDT) del Ministerio de Salud (MINSa). Se tendrá derecho a esta cobertura a partir del tercer año de contratación de la Póliza, de continuar el seguro en forma ininterrumpida.
(*TARIFARIO PACIFICO: Documento que fija los montos para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de LA COMPAÑIA (www.pacificoseguros.com).
(**) Sólo en caso el tratamiento no se pueda llevar a cabo en las clínicas y/o centros médicos de la red de proveedores oncológicos en Lima y provincias, LA COMPAÑIA podrá autorizar la atención del ASEGURADO y sus DEPENDIENTES en clínicas y/o centros médicos en el Perú incluyendo el INEN.

4.- GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES (Art. 6°)

Queda entendido y convenido que la presente Póliza no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad que NO sea Cáncer, tal como se define en esta Póliza.

Asimismo, este seguro no cubrirá los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Ansiolíticos, antipsicóticos y productos no medicinales.
- b) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- c) Cáncer que se haya detectado durante el periodo de carencia.
- d) Chequeos médicos, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos, y de rehabilitación.
- e) Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sean necesarios como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza. En el caso de reconstrucción mamaria reconocida NO cubrirá la cirugía del complejo areola-pezones.
- f) Contaminación nuclear, así como actividades o enfermedades ocupacionales.
- g) Compra de sangre, plasma, albúmina, hemoderivados, tejidos, órganos y/o células madre.
- h) Cuidados, atenciones ó tratamientos de enfermeras particulares, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza.
- i) Dispositivos o equipos mecánicos o electrónicos (de uso externo o interno), equipos médicos (glucómetros, tensiómetros, respiradores artificiales, nebulizadores, aspiradores, dispositivos CPAP, vendas antiembólicos), sillas de ruedas, muletas, camas clínicas, implante coclear, implantes internos y externos y aparatos auditivos.
- j) Enfermedades que no sean diagnosticadas como Cáncer; y aquellas que no han sido debidamente sustentadas con el correspondiente examen confirmatorio del Informe Anatómo Patológico Histológico.

- k) **ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES PREEXISTENTES.**
- l) **Gastos pagados directamente por EL ASEGURADO para su tratamiento de Cáncer sin autorización escrita de LA COMPAÑÍA.**
- m) **Procedimientos que NO cuenten con la autorización de la NCCN, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.**
- n) **Prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas, equipos o aparatos ortopédicos o mecánicos o electrónicos.**
- o) **Pruebas diagnósticas de laboratorio y exámenes genéticos catalogados como pronósticas.**
- p) **Tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico y se encuentren calificada(s) como beneficiosa(s) por la NCCN.**
- q) **Tratamientos que NO se encuentren aprobados como tratamientos estándares en la *Clinical Practice Guidelines in Oncology* (Guías Clínicas Oncológicas) de los protocolos de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) – según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.**
- r) **Tratamientos de medicinas alternativa y/o complementaria.**
- s) **Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos ni tratamientos y/o procedimientos experimentales.**
- t) **Vitaminas y suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.**

5.- REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE ATENCION PARA LA UTILIZACION DEL SEGURO (Art. 10°)

EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos podrán hacer uso de los beneficios establecidos en la Tabla de Beneficios contenida en este documento, debiendo cumplir con los requisitos y procedimientos siguientes:

REQUISITOS:

- a) Presentar a LA COMPAÑÍA en original el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista.
- b) Presentar a LA COMPAÑÍA la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados.
- c) Encontrarse al día en el pago de las primas.

PROCEDIMIENTO:

- a) Para activar la cobertura que otorga esta Póliza, EL ASEGURADO deberá acercarse a LA COMPAÑÍA con su Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, para tener una reunión de orientación con el área de Consejería Oncológica o, en caso de impedimento podrá comunicarse telefónicamente con dicha área. LA COMPAÑÍA orientará a EL ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones y exclusiones de la Póliza.
- b) Luego del contacto con LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO podrá iniciar su tratamiento oncológico bajo el sistema de atención permitido por su Plan de Seguro contratado, según lo establecido en la Tabla de Beneficios.
- c) En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores oncológica; presentando a LA COMPAÑÍA la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante complementado con el resultado positivo para Cáncer del Informe Anátomo Patológico Histológico.

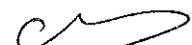
Oficina Principal

Torre Pacífico Av. Juan de Arona 830 San Isidro, Lima 27 Perú
T (511) 518 4000 F (511) 518 4295 / 518 4299

PACIFICOseguros


JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

PACIFICOseguros


MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

17 SEP 2010

- d) La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por LA COMPAÑÍA.
- e) Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.

6.- USO OBLIGATORIO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLOGICA (Art. 11°)

En el caso que EL ASEGURADO requiera atención ambulatoria u hospitalaria deberá acudir a una clínica, centro médico y/o médico que pertenezca a la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA señalada en la Tabla de Beneficios.

7.- USO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLOGICA (Art. 12°)

Dependiendo del Plan de Seguro contratado, en caso que el tratamiento, hospitalario o ambulatorio, NO se pueda llevar a cabo en la red de proveedores oncológica, la COMPAÑÍA podrá autorizar el tratamiento en otra clínica y/o centro médico. Los gastos serán reconocidos por la COMPAÑÍA de la misma manera como si la atención hubiera sido efectuada con un proveedor de la red oncológica descrita en el Plan, es decir bajo el sistema de crédito.

En el mismo caso, LA COMPAÑÍA podrá autorizar también que la atención sea bajo el sistema de reembolso, en cuyo caso los gastos serán pagados al ASEGURADO con base al Tarifario Pacífico, que éste tendrá a su disposición a través de la página web de LA COMPAÑÍA o mediante consulta llamando a la central de información de LA COMPAÑÍA.

Dichos reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por EL ASEGURADO.

8.- LIQUIDACION DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS (Art. 13°)

Como regla general, los beneficios cubiertos serán pagados directamente a la clínica o centro médico de la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA, descrita en el Plan de Seguro, que hayan prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente.

La liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en la Tabla de Beneficios, de acuerdo con lo siguiente:

ATENCIÓN MEDICA BAJO SISTEMA DE ATENCIÓN DIRECTA (A CRÉDITO):

La atención médica bajo este sistema se realizará según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

En este caso, EL ASEGURADO deberá siempre atenderse con un proveedor de la red oncológica descrita en su Plan de Seguro, el cual facturará sus gastos directamente a LA COMPAÑÍA.

Asimismo, los gastos por honorarios profesionales deben estar necesariamente incluidos en la Carta de Garantía extendida por LA COMPAÑÍA, no debiendo EL ASEGURADO pactar o pagar honorarios adicionales.

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una hospitalización se efectuaran gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad, éstos serán cubiertos como gastos hospitalarios.

2. ATENCIÓN BAJO SISTEMA DE REEMBOLSO:

EL ASEGURADO después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a LA COMPAÑÍA, a más tardar dentro de los 60 días calendarios siguientes,

la Solicitud de Reembolso, adjuntando toda la documentación sustentatoria de los gastos, con facturas originales emitidas de acuerdo a ley, así como, en su caso, el Informe médico ampliatorio de ser requerido, y cualquier otra información y/o documento que LA COMPAÑÍA le solicite que guarde relación con la atención médica realizada. Una vez aprobada la documentación presentada LA COMPAÑÍA pagará los gastos de acuerdo al Tarifario de Pacifico en el plazo máximo de 30 días calendarios.

9.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO (Art. 22°)

El Contrato de Seguro será nulo de pleno derecho, en lo que respecta al ASEGURADO, en los siguientes casos:

- a) Por la mala fe probada de alguna de las partes al momento de celebrarse el contrato.
- b) Por la inexacta declaración del ASEGURADO, aún hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.
- c) Por la omisión u ocultación, por el ASEGURADO, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.

En caso que la nulidad del Contrato de Seguro se produjera por las causales b) y c) señaladas en el presente artículo, LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas por EL ASEGURADO, descontando un monto equivalente a todos los gastos en los que hubiera incurrido LA COMPAÑÍA en relación con este seguro, siempre que no haya existido mala fe probada.

En el caso que hubiera mediado mala fe probada del ASEGURADO, el importe de las primas quedará totalmente a favor de LA COMPAÑÍA por concepto de penalidad, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios causados.

En caso de nulidad, EL ASEGURADO, no tendrán derecho a reclamar cobertura o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si hubiese recibido algún beneficio relacionado con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma desembolsada por ésta, conjuntamente con los intereses compensatorios y/o moratorios a las tasas máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos y tributos que correspondan.

10.- RESOLUCIÓN DEL CONTRATO (Art. 23°)

El Contrato de Seguro quedará resuelto automáticamente, sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, con respecto a cada ASEGURADO, perdiendo todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que se ocurra alguna de las siguientes causales de incumplimiento del contrato:

- a) En caso de reclamación fraudulenta, según lo indicado en esta Póliza.
- b) Incumplimiento de pago de la prima en los plazos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

11.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA (Art. 24°)

La Cobertura del Seguro terminará para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Con la resolución automática del Contrato de Seguro.
- b) A solicitud del ASEGURADO, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de LA COMPAÑÍA, con mínimo treinta (30) días calendario de anticipación. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en el aviso; la que sea posterior.
- c) A iniciativa de LA COMPAÑÍA, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio del

ASEGURADO y/o CONTRATANTE con mínimo treinta (30) días calendario de anticipación, debiendo señalar la razón para dicha terminación. LA COMPAÑÍA no podrá terminar la cobertura fundamentándose en causas que sean, de manera directa, imputables a ella misma. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en dicho aviso; la que sea posterior.

- d) Cuando un ASEGURADO pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de ASEGURADO, de acuerdo con los términos de este Contrato.
- e) Al fallecimiento del ASEGURADO.

En el caso que EL ASEGURADO solicite la terminación del Contrato, ello no afectará a cualquier siniestro originado durante la vigencia de la Póliza, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:

- a) En caso de encontrarse hospitalizado, al término de ésta.
- b) En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de terminación de la Póliza.

12.- DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE (Art. 26°)

Este Contrato se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del ASEGURADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado en cualquier momento de la vigencia, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, anulará el presente contrato de seguro en todos sus efectos, quedando liberada LA COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en el mismo.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando EL ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con EL ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.

La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de la situación de salud de EL ASEGURADO o sus DEPENDIENTES inscritos, formulada de manera intencional o no.

La declaración falsa y la declaración reticente de EL ASEGURADO constituyen causal de nulidad de la Póliza, aún cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por LA COMPAÑÍA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive anularlo.

13.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIA (Art. 31°)

Las partes convienen que, en caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, se someterán a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley.

14.- AREA ENCARGADA DE ATENDER CONSULTAS Y RECLAMOS DE LOS USUARIOS:

En caso de reclamo el ASEGURADO cuenta con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al 01 513-5000 / Torre Pacífico Av. Juan de Arona N° 830 San Isidro.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días calendario para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, el ASEGURADO podrá ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.

15.- DEFENSORIA DEL ASEGURADO (Art. 30°)

En caso que el cliente no esté de acuerdo con la atención de su siniestro y siempre y cuando no exceda de US\$ 50,000 el ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 446-9158, Dirección: Arias Araguez 146 San Antonio Miraflores, Lima.

Lima, DD de MM de AAAA

Firma del Solicitante / Asegurado

Acepto las condiciones del
Seguro Colectivo Oncológico

PACIFICO SEGUROS


MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS


JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO

CONDICIONES GENERALES

**INDICE
INTRODUCCIÓN**

CONDICIONES TÉCNICAS

- Artículo 1° Objeto del seguro
- Artículo 2° Personas asegurables
- Artículo 3° Beneficio máximo asegurado por persona
- Artículo 4° Periodo de carencia**
- Artículo 5° Beneficios y gastos cubiertos**
- Artículo 6° Gastos no cubiertos y exclusiones**
- Artículo 7° Copago y coaseguro
- Artículo 8° Relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica en Lima y en provincias

CONDICIONES OPERATIVAS

- Artículo 9° Sistemas de atención
- Artículo 10° Requisito y procedimiento de atención para la utilización del seguro
- Artículo 11° Uso obligatorio de clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica
- Artículo 12° Uso de clínicas y centros médicos fuera de la red de proveedores oncológica
- Artículo 13° Liquidación de gastos y pago de beneficios

CONDICIONES LEGALES

- Artículo 14° Del contrato del seguro
- Artículo 15° Declaraciones
- Artículo 16° Avisos y comunicaciones
- Artículo 17° Vigencia de la Póliza
- Artículo 18° Ajuste de primas y modificaciones
- Artículo 19° Renovación de la Póliza
- Artículo 20° Observaciones a la Póliza
- Artículo 21° Pago de primas
- Artículo 22° Nulidad del Contrato de Seguro
- Artículo 23° Resolución del Contrato
- Artículo 24° Terminación de la cobertura
- Artículo 25° Revisión de los reclamos
- Artículo 26° Declaración falsa y/o reticente
- Artículo 27° Reclamación fraudulenta
- Artículo 28° Prescripción liberatoria
- Artículo 29° Predominio de condiciones y/o cláusulas
- Artículo 30° Defensoría del Asegurado
- Artículo 31° Solución de controversia
- Artículo 32° Tributos
- Artículo 33° Términos y definiciones

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el Solicitante, en adelante EL ASEGURADO, el mismo que forma parte de un grupo homogéneo de personas que mantienen una relación con el CONTRATANTE, y a las declaraciones contenidas en ella, cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y, de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales del SEGURO COLECTIVO ONCOLOGICO, y en las Condiciones Particulares, Especiales, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza, El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada LA COMPAÑÍA, conviene en asegurar a EL ASEGURADO contra la enfermedad diagnosticada como Cáncer, con sujeción a la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, LA COMPAÑÍA conviene en amparar al ASEGURADO pagando todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de la enfermedad diagnosticada como Cáncer, a nivel nacional, sea atención médica hospitalaria o ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por persona y de acuerdo al Plan de Seguro contratado. Es requisito para que se active esta Póliza, que la enfermedad esté diagnosticada y sustentada con el correspondiente Informe Anatómo Patológico Histológico con resultado positivo para Cáncer.

El alcance de los beneficios, límites y/o coberturas serán los que se pacten de común acuerdo entre el CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA, y que figuren en las Condiciones Particulares de la Póliza, según el Plan de Seguro contratado.

Artículo 2°

PERSONAS ASEGURABLES

Sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, podrá asegurarse cualquier persona que goce de buena salud y que haya pasado por el proceso de evaluación de LA COMPAÑÍA. Este seguro ampara al ASEGURADO y podría amparar a sus padres, cónyuge, conviviente e hijos, siempre que hayan sido aceptados y registrados como DEPENDIENTES en la Póliza, de acuerdo a los términos establecidos en el Plan de Seguro contratado.

La edad de ingreso de los ASEGURADOS y DEPENDIENTES se establecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los DEPENDIENTES, que no se incluyeron al inicio de la vigencia de la Póliza, sólo podrán incluirse al inicio de la siguiente vigencia, de continuar el ASEGURADO con el seguro.

Artículo 3°

BENEFICIO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA

La COMPAÑÍA será responsable de cubrir las coberturas establecidas en la Tabla de Beneficios correspondiente al Plan de Seguro contratado, durante la vigencia de la Póliza hasta los límites establecidos en dicha Tabla, la misma que se insertará en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 4°

PERÍODO DE CARENIA

Esta Póliza estará sujeta a un periodo de carencia cuya duración deberá ser establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La enfermedad de Cáncer que se inicie o se detecte durante el período de carencia, NO se encontrará cubierta por esta Póliza.

Artículo 5°

BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Este Seguro únicamente cubrirá los gastos derivados del tratamiento de la enfermedad de Cáncer a nivel nacional. Tendrá las coberturas señaladas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, según el Plan de Seguro contratado, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por persona.

En estas Condiciones Generales de la Póliza se establecen todas las coberturas que son materia de aseguramiento, sin embargo queda establecido que para cada ASEGURADO, las coberturas serán las que se hayan establecido expresamente pactadas en su Plan de Seguro contratado, el mismo que podrá contener menos coberturas que las señaladas a continuación.

Para los términos de la presente Póliza se entenderá por Cáncer a la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.

Los tratamientos cubiertos bajo la presente Póliza comprenderán únicamente los siguientes: Cirugía Oncológica, Quimioterapia y Radioterapia.

Se entiende por **Cirugía Oncológica**, la realizada por un médico con especialidad de Cirujano Oncólogo.

Se entiende por **Quimioterapia**, al tratamiento de oncología clínica con fármacos anticancerosos.

Se entiende por **Radioterapia**, la aplicación de radiaciones ionizantes emitidas por equipos como el acelerador lineal, diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores localizados.

Para la aprobación de la cobertura de cada caso oncológico específico a tratar, resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las tres condiciones que se mencionan a continuación:

- a) Que tanto el tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y se encuentren calificadas como beneficiosas por la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) de los Estados Unidos de Norteamérica.
- b) Que los tratamientos oncológicos se encuentren aprobados como tratamientos estándares en las NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de Norteamérica, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- c) Que el procedimiento oncológico cuente con la autorización de la NCCN de los Estados Unidos de Norteamérica, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para mayor información sobre la organización *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, sírvase revisar la siguiente página web: www.nccn.org.

Gastos cubiertos en casos de hospitalización:

- a) Examen Inmuno Histoquímico Hispatológico.
- b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- c) Habitación estándar, individual o doble.
- d) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- e) Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados de acuerdo a la NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* de los Estados Unidos de Norteamérica, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- f) Medicina Nuclear, que comprende: gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo.
- g) Quimioterapia y Radioterapia, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- h) Radiología, que comprende: ecografías, Raxos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía computarizada, Inmunohistoquímica y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a la NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* de los Estados Unidos de Norteamérica, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- i) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos y/o intermedios.

Gastos cubiertos en casos de atención ambulatoria:

- a) Examen Inmuno Histoquímico Hispatológico.
- b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- c) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- d) Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificado de acuerdo a la NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* de los Estados Unidos de Norteamérica, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- e) Medicina Nuclear, que comprende: gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo.

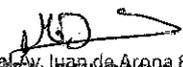
PACIFICOSEGUROS

Oficina principal: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud EP - Call Center: Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

PACIFICOSEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División


MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal


PACIFICOSEGUROS
Larry Costilla Guanilo
Jefe de Producción
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

- f) Quimioterapia y Radioterapia, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- g) Radiología, que comprende: ecografías, Raxos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía computarizada, Inmunohistoquímica y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a la *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* de los Estados Unidos de Norteamérica, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- h) Sala de operaciones y de recuperación.

Coberturas especiales:

LA COMPAÑÍA podrá otorgar coberturas especiales, dependiendo del Plan de Seguro contratado. Las coberturas y sus condiciones estarán especificadas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- a) Alimentación para acompañante de paciente oncológico.
- b) Chequeo médico preventivo oncológico.
- c) Cirugía de hallazgo.
- d) Cuidado Oncológico en el hogar, incluye el traslado en ambulancia.
- e) Gastos por sepelio.
- f) Nutricionista.
- g) Nutrición Parenteral.
- h) Petscan.
- i) Radiocirugía.
- j) Reconstrucción mamaria. Esta póliza reconocerá la operación de reconstrucción mamaria sólo por única vez en pacientes a quienes se le haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Se reconocerán las complicaciones de la reconstrucción mamaria que ocurran dentro de las 3 semanas posteriores de realizada dicha operación.
- k) Segundo Cáncer primario.
- l) Segunda opinión médica nacional (para cirugías electivas).
- m) Segunda opinión médica internacional.
- n) Tarifa especial para el tratamiento psicológico con el proveedor designado por LA COMPAÑÍA.
- o) Traslado en territorio nacional.
- p) Tratamientos de última generación con modificadores de respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia
- q) Tratamiento de algunas patologías como consecuencia del Cáncer, enumeradas en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza. Para tener derecho a esta cobertura, las patologías detalladas se deberán presentar a más tardar dentro de tres (3) semanas de la aplicación del respectivo tratamiento oncológico (Quimioterapia, Radioterapia o Cirugía Oncológica). No tendrán esta cobertura especial las patologías que se presentan DESPUÉS de dicho plazo.
- r) Sujeto a la permanencia en el presente seguro por un plazo mayor a los 24 meses, se cubrirá el Trasplante de médula ósea, incluyendo en la cobertura los exámenes de histocompatibilidad del donante designado por el ASEGURADO así como los gastos necesarios para el trasplante en el donante y en el ASEGURADO. Este tratamiento solo estará cubierto si se realiza en establecimientos que cuenten con



pacífico

la autorización para realizar dicho procedimiento expedidos por la Organización Nacional de Donación y Trasplante (ONDT) del Ministerio de Salud (MINSA). Estando a lo anterior, se tendrá derecho a esta cobertura recién a partir del tercer año de contratación de la Póliza, de continuar el seguro vigente en forma ininterrumpida.

Artículo 6°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Queda entendido y convenido que la presente Póliza no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad que NO sea Cáncer, tal como se define en esta Póliza.

Asimismo, este seguro no cubrirá los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Ansiolíticos, antipsicóticos y productos no medicinales.
- b) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- c) Cáncer que se haya detectado durante el período de carencia.
- d) Chequeos médicos, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos, y de rehabilitación.
- e) Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sean necesarios como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza. En el caso de reconstrucción mamaria reconocida NO cubrirá la cirugía del complejo areola-pezones.
- f) Contaminación nuclear, así como actividades o enfermedades ocupacionales.
- g) Compra de sangre, plasma, albúmina, hemoderivados, tejidos, órganos y/o células madre.
- h) Cuidados, atenciones ó tratamientos de enfermeras particulares, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza.
- i) Dispositivos o equipos mecánicos o electrónicos (de uso externo o interno), equipos médicos (glucómetros, tensiómetros, respiradores artificiales, nebulizadores, aspiradores, dispositivos CPAP, vendas antiembólicos), sillas de ruedas, muletas, camas clínicas, implante coclear, implantes internos y externos y aparatos auditivos.
- j) Enfermedades que no sean diagnosticadas como Cáncer; y aquellas que no han sido debidamente sustentadas con el correspondiente examen confirmatorio del Informe Anatómo Patológico Histológico.
- k) ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES PREEXISTENTES, No se considera enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aún cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades y/o asistencia médica diferente siempre que haya sido contratada en la misma COMPAÑÍA u otra.
- l) Gastos pagados directamente por EL ASEGURADO para su tratamiento de Cáncer sin autorización escrita de LA COMPAÑÍA.
- m) Procedimientos que NO cuenten con la autorización de la NCCN, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- n) Prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas, equipos o aparatos ortopédicos o mecánicos o electrónicos.

PACIFICOSEGUROS

IAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 80844000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICOSEGUROS
LARRY CASTILLA GUANILLO
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

- o) Pruebas diagnósticas de laboratorio y exámenes genéticos catalogados como pronósticas.
- p) Tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico y se encuentren calificada(s) como beneficiosa(s) por la NCCN.
- q) Tratamientos que NO se encuentren aprobados como tratamientos estándares en la *Clinical Practice Guidelines in Oncology* (Guías Clínicas Oncológicas) de los protocolos de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) de los Estados Unidos de Norteamérica, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- r) Tratamientos de medicinas alternativa y/o complementaria.
- s) Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos ni tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- t) Vitaminas y suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.

Artículo 7°

COPAGO y COASEGURO

El Copago es el importe fijo del gasto cubierto que le corresponde asumir directamente al ASEGURADO distinto del Coaseguro, por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la Tabla de Beneficios inserta en la Póliza.

El Coaseguro es el porcentaje del gasto cubierto que le corresponde asumir directamente al ASEGURADO, distinto del Copago por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la Tabla de Beneficios inserta en la Póliza.

Artículo 8°

RELACION DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICA EN LIMA Y EN PROVINCIAS

La relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica en Lima y en provincias se incluye en un anexo de la Póliza. Cada Plan de Seguro establecerá las clínicas y centros médicos oncológicos a los que podrá acudir el ASEGURADO, los que se especificarán en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑÍA podrá modificar la relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica en Lima y provincias en caso fuera necesario, buscando preservar un servicio de salud de calidad. En caso que esto suceda y exista una hospitalización en curso, se otorgará la atención en la clínica excluida hasta el alta del ASEGURADO y/o DEPENDIENTE.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 9°

SISTEMAS DE ATENCIÓN

El ASEGURADO podrá hacer uso del seguro únicamente a través de uno de los Sistemas de Atención señalados a continuación, el mismo que se establecerá en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, según el Plan de Seguro contratado:

PACIFICOSEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICOSEGUROS

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

Oficina Principal: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

PACIFICOSEGUROS
Larry Costilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

1. DIRECTA EN CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICA (A CRÉDITO)

Bajo este sistema el ASEGURADO deberá acudir exclusivamente a las clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica indicada en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, según el Plan de Seguro contratado.

LA COMPAÑÍA emitirá una Carta de Garantía para reconocer los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú.

2. REEMBOLSO POR ATENCIÓN FUERA DE LA RED ONCOLÓGICA

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá recurrir a una clínica o centro médico diferente a los establecidos en la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA, si el Plan de Seguro contratado así se lo permite y siempre que conste en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 10°

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos podrán hacer uso de los beneficios establecidos en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza debiendo cumplir con los requisitos y procedimientos siguientes:

REQUISITOS:

- Presentar a LA COMPAÑÍA en original el Informe Anatómo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista.
- Presentar a LA COMPAÑÍA la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados.
- Encontrarse al día en el pago de las primas.

PROCEDIMIENTO:

- Para activar la cobertura que otorga esta Póliza, EL ASEGURADO deberá acercarse a LA COMPAÑÍA con su Informe Anatómo Patológico Histológico positivo para Cáncer, para tener una reunión de orientación con el área de Consejería Oncológica, o en caso de impedimento podrá comunicarse telefónicamente con dicha área. La información de contacto se señalará en la Tabla de Beneficios que recibirá EL ASEGURADO. LA COMPAÑÍA orientará a EL ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones y exclusiones de la Póliza.
- Luego del contacto con LA COMPAÑÍA EL ASEGURADO podrá iniciar su tratamiento oncológico bajo el sistema de atención permitido por su Plan de Seguro contratado, según lo establecido en la Tabla de Beneficios, inserta en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza.
- En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores oncológica; presentando a LA COMPAÑÍA la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante complementado con el resultado positivo para Cáncer del Informe Anatómo Patológico Histológico.
- La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo

establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por LA COMPAÑÍA.

- e) Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.

Artículo 11°

USO OBLIGATORIO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLOGICA

En el caso que EL ASEGURADO requiera atención ambulatoria u hospitalaria deberá acudir a una clínica, centro médico y/o médico que pertenezca a la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA señalada en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 12°

USO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLOGICA

Dependiendo del Plan de Seguro contratado, en caso que el tratamiento, hospitalario o ambulatorio, NO se pueda llevar a cabo en la red de proveedores oncológica, la COMPAÑÍA podrá autorizar el tratamiento en otra clínica y/o centro médico. Los gastos serán reconocidos por la COMPAÑÍA de la misma manera como si la atención hubiera sido efectuada con un proveedor de la red oncológica descrita en el Plan, es decir bajo el sistema de crédito.

En el mismo caso, LA COMPAÑÍA podrá autorizar también que la atención sea bajo el sistema de reembolso, en cuyo caso los gastos serán pagados al ASEGURADO con base al Tarifario Pacífico, que éste tendrá a su disposición a través de la página web de LA COMPAÑÍA o mediante consulta llamando a la central de información de LA COMPAÑÍA.

Dichos reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por EL ASEGURADO.

Artículo 13°

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica o centro médico de la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA, descrita en el Plan de Seguro, que hayan prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente.

La liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en la Tabla de Beneficios inserta en la Póliza, de acuerdo con lo siguiente:

1. ATENCIÓN MEDICA BAJO SISTEMA DE ATENCION DIRECTA (A CRÉDITO):

La atención médica bajo este sistema se realizará según lo indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza.

En este caso, EL ASEGURADO deberá siempre atenderse con un proveedor de la red oncológica descrita en su Plan de Seguro, el cual facturará sus gastos directamente a LA COMPAÑÍA y, deberá cumplir con el procedimiento descrito en la presente Póliza.

Asimismo, los gastos por honorarios profesionales deben estar necesariamente incluidos en la Carta de Garantía extendida por LA COMPAÑÍA, no debiendo EL ASEGURADO pactar o pagar honorarios adicionales.

PACIFICO SEGUROS
JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICO SEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Vida S.A. - Call Center 918-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com
MIGUEL DELGADO R.
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS
Larry Costilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una hospitalización se efectuaran gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad, éstos serán cubiertos como gastos hospitalarios.

2. ATENCIÓN BAJO SISTEMA DE REEMBOLSO:

EL ASEGURADO después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a LA COMPAÑÍA, a más tardar dentro de los 60 días calendarios siguientes, la Solicitud de Reembolso, adjuntando toda la documentación sustentatoria de los gastos, con facturas originales emitidas de acuerdo a ley, así como, en su caso, el Informe médico ampliatorio de ser requerido, y cualquier otra información y/o documento que LA COMPAÑÍA le solicite que guarde relación con la atención médica realizada. Una vez aprobada la documentación presentada LA COMPAÑÍA pagará los gastos de acuerdo al Tarifario de Pacífico en el plazo máximo de 30 días calendarios.

CONDICIONES LEGALES

Artículo 14°

DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual LA COMPAÑÍA se obliga mediante el pago de la prima, a indemnizar al ASEGURADO o a su BENEFICIARIO, según corresponda, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza de Seguro; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. Es parte del Contrato de Seguro, las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Cláusulas adicionales, Endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE o ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro.

La presente Póliza se emite de acuerdo con las Condiciones Generales, Particulares y Especiales que hubieren, teniendo como base la Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud efectuada por EL ASEGURADO, y las declaraciones adicionales que le sean requeridas para la debida evaluación del riesgo, todas las cuales se consideran parte de la misma, de tal forma que cualquier omisión, inexactitud, ocultación o falsedad en la información proporcionada dará lugar a la nulidad del Contrato de Seguro, quedando LA COMPAÑÍA relevada de cualquier pago o indemnización y con derecho a retener la prima cobrada.

EL ASEGURADO facilitará a LA COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de, en su caso, verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración de Salud realizada, autorizando desde ya expresamente por el presente término a la clínica, centro médico u hospital, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica en caso se requiera, liberándolos del secreto profesional correspondiente.

Artículo 15°

DECLARACIONES

La Solicitud de Seguro de Salud y la Póliza, y sus eventuales endosos, firmados por EL ASEGURADO y los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA, respectivamente, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. LA COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

EL CONTRATANTE debe devolver a LA COMPAÑÍA una copia de la Póliza debidamente firmada.

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud SPS 4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificosegueros.com

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS
Larry Castilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

El CONTRATANTE declara que, antes de la suscripción de la Póliza, ha tomado pleno conocimiento de todas las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Condiciones Especiales que hubieren, a cuyas estipulaciones queda sujeto el Contrato de Seguros, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 380° del Código de Comercio.

Artículo 16°

AVISOS Y COMUNICACIONES

Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes, (CONTRATANTE, ASEGURADO y COMPAÑÍA) deberán ser formulados por escrito.

Artículo 17°

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Póliza tendrá la vigencia que para tal efecto se pacte con EL CONTRATANTE y se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para cada ASEGURADO el seguro se iniciará y terminará en las fechas señaladas en su Certificado de Seguro.

La cobertura de la Póliza está sujeta a que LA COMPAÑÍA haya aprobado la Solicitud del Seguro y EL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE haya cumplido con pagar la prima en la forma establecida o haber celebrado el convenio de pago respectivo.

Artículo 18°

AJUSTE DE PRIMAS Y MODIFICACIONES

Las primas de seguro se podrán establecer de acuerdo al sexo y la edad de las personas aseguradas. La edad alcanzada por el ASEGURADO y los DEPENDIENTES durante la vigencia de la Póliza, en cada facturación, determinará el monto de la prima a pagar. Las primas se señalarán en las Condiciones Particulares de la Póliza por cada Plan de Seguro contratado.

LA COMPAÑÍA podrá modificar el monto de la prima, el coaseguro, los copagos, el Tarifario Pacífico, así como cualquier otra condición y/o término de la Póliza, con conocimiento previo del CONTRATANTE y del ASEGURADO para lo cual les remitirá una comunicación escrita con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de vencimiento de la vigencia de la Póliza, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Seguro. En dicho plazo EL ASEGURADO y/o EL CONTRATANTE podrá expresar su rechazo, en el plazo de quince (15) días calendario de recibida la mencionada comunicación, en caso contrario se entenderán aceptadas las nuevas condiciones.

En el supuesto que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO exprese su rechazo y no haya acuerdo con LA COMPAÑÍA en un plazo máximo de quince (15) días calendario, LA COMPAÑÍA podrá dar por resuelta la Póliza y en consecuencia terminará la cobertura que otorga esta Póliza para todo el grupo asegurado y/o podrá LA COMPAÑÍA dar por excluido al ASEGURADO de la Póliza, en cuyo caso terminará la cobertura del seguro sólo para él. Mientras las partes señaladas no se pongan de acuerdo en los términos de la Póliza, la cobertura quedará suspendida.

Queda entendido que el pago de la nueva prima por parte de EL ASEGURADO son actos que ratifican la aceptación a los cambios realizados.

El pago de la prima por parte del ASEGURADO y/o CONTRATANTE del seguro es un acto que individualmente y por si sólo ratifica la aceptación de los términos y condiciones de la

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICOSEGUROS
Larry Costilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

póliza y/o de los cambios realizados a ésta, según corresponda. En el caso de Pólizas que se paguen mediante cargo en cuenta y/o débito automático a través de tarjeta de crédito y/o débito o cuenta de ahorro, dicha ratificación también se entenderá realizada si, luego de transcurridos quince (15) días calendario desde que el ASEGURADO y/o CONTRATANTE reciba su primer estado de cuenta, donde figure el primer cargo efectuado con el nuevo monto, éste no manifieste estar en desacuerdo con dicho cargo realizado por la COMPAÑÍA.

En el caso que EL ASEGURADO no acepte los nuevos términos y condiciones de la Póliza se entenderá que no ha continuado la cobertura y que ésta terminó automáticamente al término del plazo fijado en la póliza cuya vigencia finaliza.

Artículo 19°

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza podrá renovarse automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, según se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza, y mientras se cumplan y mantengan las condiciones de asegurabilidad del ASEGURADO.

En caso de renovación sin modificación de condiciones, la COMPAÑÍA no estará obligada a emitir una nueva Póliza o Certificado de Seguro. La cobertura no se considerará otorgada en los casos de falta de pago de primas, o por declaración falsa y/o reticente realizada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO al contratar la primera Póliza, o por reclamación fraudulenta durante la vigencia de cualquiera de las Pólizas y/o Certificados que se emitan.

Artículo 20°

OBSERVACIONES A LA PÓLIZA

EL CONTRATANTE podrá observar los términos y condiciones establecidos en la Póliza, debiendo solicitar por escrito su rectificación, dentro de los quince (15) días útiles posteriores a su recepción.

La Solicitud de Rectificación se entenderá como una propuesta de modificación del contrato (contraoferta) y no obliga a LA COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al CONTRATANTE, en un plazo de quince (15) días útiles de recibida la Solicitud de Rectificación, su decisión de aceptar o no las modificaciones solicitadas. La falta de respuesta en ese plazo por parte de LA COMPAÑÍA se entenderá como una respuesta negativa a lo solicitado. EL CONTRATANTE, luego de los quince (15) días útiles antes indicado tendrán un plazo de cinco (5) días útiles para aceptar o rechazar la Póliza, vencido dicho plazo sin su pronunciamiento se tendrá por aceptada la Póliza en los términos en que fue emitida originalmente.

Artículo 21°

PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los contratos de seguros, la Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

- a) El pago del íntegro de la prima debe realizarse en la(s) fecha(s) y forma establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el respectivo Certificado de Seguro para cada ASEGURADO. El Contrato surtirá efecto siempre que la prima haya sido pagada.
- b) La falta de pago o el atraso en el pago de la prima, sea total o parcial, en las fechas establecidas origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. LA COMPAÑÍA no será responsable por ningún reclamo durante el período en que la cobertura se mantuvo

PACIFICOSEGUROS
JUAN C. GONZÁLEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICOSEGUROS
Larry Costilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

suspendida.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas durante más de treinta (30) días calendario, la cobertura terminará automáticamente, quedando EL ASEGURADO excluido de la Póliza.

En caso de resolución por falta de pago (es decir por incumplimiento del contrato), LA COMPAÑÍA tiene el derecho a cobrar la prima correspondiente al período corrido desde el inicio de la cobertura hasta la fecha de resolución, incluyendo intereses, tributos y gastos originados por la emisión de la Póliza, aplicando la tabla de período corto señalado en estas Condiciones Generales. Para todo lo no estipulado en ésta cláusula y las siguientes referidas al pago de la prima serán de aplicación la Resolución SBS N° 225-2006, que aprobó el Reglamento de Pago de Primas o la norma legal que la sustituya.

- c) El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que LA COMPAÑÍA, el centro de pagos o la entidad financiera, autorizados para el cobro según lo establecido en la Póliza, perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de pago.

Artículo 22°

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo de pleno derecho, en lo que respecta al ASEGURADO, en los siguientes casos:

- a) Por la mala fe probada de alguna de las partes al momento de celebrarse el contrato.
b) Por la inexacta declaración del ASEGURADO, aún hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.
c) Por la omisión u ocultación, por el ASEGURADO, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.

En caso que la nulidad del Contrato de Seguro se produjera por las causales b) y c) señaladas en el presente artículo, LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas por EL ASEGURADO, descontando un monto equivalente a todos los gastos en los que hubiera incurrido LA COMPAÑÍA en relación con este seguro, siempre que no haya existido mala fe probada.

En el caso que hubiera mediado mala fe probada del ASEGURADO, el importe de las primas quedará totalmente a favor de LA COMPAÑÍA por concepto de penalidad, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios causados.

En caso de nulidad, EL ASEGURADO, no tendrán derecho a reclamar cobertura o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si hubiese recibido algún beneficio relacionado con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma desembolsada por ésta, conjuntamente con los intereses compensatorios y/o moratorios a las tasas máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 23°

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto automáticamente, sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, con respecto a cada ASEGURADO, perdiendo todo derecho emanado

PACIFICO SEGUROS
JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Vida EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com
MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS
Larry Castilla Guaniño
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

de la Póliza, a partir de la fecha en que ocurra alguna de las siguientes causales de incumplimiento del contrato:

- a) En caso de reclamación fraudulenta, según lo indicado en esta póliza
- b) Incumplimiento del pago de la prima en los plazos establecidos en las condiciones particulares de la póliza.

Artículo 24°

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura del Seguro terminará para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Con la resolución automática del Contrato de Seguro.
- b) A solicitud del ASEGURADO, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de LA COMPAÑÍA, con mínimo treinta (30) días calendario de anticipación. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en el aviso; la que sea posterior.
- c) A iniciativa de LA COMPAÑÍA, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio del ASEGURADO y/o CONTRATANTE con mínimo treinta (30) días calendario de anticipación, debiendo señalar la razón para dicha terminación. LA COMPAÑÍA no podrá terminar la cobertura fundamentándose en causas que sean, de manera directa, imputables a ella misma. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en dicho aviso; la que sea posterior.
- d) Cuando un ASEGURADO pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de ASEGURADO, de acuerdo con los términos de este Contrato.
- e) Al fallecimiento del ASEGURADO.

En el caso que EL ASEGURADO solicite la terminación del Contrato, ello no afectará a cualquier siniestro originado durante la vigencia de la Póliza, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:

- a) En caso de encontrarse hospitalizado, al término de ésta.
- b) En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de terminación de la Póliza.

Si LA COMPAÑÍA da por terminado el Contrato de Seguro sin que medie causal de resolución automática devolverá la parte de la prima neta correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, calculada proporcionalmente al periodo que falte para su vencimiento. Se entiende por prima neta el importe de la prima antes de aplicar los gastos e impuestos de ley.

Si el Contrato de Seguro termina por resolución solicitada por EL ASEGURADO o por causal de resolución imputable al ASEGURADO y/o CONTRATANTE se liquidará la prima neta a periodo corto, devengándose en favor de LA COMPAÑÍA, por cada mes o fracción de mes de vigencia del Seguro, la prima resultante de la aplicación de la siguiente tabla:

TABLA DE CANCELACIÓN A PERÍODO CORTO:

MES	% DE LA PRIMA ANUAL	MES	% DE LA PRIMA ANUAL
1	25	6	80
2	40	7	85
3	55	8	90
4	65	9	95

PACÍFICO SEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACÍFICO SEGUROS

Principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
 Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACÍFICO SEGUROS
Larry Castilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

5	75	10	100
---	----	----	-----

Artículo 25°**REVISIÓN DE LOS RECLAMOS**

LA COMPAÑÍA tiene derecho a hacer examinar a EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de LA COMPAÑÍA y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo.

EL ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de la información adicional solicitada, sea para pagos de reembolsos, beneficios y auditorías, dispensando al médico tratante y/o establecimiento de salud de la reserva de información. LA COMPAÑÍA manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 26°**DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE**

Este Contrato se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del ASEGURADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia del contrato, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada LA COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la Póliza, a partir de la fecha de dicha declaración.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando EL ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con EL ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.

La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de la situación de salud de EL ASEGURADO o sus DEPENDIENTES inscritos, formulada de manera intencional o no.

La declaración falsa y la declaración reticente de EL ASEGURADO constituyen causal de nulidad de la Póliza, aún cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por LA COMPAÑÍA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive anularlo.

Artículo 27°**RECLAMACIÓN FRAUDULENTA**

LA COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y EL ASEGURADO perderá todo derecho derivado de esta Póliza, procediéndose a la resolución automática de la misma en el caso que, en cualquier tiempo EL ASEGURADO, o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento o sus DEPENDIENTES, empleen medios o

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Salud E.I.R.L. 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal


PACIFICOSEGUROS
Larry Costilla Guanillo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD



pacífico

documentos falsos o adulterados para sustentar una reclamación o para derivar beneficios de la cobertura otorgada por la presente Póliza.

En caso la COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende un reclamo que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado conjuntamente con los intereses moratorios y/o compensatorios a las tasas de interés máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 28°

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana. LA COMPAÑÍA quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el siniestro, a menos que esté en tramitación una acción judicial relacionada con la reclamación.

Artículo 29°

PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS

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

Artículo 30°

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La presente cláusula establece el derecho del ASEGURADO y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para procurar resolver las controversias que surjan entre él y la COMPAÑÍA, siempre que la controversia este comprendida en los alcances de la competencia de la Defensoría del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en su reglamento, el mismo que se encuentra en la página web: www.defaseg.com.pe.

El ASEGURADO podrá recurrir a la Defensoría en caso que no se encuentre conforme con la decisión de la COMPAÑÍA en la atención de su controversia.

Condiciones específicas:

- La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los ASEGURADOS o usuarios de los servicios de seguro, por controversias comprendidas en el ámbito de su competencia.
- El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o usuario.
- Procede sólo para atender reclamos comprendidos en el ámbito de su competencia formulados por asegurados que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de LA COMPAÑÍA.
- Quedan excluidos del ámbito de competencia los reclamos provenientes de siniestros del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia, Gastos de Sepelio y Rentas de Jubilación del Sistema Privado de Pensiones.
- El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de ciento ochenta (180) días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por la COMPAÑÍA.

PACIFICO SEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal: Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Salud S.A. - Call Center: 155-4000 - Oficina Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS
Larry Castilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD



pacífico

- f) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de completado el expediente. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.
- g) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la COMPAÑÍA cuando es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada, siempre y cuando no exista ningún pedido de revisión pendiente.
- h) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de cinco (05) días hábiles de su notificación, debiendo indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión general. La Defensoría del Asegurado resuelve dentro del plazo de diez (10) días hábiles.
- i) En caso se interponga un recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el inciso anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.

La Defensoría del Asegurado está domiciliada en el Jirón Arias Aragüez n° 146 distrito de Miraflores, su teléfono es 446 9158 y su página web: www.defaseg.com.pe.

Artículo 31°

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIA

Las partes convienen que, en caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, se someterán a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley.

Artículo 32°

TRIBUTOS

Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo de EL ASEGURADO.

Artículo 33°

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

La definición de los siguientes términos le será de utilidad para comprender las coberturas de su seguro oncológico que se especifican en la Póliza:

- **Asegurado:** Persona que se beneficia de las coberturas de la presente Póliza.
- **Beneficio máximo asegurado por persona:** Cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto a EL ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, según los términos establecidos en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la Póliza se encuentre vigente.
- **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.
- **Carta de Garantía:** Autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga al centro de salud para realizar la atención médica luego de validar que las coberturas y los procedimientos médicos sean los amparados por la Póliza.

PACIFICOSEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICOSEGUROS

Oficina Principal en Lima, Oficina 830, San Isidro, Lima 27 Perú

Pacífico Seguros y Pacífico Salud EPS 518-4000 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

PACIFICOSEGUROS
Larry Costilla Guanilo
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD



pacífico

- **Certificado de Seguro:** Documento que se emite en esta Póliza por tratarse de un seguro colectivo; contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento.
- **Cirugía de hallazgo:** Cuando en una cirugía común se encuentra cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo previo a la cirugía.
- **Cirugía electiva:** Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.
- **Condiciones de asegurabilidad:** Conjunto de circunstancias (edad y estado de salud) que determinan que una persona pueda ser admitida como Asegurada. Para la evaluación, LA COMPAÑÍA podrá solicitar un examen médico.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.
- **Condiciones Particulares:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene el detalle de la tabla de beneficios y gastos cubiertos en las diferentes clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan oncológico adquirido por el ASEGURADO, y lo diferencian de otros planes dentro del mismo Contrato de Seguro.
- **Declaración de salud:** Es la información que debe brindar el solicitante y sus dependientes a LA COMPAÑÍA acerca de los antecedentes médicos, síntomas, dolencias, enfermedades y/o tratamientos pasados y presentes que permitan evaluar el actual estado de salud de cada uno de los solicitantes. La Declaración de Salud forma parte de la Solicitud del Seguro.
- **Dependiente:** Se considera como DEPENDIENTES asegurables a las siguientes personas:
 - El cónyuge o conviviente de acuerdo a la legislación peruana.
 - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos de cualquiera de los cónyuges, siempre y cuando sean solteros, residan con EL ASEGURADO en el mismo domicilio y sean dependientes económicamente de él.
 - Los padres del ASEGURADO.
- **Diagnóstico:** Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.
- **Cuidado Oncológico en el hogar:** Modelo asistencial considerado extensión del hospital. Es un sistema o conjunto de actividades y cuidados prestados a pacientes (previamente hospitalizados) en su domicilio, cuando no precisan de la estructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia o técnicas complejas para poder ser realizada por los equipos especialmente diseñados para tal fin.
- **Gastos no cubiertos y Exclusiones:** Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en la Póliza.
- **Informe Anatómico Patológico Histológico:** Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico Anatómico Patólogo.
- **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 emplea en simultáneo con la medicina científica. La medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina

PACIFICO SEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICO SEGUROS

Oficina principal Av. Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Salud 518-4500 Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS
LARRY COSTILLA GUANILLO
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD



pacífico

científica. Incluye, pero no se limita: 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, Watsu, Yoga.

- **National Cancer Comprehensive Network (NCCN):** Entidad de los Estados Unidos de Norteamérica especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer.
- **Nutrición Parenteral:** Alimentación endovenosa para pacientes que por una cirugía oncológica o progresión del Cáncer no pueden alimentarse en forma oral.
- **Periodo de carencia:** Tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Se cuenta luego de la fecha de inicio de la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este periodo no estará sujeto a cobertura.
- **Petscan:** Tomografía por emisión de positrones.
- **Póliza de seguro:** Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las condiciones generales, particulares, cláusulas adicionales, endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro.
- **Preexistencias:** Aquellas enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado ANTES de la contratación de la Póliza, o dentro del periodo de carencia. No se considera enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aún cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades y/o asistencia médica diferente siempre que haya sido contratada en la misma COMPAÑÍA u otra.
- **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.
- **Radiocirugía:** Tratamiento con radioterapia de última generación.
- **Reclamo:** Sinónimo de Siniestro.
- **Reconstrucción mamaria:** Reconstrucción de la forma de la mama que por cáncer fue extirpada.
- **Segundo Cáncer primario:** Se da cuando el paciente que inicialmente tuvo un Cáncer hace posteriormente un segundo cáncer diferente histológicamente al primero.
- **Segunda opinión médica nacional (para cirugías electivas):** Es la opinión de otro cirujano con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual EL ASEGURADO tiene una duda razonable.
- **Segunda opinión médica internacional:** Opinión internacional que LA COMPAÑÍA gestionará cuando así lo considere necesario al existir una duda razonable en cuanto al tratamiento del Cáncer de un ASEGURADO y en la que la NCCN no tenga una clara definición. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.
- **Seguro colectivo:** Modalidad de seguro que se caracteriza por cubrir, mediante un solo contrato, a múltiples asegurados que integran una colectividad homogénea.
- **Siniestro:** Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de Póliza es el primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, sustentado con el Informe Anátomo Patológico Histológico.
- **Solicitud de reembolso:** Documento pre-impreso y definido por LA COMPAÑÍA, que EL ASEGURADO llena y suscribe resumiendo la relación de pagos realizados directamente a médicos y/o clínicas, que solicita se le reintegren, adjuntando las

PACIFICOSEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División

PACIFICOSEGUROS

Oficina principal Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27 Perú
Pacífico Seguros y Pacífico Salud EP 518-4000, Pacífico Vida 518-4500 Web www.pacificoseguros.com
MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICOSEGUROS
LARRY COSTILLA GUANILLO
Jefe de Producto
GERENCIA DE PRODUCTOS DE SALUD

facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.

- **Solicitud de seguro:** Documento en el que consta la voluntad del asegurado de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por las empresas.
- **Sumario de la Póliza (o condiciones particulares):** Documento que contiene la identificación de EL ASEGURADO y DEPENDIENTES, la vigencia del seguro, la prima neta y bruta resultante, la especificación, en su caso, de las condiciones especiales del riesgo, así como la Tabla de Beneficios y Gastos Cubiertos que resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados.
- **Tarifario Pacífico:** Documento que fija los montos para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de LA COMPAÑÍA.
- **Trasplante de médula:** Trasplante de células progenitoras hematológicas que reemplazan a la médula ósea caduca.
- **Tratamiento y/o procedimiento experimental:** Procedimiento médico o quirúrgico, 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 organizaciones rectoras a la National Cancer Comprehensive Network (NCCN).
- **Tratamientos de última generación con modificadores de respuesta biológica:** Tratamientos de origen biológico que producen menos efectos indeseables, preparados en forma artificial para destruir preferentemente las células cancerosas y menos a las células normales.
- **Tumor maligno:** Conjunto de células cancerosas que conforman una lesión anormal que aumenta de volumen, invade tejidos vecinos y que puede migrar por vías sistémicas (sanguínea) a otros órganos.

PACIFICOSEGUROS

JUAN C. GONZALEZ MAERTENS N.
Gerente de División,

PACIFICOSEGUROS

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO ONCOMEDIC**

Póliza N° XXXXXX
Código Reg. SBS N° XXXXX

CONTRATANTE

Nombre o Razón Social:		
RUC:		
Dirección:		
Distrito:	Provincia:	Departamento :
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:

ASEGURADO

Persona que conforma un grupo homogéneo a cargo del **CONTRATANTE**, que se encuentra cubierta por la presente Póliza. Se incorporarán a la Póliza mediante declaración del **CONTRATANTE**.

Los datos personales de cada **ASEGURADO** constarán en su Certificado de Seguro.

DEPENDIENTES

Los padres, cónyuge o conviviente e hijos del **ASEGURADO** registrados como tal en la Solicitud de Seguro y en el Certificado de Seguro.

VIGENCIA : XXX

INICIO DE VIGENCIA: Desde las 12:00 am del DD/MM/AAAA

FIN DE VIGENCIA : Hasta las 12:00 am del DD/MM/AAAA

RENOVACION : XXX

PRIMA DE SEGURO

Forma de Pago : XXX

Frecuencia de Pago : XXX

Plazo de pago : XXX

PRIMAS POR PLAN DE SEGURO XX

Rangos etáreos	S/. / US\$
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años (solo por renovación)	XX
De XX a XX años (solo por renovación)	XX
Más de XX años (solo por renovación)	XX

La edad alcanzada por el **ASEGURADO** y los **DEPENDIENTES** durante la vigencia de la Póliza, en cada facturación, determinará el monto de la prima a pagar.

Las primas señaladas están sujetas a variación en el tiempo, incluyen IGV y derecho de emisión.

PACIFICO seguros

Miguel Delgado B.
MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legat

PACIFICO seguros

Juan C. González-Maertens N.
JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

PACIFICO

Miguel Ortiz de Zevallos
MIGUEL ORTIZ DE ZEVALLOS
Gerente de Suscripción
Negocios de Salud

CONDICIONES Y COBERTURAS

Este Seguro únicamente cubrirá los gastos derivados del tratamiento de la enfermedad de Cáncer a nivel nacional. El Plan de Seguro aplicable a los ASEGURADOS, será el siguiente:

PLAN DE SEGURO ONCOMEDIC XXX ¹	
TABLA DE BENEFICIOS	
PRIMER PASO PARA LA ACTIVACIÓN DEL SEGURO: ACUDIR O LLAMAR AL ÁREA DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA: XX PERSONA DE CONTACTO, TELÉFONO XX	
CONDICIONES Y COBERTURAS	
Beneficio máximo asegurado por persona	S/. / US\$ XX
Edad de ingreso ASEGURADO DEPENDIENTES	XX años hasta XX años Hasta XX años
PERIODO DE CARENANCIA	XX días, contados a partir de la fecha de emisión del Certificado de Seguro.
Sistema directo (a crédito) - Atención hospitalaria y ambulatoria	Al XX%
Sistema de reembolso - Atención hospitalaria y ambulatoria (Dependiendo del Plan de Seguro)	Según Tarifario Pacifico*
Clínicas y centros de la red de proveedores oncológicos en Lima**	XXXX
Clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológicos en provincias	XXXX
Coberturas en caso de atención hospitalaria:	Copago/Coaseguro
Examen Inmuno Histoquímico Histopatológico	Al XX%
Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes	Al XX%
Habitación estándar, individual o doble	Al XX%
Honorarios médicos	Al XX%
Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea	Al XX%
Medicina nuclear: Gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo	Al XX%
Quimioterapia y Radioterapia	Al XX%
Radiología: Ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, Tomografía computarizada y pruebas o exámenes especializados	Al XX%
Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos y/o intermedios	Al XX%
Coberturas en caso de atención ambulatoria:	Copago/Coaseguro
Examen Inmuno Histoquímico Histopatológico	Al XX%
Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes	Al XX%
Honorarios médicos	Al XX%
Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales	Al XX%

PACIFICO SEGUROS
MIGUEL BELGADO B.
Gerente Legal

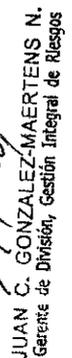
PACIFICO SEGUROS
JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

PACIFICO
Miguel Ortiz de Sotomayor
Gerente de Negocios de Salud

e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea	
Medicina nuclear: Gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo	AI XX%
Quimioterapia y Radioterapia	AI XX%
Radiología: Ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, Tomografía computarizada y pruebas o exámenes especializados	AI XX%
Sala de operaciones y de recuperación	AI XX%
Coberturas especiales:	Copago/Coaseguro
Alimentación acompañante de paciente oncológico	AI XX%
Chequeo médico preventivo oncológico	S/. / US\$ XX
Cirugía de hallazgo	AI XX%
Cuidado oncológico en el hogar, incluye traslado en ambulancia, previa autorización de LA COMPAÑÍA	AI XX%
Gastos por sepelio ²	S/. / US\$ XX
Nutricionista ³	AI XX%
Nutrición parenteral	AI XX%
Petscan ⁴	AI XX%
Radiocirugía	AI XX%
Reconstrucción mamaria (por única vez en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama)	AI XX%
Segundo Cáncer primario	AI XX%
Segunda opinión médica nacional (para cirugías electivas) ⁵	AI XX%
Segunda opinión médica internacional ⁶	AI XX%
Tarifa especial para tratamiento Psicológico en XX (proveedor asignado)	S/. / US\$ XX
Traslado en territorio nacional ⁷	AI XX%
Tratamientos de última generación con modificadores de respuesta biológica: - Anticuerpos Monoclonales - Factores estimulantes de colonia - Inmunoterapia	AI XX%
Tratamiento de las siguientes patologías a consecuencia del tratamiento oncológico: Neutropenia febril, anemia aguda, infección del catéter venoso central, hipercalcemia tumoral, Complicación hemorrágica post operatoria inmediata ⁸	AI XX%
Trasplante de medula ⁹	AI XX%

PACIFICO SEGUROS

MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos


MIGUEL ORTIZ DE ZEVALLOS
Gerente de suscripción de Salud Negocios

1. Categoría XX según NCCN (Aplicable a toda medicina, tratamiento y procedimiento oncológico)
National Cancer Comprehensive Network (NCCN): Entidad especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer. Para mayor información acceder a: www.nccn.org
 2. Por fallecimiento a consecuencia del Cáncer, comprende: En los cementerios XXX a elección de la familia: XXX. No incluye: XXX. Incluye: XXX. Forma de pago: XX.
 3. Según requerimiento medico, previa autorización de LA COMPAÑÍA, XX al año.
 4. Según requerimiento medico, previa autorización de LA COMPAÑÍA, XX al año.
 5. Opinión de otro cirujano con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual EL ASEGURADO tiene una duda razonable.
 6. Opinión internacional que LA COMPAÑÍA gestionará cuando así lo considere necesario al existir una duda razonable en cuanto al tratamiento del Cáncer de un ASEGURADO y en la que la NCCN no tenga una clara definición. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.
 7. XX pasajes de tipo XX nacionales al año, Previa autorización de LA COMPAÑÍA por necesidad médica.
 8. Las patologías detalladas se deberán presentar a más tardar dentro de tres (3) semanas de la aplicación del respectivo tratamiento oncológico (Quimioterapia, Radioterapia o Cirugía Oncológica). No tendrán esta cobertura especial las patologías que se presentan DESPUÉS de dicho plazo.
 9. Incluye los exámenes de histocompatibilidad del donante y los gastos necesarios para el trasplante, solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar dicho procedimiento expedidos por la Organización Nacional de Donación y Trasplante (ONDT) del Ministerio de Salud (MINSA). Se tendrá derecho a esta cobertura a partir del tercer año de contratación de la Póliza, de continuar el seguro en forma ininterrumpida.
- (*)TARIFARIO PACIFICO: Documento que fija los montos para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de LA COMPAÑÍA (www.pacificoseguros.com).
- (**)Sólo en caso el tratamiento no se pueda llevar a cabo en las clínicas y/o centros médicos de la red de proveedores oncológicos en Lima y provincias, LA COMPAÑÍA podrá autorizar la atención del ASEGURADO y sus DEPENDIENTES en clínicas y/o centros médicos en el Perú, incluyendo el INEN.



PACIFICO
MIGUEL ORTIZ DE
Gerente de Negocios de

DECLARACION

EL CONTRATANTE declara y firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento directo y de haber recibido la Póliza.

FECHA DE EMISION: DD de MMM de AAAA

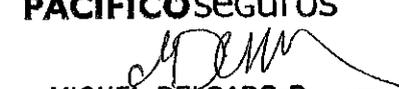
**EL PACIFICO PERUANO SUIZA
COMPAÑÍA DE SEGUROS**

PACIFICO seguros


JUAN C. GONZÁLEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

CONTRATANTE

PACIFICO seguros


MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

ANEXO 1: CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICOS EN LIMA

Nombre	Dirección	Teléfono
Clínica Ricardo Palma - Sede Central	Av. Javier Prado Este # 1066 - San Isidro	01 224-2224
Clínica San Pablo - Sede Central	Av. El Polo # 789 Urb. El Derby de Monterrico - Surco	01 610-3333
Clínica San Pablo - Sede Cono Norte	Av. C Yzaguirre # 149-153 Pan. Norte Ind-Los Olivos	01 613-4444
Clínica British American Hospital	Cl. Alfredo Salazar Cdra. 3 - San Isidro	01 712-3000
Clínica Centenario Peruano Japonesa	Av. Paso de los Andes # 675 Pueblo Libre	01 218-1075
Clínica El Golf	Av. A. Miro Quesada # 1030 - San Isidro	01 264-3300
Clínica Especialidades Médicas Universal	Jr. Eduardo Ordoñez # 468 San Borja	01 225-5477
Clínica Good Hope	Av. Malecón Balta # 956 - Miraflores	01 610-7300
Clínica Internacional	Jr. Washington # 1471 - Lima	01 619-6161
Clínica Javier Prado	Av. Javier Prado Este # 499 - San Isidro	01 440-2000
Clínica Limatambo	Av. Rep. de Panamá # 3606 - San Isidro	01 442-4670
Clínica Limatambo – Sede San Juan de Lurigancho	Av. Próceres de la Independencia # 2701 San Juan de Lurigancho	01 415-1600
Clínica Los Andes	Cl. Asunción # 177 - Miraflores	01 221-0468
Clínica Maison de Sante	Jr. Miguel Aljovín # 208 – Lima Av. Chorrillos # 171 – Chorrillos	01 428-8345 01 619-6000
Clínica Médica Universidad Peruana Cayetano Heredia	Av. Honorio Delgado # 370 – Urb. Ingeniería – San Martín de Porres	01 381-5668
Clínica Montefiori	Av. Separadora Industrial # 380 - La Molina	01 437-5151
Clínica Montesur (**)	Av. El Polo # 505 - Surco	01 317-4000
Clínica Padre Luis Tezza	Av. El Polo # 570 - Urb. Derby - Monterrico	01 610-5050
Clínica Quirúrgica Santa María	Calle Las Águilas #360 Surquillo	01 421-6860
Clínica San Borja	Av. Guardia Civil # 337 - San Borja	01 475-4000
Clínica San Felipe	Av. Gregório Escobedo # 650 - Jesus Maria	01 219-0000
Clínica San Gabriel	Av. La Marina # 2965 – San Miguel	01 614-2222
Clínica San Jose Reaño r.	Av. Las Gaviotas # 207 - Callao	01 451-3454
Clínica San Juan Bautista	Av. Próceres de la Independencia # 1764 – San Juan de Lurigancho	01 610-4545
Clínica San Vicente	Av. Perú # 3220 – San Martín de Porres	01 568-2535
Clínica Santa Isabel (*)	Av. Guardia Civil # 135 - San Borja	01 475-7777
Clínica Santa Teresa	Av. Los Halcones # 410 Urb. Jardín - Surquillo	01 221-2027
Clínica Stella Maris	Av. Paso de los Andes # 923 - Pueblo Libre	01 463-6666
Clínica Vesalio	Calle Uno # 140 Urb. Sto. Tomás - S. Borja	01 618-9999
Instituto Oncológico Miraflores	Jr. Independencia # 1055 Miraflores	01 222-2208
Instituto Oncológico de Lima (*)	Calle 22 N° 202 San Borja	01 225-7085
Oncomedical (*)	Av. Gregório Escobedo # 676 Of. 511-A,	01 463-6119

PACIFICO SEGUROS
MIGUEL DELGADO
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS
JUAN C. GONZALEZ MAERTIENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

PACIFICO
MIGUEL DELGADO
Gerente de Suscripción de Negocios de Salud

Oficina Principal

 Torre Pacífico Av. Juan de Arona 830 San Isidro, Lima 27 Perú
 T (511) 518 4000 F (511) 518 4295 / 518 4299

	511-B	
Neomedic (*)	Av. Galvez Barrenechea # 387 S. Isidro	01 475-0085
Oncocare (*)	Av. José Gálvez Barrenechea # 1044 San Isidro	01 224-4088

(*) Sólo atención ambulatoria.

(**) Sólo oncología ginecológica

CENTROS DE RADIOTERAPIA AFILIADOS EN LIMA

Nombre	Dirección	Teléfono
Centro de Radioterapia de Lima	Calle 22 # 202 – Urb. Corpac - San Borja	01 224-9310
Clínica Ricardo Palma – Sede Central	Av. Javier Prado Este # 1066 - San Isidro	01 224-2224
Clínica San Pablo – Sede Central	Av. El Polo # 789 - Urb. El Derby de Monterrico – Surco	01 610-3333
Clínica Vesalio	Calle Uno # 140 Urb. Sto. Tomás - San. Borja	01 618-9999

PACIFICO
MIGUEL ORTIZ DE ZEVALLOS
 Gerente de Suscripción
 Negocios de Salud

PACIFICO SEGUROS
JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
 Gerente de División Gestión Integral de Riesgos

PACIFICO SEGUROS

MIGUEL DELGADO B.
 Gerente Legal

ANEXO 2: CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICOS EN PROVINCIAS

ZONA NORTE		
Nombre	Dirección	Teléfono
Chiclayo		
Clínica Chiclayo	La Florida # 225 - 227 Urb. Sta. Victoria	209095
Clínica del Pacifico	Av. Leonardo Ortiz # 420	232141
Clínica Millenium	Daniel Alcides Carrión # 151	226494
Hospital Metropolitano	Conquista # 420 José Leonardo Ortiz	257777
Hospital Privado Juan Pablo II SAC	Av. Miguel Grau 1461	226070 / 226108
Unidad Oncológica Chiclayo	Av. José Leonardo Ortiz 423	225437 / 236070
Chimbote		
Clínica Robles	Jr. Manuel Villavicencio # 512 - 516	322453
Clínica San Pedro	Jr. Manuel Villavicencio # 479 - 481	321930
Huacho		
Inversiones Medicas Galeno	Av. Echenique # 641	232-4841
Piura		
Adm. Clínica San Miguel	Av. Los Cocos # 111 - 153 - Urb. Club Grau	309300
Clínica Belén	Av. Loreto # 1139	308030
Clínica El Chipe	Av. Chirichigno # 321 Urb. El Chipe	329198
Clínica Miraflores	Las Dalias # A-12, Urb. Miraflores	343037
Sullana		
Clínica Virgen del Pilar	Bolívar # 285	502278
Talara		
Clínica Tresa	Av. "A" N° 108 - 110	382213
Clínica Torres	Av. "A" # 98 - 2do Piso	381392
Clínica Vigo 2000 s.c.r.l	Av. "H" # 7	385791
Trujillo		
Clínica Peruano Americana	Av. Mansiche # 810	250277
Clínica Sánchez Ferrer	Los Laureles # 436 - Urb. California	285541
Clínica de la Mujer	Calle León XIII # 280 Urb. San Andrés	204652
Soc. Virgen de la Puerta	M. Vera Enríquez # 777 - Urb. Primavera	241505
Clínica San Pedro	Av. Raimondi # 190 San Pedro de Lloc	528164
Clínica Virgen del Pilar	Jr. Bolognesi # 561 -565	257251
Clínica Peruano Americana	Jr. Mansiche # 810	242400
Tumbes		
Clínica de la familia	Av. Tumbes Norte # 1079	521251
Clínica Feijoo	Av. Mariscal Castilla # 305	525341

PACIFICO SEGUROS
PACIFICO SEGUROS
MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

MIGUEL ORTIZ DE SUZARTE
Gerente de Subgerencia de Negocios

ZONA CENTRO

Nombre	Dirección	Teléfono
Cajamarca		
Clínica Limatambo Cajamarca	Jr. Puno # 265	364241
Clínica San Francisco de Asis	Jr. Miguel Grau # 851	362050
Clínica del Hospital Regional de Cajamarca	Av. Mario Urteaga # 500	365926
Huancayo		
Clínica Cayetano Heredia	Av. Huancavelica # 745	247087
Clínica Ortega	Av. Daniel A. Carrión # 1124	235430
Clínica Ruhr Goyzueta	Av. Huancas # 269	233051
Clínica Santo Domingo	Av. Fco. Solano # 274 Urb. San Carlos	234012
Huánuco		
Clínica Santa Lucila	Av. Ucayali # 637 – Leoncio Prado	561020
Huaraz		
Clínica San Pablo	Jr. Huaylas # 172 Independencia	428806
Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia	Av. Luzuriaga s/n	427508
Junín		
Clínica Elera	Calle Tarma # 194 San Ramón	331527
Tarma		
Clínica Gonzales	Av. Daniel A. Carrión # 099 – Yanacocha	421515

ZONA ORIENTE

Nombre	Dirección	Teléfono
Lima		
Quito		
Clínica Adventista Ana Stahl	La Marina # 285	252528
Clínica Especializada Sgto. Lores	Calle Sargento Lores # 425 – 429	242680
Servicios Médicos Clínica Santa Anita	Jr. Bolognesi # 1223	266003
Pucallpa		
Clínica Amazónica	Jr. 28 de Julio # 401 Calleria	578432
Clínica Monte Horeb	Jr. Inmaculada # 529	571689
Hospital Regional de Pucallpa	Jr. Agustín Cauper # 285	575209
Rioja		
Clínica Santa Beatriz	Jr. Santo Toribio # 1315	558338
Tarapoto		
Clínica Asociación San Lucas	Jr. Alonso de Alvarado # 1280 Moyobamba	562290
Clínica San Martín	Jr. San Martín # 274	523680

ZONA SUR

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Arequipa		
Centro Médico Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre # 119	287048
Clínica Arequipa	Esq. Puente Grau Av. Bolognesi s/n	257779

PACIFICO SEGUROS
PACIFICO SEGUROS
PACIFICO
 Gerente de Negocios de Zonas

 MIGUEL DELGADO S.
 Gerente Leg.

 JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS A.
 Gerente de División Gestión

Clínica San Miguel	Av. Mariscal Castilla # 320 - 322 - Cercado	282773
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército # 1020	382400
Instituto de Enfermedades Neoplásicas - CEEN	Av. Parra # 211	200092
Ayacucho		
Clínica de la Esperanza	Av. Independencia # 355	317436
Clínica el Nazareno	Jr. Quinua # 428 - Huamanga	314517
Cañete		
Clínica Campos	Av. Mariscal Benavides # 554	581-2082
Clínica Corazón de Jesús	Av. Mariscal Benavides # 565	581-3115
Cusco		
Clínica Dr. Víctor Paredes	Calle Lechugal # 405	225265
Clínica Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura # 710 - Wanchaq	240387
Clínica Panamericana	Urb. Larapa Grande C1-7 San Jerónimo	270000
Chincha		
Clínica Daniel A. Carrión	Calle Colón # 128	262667
Ica		
Clínica Tataje Barriga	Av. Conde de Nieva # 360 - Urb. Luren	232042
Clínica Virgen del Rosario	Calle Callao # 263	234083
Juliaca		
Clínica Americana - Asoc. Past de Sery. Med. Asist.	Jr. Loreto # 315	321369
Puno		
Clínica Puno	Jr. Ramón Castilla # 178	368835
Tacna		
Clínica Santa Ana	Calle Arica # 151	414661
Promedic	Blondell # 425	427239

PACIFICO
 MIGUEL DELGADO B.
 Gerente de Negocios de Salud

PACIFICOseguros

JUAN C. GONZALEZ-M.
 Gerente de División, Gestión Int.

PACIFICOSEGUROS

MIGUEL DELGADO B.
 Gerente Legal

SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO

PÓLIZA N°: _____

CERTIFICADO DE SEGURO N°: _____

EMPRESA DE SEGUROS	
DENOMINACION O RAZON SOCIAL : PACIFICO SEGUROS	
NÚMERO DE RUC : 20100035392	
DOMICILIO : Av. Juan de Arona N° 830, San Isidro	
TELÉFONO : 01 518-4000	
FAX : 01 518-4295	

CONTRATANTE	
NOMBRE / RAZON SOCIAL:	DIRECCION:
RUC:	TELÉFONO:

ASEGURADO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	FECHA DE NAC.:
DNI / CE:	DISTRITO:
DOMICILIO:	DEPARTAMENTO:
PROVINCIA:	
RELACION CON EL CONTRATANTE :	

DEPENDIENTES						
N°	Apellidos y nombres	DNI	Parentesco	Sexo	Fecha nac. (dd/mm/aa)	Edad
1						
2						
3						
4						
5						

DATOS GENERALES DEL CERTIFICADO DE SEGURO	
VIGENCIA: XXX	
INICIO DE VIGENCIA:	_____ (12:00 horas)
FIN DE VIGENCIA:	_____ (12:00 horas)
PERIODO DE CARENCIA : XX DÍAS	

DESCRIPCIÓN DEL INTERÉS ASEGURADO

Este seguro ampara al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza pagando todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de la enfermedad diagnosticada como Cáncer a nivel nacional, de acuerdo a la Tabla de Beneficios señalada a continuación. Es requisito para que se active esta Póliza, que la enfermedad esté diagnosticada y sustentada con el correspondiente Informe de Diagnóstico Patológico Histológico con resultado positivo para Cáncer.

PLAN DE SEGURO ONCOMEDIC XXX ¹	
TABLA DE BENEFICIOS	
PRIMER PASO PARA LA ACTIVACIÓN DEL SEGURO: ACUDIR O LLAMAR AL AREA DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA: XX PERSONA DE CONTACTO, TELÉFONO XX	

CONDICIONES Y COBERTURAS	
Beneficio máximo asegurado por persona	SI. / US\$ XX
Edad de ingreso	
ASEGURADO	XX años hasta XX años
DEPENDIENTES	Hasta XX años
PERIODO DE CARENCIA	XX días, contados a partir de la fecha

	de emisión del Certificado de Seguro.
Sistema directo (a crédito) - Atención hospitalaria y ambulatoria	Al XX%
Sistema de reembolso - Atención hospitalaria y ambulatoria (Dependiendo del Plan de Seguro)	Según Tarifario Pacifico*
Clínicas y centros de la red de proveedores oncológicos en Lima**	XXXX
Clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológicos en provincias	XXXX
Coberturas en caso de atención hospitalaria:	Copago/Coaseguro
Examen Inmuno Histoquímico Histopatológico	Al XX%
Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes	Al XX%
Habitación estándar, individual o doble	Al XX%
Honorarios médicos	Al XX%
Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea	Al XX%
Medicina nuclear: Gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo	Al XX%
Quimioterapia y Radioterapia	Al XX%
Radiología: Ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, Tomografía computarizada y pruebas o exámenes especializados	Al XX%
Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos y/o intermedios	Al XX%
Coberturas en caso de atención ambulatoria:	Copago/Coaseguro
Examen Inmuno Histoquímico Histopatológico	Al XX%
Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes	Al XX%
Honorarios médicos	Al XX%
Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea	Al XX%
Medicina nuclear: Gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo	Al XX%
Quimioterapia y Radioterapia	Al XX%
Radiología: Ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, Tomografía computarizada y pruebas o exámenes especializados	Al XX%
Sala de operaciones y de recuperación	Al XX%
Coberturas especiales:	Copago/Coaseguro
Alimentación acompañante de paciente oncológico	Al XX%
Checkeo médico preventivo oncológico	S/. / US\$ XX
Cirugía de hallazgo	Al XX%
Cuidado oncológico en el hogar, incluye traslado en ambulancia, previa autorización de LA COMPAÑÍA	Al XX%
Gastos por sepelio ²	S/. / US\$ XX
Nutricionista ³	Al XX%
Nutrición parenteral	Al XX%
Petscan ⁴	Al XX%
Radiocirugía	Al XX%

Reconstrucción mamaria (por única vez en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama)	Al XX%
Segundo Cáncer primario	Al XX%
Segunda opinión médica nacional (para cirugías electivas) ⁵	Al XX%
Segunda opinión médica internacional ⁶	Al XX%
Tarifa especial para tratamiento Psicológico en XX (proveedor asignado)	S/. / US\$ XX
Traslado en territorio nacional ⁷	Al XX%
Tratamientos de última generación con modificadores de respuesta biológica: <ul style="list-style-type: none"> - Anticuerpos Monoclonales - Factores estimulantes de colonia - Inmunoterapia 	Al XX%
Tratamiento de las siguientes patologías a consecuencia del tratamiento oncológico: Neutropenia febril, anemia aguda, infección del catéter venoso central, hipercalcemia tumoral, Complicación hemorrágica post operatoria inmediata ⁸	Al XX%
Trasplante de medula ⁹	Al XX%
<p>1. Categoría XX según NCCN (Aplicable a toda medicina, tratamiento y procedimiento oncológico) <i>National Cancer Comprehensive Network</i> (NCCN): Entidad especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer. Para mayor información acceder a: www.nccn.org</p> <p>2. Por fallecimiento a consecuencia del Cáncer, comprende: En los cementerios XXX a elección de la familia: XXX. No incluye: XXX. Incluye: XXX. Forma de pago: XX.</p> <p>3. Según requerimiento medico, previa autorización de LA COMPAÑÍA, XX al año.</p> <p>4. Según requerimiento medico, previa autorización de LA COMPAÑÍA, XX al año.</p> <p>5. Opinión de otro cirujano con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual EL ASEGURADO tiene una duda razonable.</p> <p>6. Opinión internacional que LA COMPAÑÍA gestionará cuando así lo considere necesario al existir una duda razonable en cuanto al tratamiento del Cáncer de un ASEGURADO y en la que la NCCN no tenga una clara definición. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.</p> <p>7. XX pasajes de tipo XX nacionales al año, Previa autorización de LA COMPAÑÍA por necesidad médica.</p> <p>8. Las patologías detalladas se deberán presentar a más tardar dentro de tres (3) semanas de la aplicación del respectivo tratamiento oncológico (Quimioterapia, Radioterapia o Cirugía Oncológica). No tendrán esta cobertura especial las patologías que se presentan DESPUÉS de dicho plazo.</p> <p>9. Incluye los exámenes de histocompatibilidad del donante y los gastos necesarios para el trasplante, solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar dicho procedimiento expedidos por la Organización Nacional de Donación y Trasplante (ONDT) del Ministerio de Salud (MINSa). Se tendrá derecho a esta cobertura a partir del tercer año de contratación de la Póliza, de continuar el seguro en forma ininterrumpida.</p> <p>TARIFARIO PACIFICO: Documento que fija los montos para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de LA COMPAÑÍA (www.pacificoseguros.com).</p> <p>(**) Sólo en caso el tratamiento no se pueda llevar a cabo en las clínicas y/o centros médicos de la red de proveedores oncológicos en Lima y provincias, LA COMPAÑÍA podrá autorizar la atención del ASEGURADO y sus DEPENDIENTES en clínicas y/o centros médicos en el Perú incluyendo el INEN.</p>	

PRIMA Y FORMA DE PAGO
PRIMA XX POR ASEGURADO, INCLUIDO IMPUESTOS SEGÚN TABLA ADJUNTA:

Rangos etéreos	SI. / US\$
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años	XX
De XX a XX años (solo por renovación)	XX
De XX a XX años (solo por renovación)	XX
Más de XX años (solo por renovación)	XX

FORMA DE PAGO: XXX

Nota: La edad alcanzada por el ASEGURADO y los DEPENDIENTES durante la vigencia de la Póliza, en cada facturación, determinará el monto de la prima a pagar.

Las primas señaladas están sujetas a variación en el tiempo, incluyen IGV y derecho de emisión.

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO

EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos podrán hacer uso de los beneficios señalados en la Tabla de Beneficios, debiendo cumplir con los requisitos y procedimientos siguientes:

REQUISITOS:

- Presentar a LA COMPAÑÍA en original el Informe Anatómo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista.
- Presentar a LA COMPAÑÍA la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados.
- Encontrarse al día en el pago de las primas.

PROCEDIMIENTO:

- Para activar la cobertura que otorga esta Póliza, EL ASEGURADO deberá acercarse a LA COMPAÑÍA con su Informe Anatómo Patológico Histológico positivo para Cáncer, para tener una reunión de orientación con el área de Consejería Oncológica o, en caso de impedimento podrá comunicarse telefónicamente con dicha área. La información de contacto está señalada en la Tabla de Beneficios inserta en este documento. LA COMPAÑÍA orientará a EL ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones y exclusiones de la Póliza.
- Luego del contacto con LA COMPAÑÍA EL ASEGURADO podrá iniciar su tratamiento oncológico bajo el sistema de atención permitido por su Plan de Seguro contratado, según lo establecido en la Tabla de Beneficios, inserta en el Sumario o Condiciones Particulares de la Póliza.
En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores oncológica; presentando a LA COMPAÑÍA la Orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante complementado con el resultado positivo para Cáncer del Informe Anatómo Patológico Histológico.
- La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por LA COMPAÑÍA.
- Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Queda entendido y convenido que la presente Póliza no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad que NO sea Cáncer, tal como se define en esta Póliza.

Asimismo, este seguro no cubrirá los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Ansiolíticos, antipsicóticos y productos no medicinales.
- b) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- c) Cáncer que se haya detectado durante el período de carencia.
- d) Cheques médicos, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos, y de rehabilitación.
- e) Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sean necesarios como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza. En el caso de reconstrucción mamaria reconocida NO cubrirá la cirugía del complejo areola-pezones.
- f) Contaminación nuclear, así como actividades o enfermedades ocupacionales.
- g) Compra de sangre, plasma, albúmina, hemoderivados, tejidos, órganos y/o células madre.
- h) Cuidados, atenciones ó tratamientos de enfermeras particulares, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza.
- i) Dispositivos o equipos mecánicos o electrónicos (de uso externo o interno), equipos médicos (glucómetros, tensiómetros, respiradores artificiales, nebulizadores, aspiradores, dispositivos CPAP, vendas antiembólicos), sillas de ruedas, muletas, camas clínicas, implante coclear, implantes internos y externos y aparatos auditivos.
- j) Enfermedades que no sean diagnosticadas como Cáncer; y aquellas que no han sido debidamente sustentadas con el correspondiente examen confirmatorio del Informe Anatómo Patológico Histológico.
- k) ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES PREEXISTENTES.
- l) Gastos pagados directamente por EL ASEGURADO para su tratamiento de Cáncer sin autorización escrita de LA COMPAÑIA.
- m) Procedimientos que NO cuenten con la autorización de la NCCN, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- n) Prótesis quirúrgicas y no quirúrgicas, equipos o aparatos ortopédicos o mecánicos o electrónicos.
- o) Pruebas diagnósticas de laboratorio y exámenes genéticos catalogados como pronósticas.
- p) Tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico y se encuentren calificada(s) como beneficiosa(s) por la NCCN.
- q) Tratamientos que NO se encuentren aprobados como tratamientos estándares en la *Clinical Practice Guidelines in Oncology* (Guías Clínicas Oncológicas) de los protocolos de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) – según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- r) Tratamientos de medicinas alternativa y/o complementaria.
- s) Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos ni tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- t) Vitaminas y suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutraceuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.

IMPORTANTE

- EL ASEGURADO tiene derecho a solicitar copia de la Póliza del Seguro Colectivo a LA COMPAÑIA, la cual deberá ser entregada en un plazo máximo de quince (15) días calendarios contados desde la recepción de la solicitud presentada por EL ASEGURADO.
- Las comunicaciones cursadas por EL ASEGURADO al CONTRATANTE del Seguro, por aspectos

relacionados con el Contrato de Seguro, tienen el mismo efecto que si se hubieren dirigido a LA COMPAÑÍA. Asimismo, los pagos efectuados por EL ASEGURADO al CONTRATANTE se consideran abonados a LA COMPAÑÍA.

- El presente Certificado de Seguro se emite considerando que EL ASEGURADO ha declarado gozar de buena salud respondiendo negativamente a las preguntas consignadas en la Declaración Jurada de Salud comprendida en la Solicitud de Seguro.

La información aquí proporcionada es a título parcial e informativo, prevaleciendo las Condiciones de la Póliza N° XX que obra en poder del CONTRATANTE.

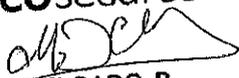
FECHA DE EMISION: DD de MMM de AAAA

PACIFICO seguros


JUAN C. GONZALEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

**EL PACIFICO PERUANO SUIZA
COMPAÑÍA DE SEGUROS**

PACIFICO seguros


MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

- Al momento de efectuar la presente solicitud, como condición de asegurabilidad los Solicitantes no deberán exceder la edad de ingreso señalada en el presente documento. No se cubren las enfermedades oncológicas preexistentes ni las detectadas en el periodo de carencia. La presente solicitud pasará por un proceso de evaluación; en caso el Solicitante no complete la información y/o no cumpla con las condiciones de asegurabilidad (edad y estado de salud) que pacífico Seguros le requiera o haya respondido afirmativamente alguna de las preguntas formuladas en la Declaración Jurada de Salud se considerará automáticamente rechazada.
- De requerirse un informe médico ampliatorio, será solicitado por Pacífico Seguros debiendo enviarse en un periodo no mayor a 15 días calendario, para mantener vigente la declaración de salud firmada. En caso el Solicitante haya respondido negativamente a todas las preguntas formuladas en la Declaración Jurada de Salud quedará a discreción de Pacífico Seguros la posibilidad de dar por aceptada la Solicitud en la misma fecha de su firma; en cuyo caso Pacífico Seguros entregará el Certificado de Seguro respectivo, en el mismo acto.
- Pacífico Seguros podrá aplicar recargos sobre la prima señaladas en la presente solicitud, dependiendo de la evaluación del estado de salud.
- Pacífico Seguros se obliga a entregar el Certificado de Seguro al ASEGURADO dentro del plazo de 15 días calendario de haber presentado la presente Solicitud, si no media rechazo previo de ésta; salvo que Pacífico Seguros decida entregarlo en el mismo día de la firma de la Solicitud.
- En el caso de comercialización a través de una empresa del sistema financiero, Pacífico Seguros es la única y exclusiva responsable de las coberturas contratadas por el CONTRATANTE en la Póliza N° XXXXX. En este sentido, Pacífico Seguros es responsable de todos los errores u omisiones En que incurra el CONTRATANTE con motivo de la comercialización de las Pólizas de Seguro.
- Declaro recibir en el acto de la firma de esta solicitud el resumen informativo de la póliza en X páginas con las condiciones principales de la misma.

Firma del Contratante
Acepto las condiciones del
Seguro Colectivo Oncológico

Firma del Solicitante / Asegurado
Acepto las condiciones del
Seguro Colectivo Oncológico


**Huella digital
Solicitante /
Asegurado**

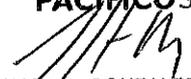
Firma del Vendedor
Nombre:
Código de Tienda:

PARA TODO RECLAMO EL ASEGURADO CUENTA CON LA CENTRAL DE INFORMACION Y CONSULTAS DE PACIFICO 01513 5000 / Torre Pacífico Av. Juan de Arona 830 San Isidro. www.pacificoseguros.com
Defensoría del asegurado: Teléfono 01446 9158 / www.defaseg.com.pe
PACIFICO PERUANO SUIZA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS / RUC: 20100035392 / T: 01518 4000 / F: 01518 4295

PACIFICOseguros


MIGUEL DELGADO B.
Gerente Legal

PACIFICO SEGUROS


JUAN C. GONZÁLEZ-MAERTENS N.
Gerente de División, Gestión Integral de Riesgos

PACIFICO


MIGUEL ORTIZ DE ZEVALLOS
Gerente de Suscripción
Negocios de Salud