

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE SALUD PRACTICANTES

BASES DEL CONTRATO

Artículo 1. - “EL PACÍFICO-PERUANO SUIZA”, Compañía de Seguros y Reaseguros, (denominada en adelante “LA COMPAÑÍA”), emite la presenta Póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales que se indican, prevaleciendo las últimas sobre las primeras, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante, denominado en adelante “EL ASEGURADO” en la Solicitud del Seguro y en el respectivo formulario del examen médico.

Artículo 2.- La Póliza y sus eventuales Endosos, firmados por funcionarios autorizados de la “COMPAÑÍA” y por EL CONTRATANTE, 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.

Artículo 3.- Si el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, “EL ASEGURADO”, podrá devolverla solicitando la anulación de la misma, en caso contrario se considerarán aceptadas las condiciones, debiendo firmar la Póliza en señal de conformidad, haciendo entrega de una copia a “LA COMPAÑÍA”.

PERSONA ASEGURADA

Artículo 4.- Cubre sólo a “EL ASEGURADO” de acuerdo a lo indicado en la Póliza de Seguro.

BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Artículo 5.- Esta Póliza cubre todos los gastos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, sea hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Persona.

También están incluidos bajo este seguro, los Beneficios Adicionales, según las especificaciones que se indican para cada uno de ellos.

a) GASTOS CUBIERTOS CON HOSPITALIZACIÓN

- Habitación
- Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de radiología.
- Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- Electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio especializado requerido.
- Enyesados y tratamiento de fisioterapia.

- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia, según los costos normales y acostumbrados.
- Otros servicios que tengan relación con el tratamiento médico

b) GASTOS CUBIERTOS SIN HOSPITALIZACIÓN (AMBULATORIO)

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Medicinas, análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes especiales que su médico considere necesario.
- “EL ASEGURADO” podrá hacer uso del servicio de atención directa con garantía tanto para los casos de hospitalización así como para los tratamientos ambulatorios, exclusivamente en las clínicas afiliadas para estos servicios y en las condiciones que se indican en la Cláusula de Beneficios.

c) BENEFICIOS ADICIONALES

Todos los pagos que se efectúen por el concepto de estos beneficios, no disminuyen la suma asegurada como Beneficio Máximo Anual.

- Atención médica de emergencia a domicilio

“EL ASEGURADO”, podrá hacer uso del servicio médico a domicilio en caso de emergencia sin efectuar pago alguno, siempre que este servicio sea brindado por la empresa que se designe en la Cláusula de Beneficios.

- Gastos ambulatorios por accidentes

Todos los gastos por este concepto serán cubiertos íntegramente sin aplicación del deducible ni coaseguro.

- Transporte por evacuación

Cubre el 100% de los gastos por traslado en ambulancia y/ o en avión de línea regular de pasajeros dentro del territorio nacional, únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser evacuado, previa certificación médica a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

- Sepelio

Cubre los gastos efectuados por el funeral, hasta los límites contratados, siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidentes cubierto por esta Póliza.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

Artículo 6.- La suma de todos los gastos pagados por "LA COMPAÑÍA" durante el año Póliza por "EL ASEGURADO" no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo Anual.

Los pagos que se efectúen por concepto de cualquier beneficio adicional, no disminuyen el Beneficio Máximo asegurado.

Al término de cada año de vigencia del seguro, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual, pero sólo por las enfermedades o accidentes que se inicien a partir de la fecha de renovación del seguro.

En los casos en que el Beneficio Máximo sea consumido parcial o totalmente antes del vencimiento anual del seguro, "EL ASEGURADO" podrá solicitar la rehabilitación de la suma asegurada original, por el periodo que falte para el vencimiento, pero sólo para cubrir enfermedades o casos que se inicien a partir de la aceptación de la rehabilitación. En esos casos, la prima a cobrarse será por los meses que falten para el vencimiento anual del seguro.

DEDUCIBLE Y COASEGURO

Artículo 7.- Es el importe o el porcentaje del gasto que le corresponde asumir a "EL ASEGURADO" por tratamiento ambulatorio u hospitalario, según se especifica en la Póliza de Seguros.

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

Artículo 8.- Los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica de la red de proveedores afiliados a "LA COMPAÑÍA" que haya prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente. En los casos que la Póliza de Seguro cuente con reembolso, "LA COMPAÑÍA" reembolsará a "EL ASEGURADO" los gastos cubiertos que haya decidido pagar directamente.

En ambos casos, la liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en la Póliza de Seguro, previa aplicación y pago por "EL ASEGURADO" a la Clínica y/o médico de los deducibles y coaseguros correspondientes, así como de los importes por gastos no cubiertos.

Los reembolsos por atención hospitalaria o ambulatoria en clínicas y/o médicos no afiliados, que "EL ASEGURADO" haya pagado directamente, serán efectuados con base al "Tarifario Pacífico", que "EL ASEGURADO" tiene a su disposición llamando a la Central de Información y Consultas.

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Artículo 9.- Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con lo siguiente:

- Enfermedades o defectos físicos congénitos y/o adquiridos al nacer.
- Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del seguro, salvo cuando estas hayan sido cubiertas por una póliza emitida por LA COMPAÑÍA, en un periodo inmediato anterior, de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 28770.
- Cirugía plástica y/o estética para las condiciones pre-existentes y/o fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por este seguro.
- Enfermedades, trastornos y deficiencias mentales y/o nerviosas y/o emocionales, surmenage, curas de reposo y/o tratamientos psiquiátricos.
- Tratamientos y operaciones de carácter odontológico tales como endodoncias, ortodoncias, cuidados dentales en general y todo lo relacionado con ellos, a excepción de aquellos casos que sean necesarios como consecuencia de un accidente, excluyéndose las prótesis.
- Adquisición de lentes, cristales y otros similares.
- Chequeos médicos y/o despistajes de enfermedades en personas sanas.
- Enfermedades adquiridas a consecuencia del uso y/o adicción a las drogas, los estupefacientes y/o bebidas alcohólicas, así como también los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre bajos sus efectos.
- Sangre, plasma, prótesis, aparatos ortopédicos u otros similares, así como cuidados de enfermeras especiales.
- Lesiones causadas a sí mismo, voluntariamente o estando totalmente insano, tales como suicidio o intento de suicidio.
- Tratamientos y/u operaciones de fertilización o esterilización.
- Tratamientos y/u operaciones por obesidad o raquitismo.
- Lesiones causadas a consecuencia de la práctica de deportes notoriamente peligrosos, talos como automovilismo, motociclismo y otros afines.
- Guerra internacional o civil, participación activa en alteraciones del orden público, fenómenos catastróficos de la naturaleza, radiación nuclear y sus consecuencias.
- Gestación y todo lo relacionado con ella, parto, cesárea y/o sus consecuencias.

COBERTURA DE GASTOS EN EL EXTRANJERO

Artículo 10.- Los gastos ocasionados por atenciones médicas fuera del territorio peruano, serán cubiertos y reconocidos en base a los costos normales en el Perú para un caso similar, y con la aplicación de los deducibles y coaseguros según la Póliza de Seguros.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Artículo 11.- Dentro de los 90 días de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, se deberá presentar a “LA COMPAÑÍA” la solicitud de Beneficios, adjuntado toda la documentación sustentatoria de los gastos con facturas originales y de acuerdo a Ley, así como el informe médico correspondiente en los formularios otorgados por “LA COMPAÑÍA”.

REVISIÓN DE RECLAMOS

Artículo 12.- “LA COMPAÑÍA” tiene el derecho de hacer examinar a “EL ASEGURADO” cubierto por el seguro, por los médicos designados por ella, las veces que considera necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo. “EL ASEGURADO” está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la obtención adicional que necesite “LA COMPAÑÍA”.

Cualquier reclamo simulado o fraudulento, hará perder a “EL ASEGURADO” todo derecho a indemnización, sin perjuicio de que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE

Artículo 13.- Esta Póliza será nula y “EL ASEGURADO” carecerá de todo derecho a indemnización bajo la misma si hubiese cualquier declaración falsa o inexacta hecha a la “COMPAÑÍA”, en cualquier tiempo, relativa su salud, o si hubiese omisión, reticencia o disimulación de circunstancias que, aún cuando hayan sido hechas de buena fe, de haber sido conocidas por “LA COMPAÑÍA” pudiera haberla retraído de celebrar este Contrato de Seguro o resolverlo o hubiera llevado a modificar sus condiciones o formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo.

PAGO DE PRIMAS

Artículo 14.- La cobertura del seguro se inicia con el pago de la prima o con el convenio de pago correspondiente, debidamente suscrito.

La falta de pago de la prima por parte de “EL ASEGURADO”, dentro de los 8 días útiles de recibida la factura, cuando ésta deba cancelarse al contado por existir acuerdo precio en ese sentido, dará lugar a la resolución automática del Contrato de Seguro convenido.

En los casos que exista convenio de pago debidamente suscrito, la falta de pago de la prima, dará lugar a la resolución automática del Contrato de Seguro, contado a partir desde que “EL

ASEGURADO' incurra en mora y sin que consecuentemente, se requiera aviso o notificación de dicha resolución, estipulación que las partes reconocen y aceptan incondicionalmente.

En ambos supuestos, queda a salvo el derecho de "EL ASEGURADOR" de exigir el pago de la prima devengada, si lo hubiera, más los intereses, gastos y tributos originados por la expedición de la Póliza. Por estos conceptos, la empresa de seguros tendrá acción ejecutiva contra "EL ASEGURADO" y "EL CONTRATANTE". Todo pacto en contrario es nulo.

Si encontrándose vigente la cobertura del seguro, ocurriese un siniestro cuyo monto indemnizable supere el valor de la prima, estando parte de ésta insoluble por haberse firmado el convenio respectivo. "LA COMPAÑÍA" podrá exigir la cancelación del saldo adeudado, deduciendo los intereses no devengados y dar por vencidos los plazos concedidos para el pago de las cuotas convenidas.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Artículo 15.- Toda discrepancia entre "LA COMPAÑÍA" y el "ASEGURADO TITULAR" y/o los beneficiarios de esta Póliza, que surgiera como consecuencia de la interpretación de los términos del Contrato de Seguro, de la responsabilidad u obligación de "LA COMPAÑÍA", o por cualquier otra causa, será sometida a la jurisdicción de los jueces y tribunales que correspondan de acuerdo a las normas procesales vigentes.

OTROS SEGUROS

Artículo 16.- En caso que "EL ASEGURADO" gozara de otro u otros seguros que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por "LA COMPAÑÍA", serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder del 100% del gasto.

RECLAMACIÓN FRAUDULENDA

Artículo 17.- "LA COMPAÑÍA" quedará relevada de toda responsabilidad y "EL ASEGURADO" perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza:

- a) Si "EL ASEGURADO" presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.
- b) Si en cualquier tiempo "EL ASEGURADO" o terceras personas que obren por cuenta de este o con su conocimiento, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza.

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Artículo 18.- 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 un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

AVISOS Y COMUNICACIONES

Artículo 19.- Los avisos y comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes, deberán ser formuladas por escrito.

DECLARACIONES

Artículo 20.- La presente Póliza tiene como base las declaraciones efectuadas por "EL ASEGURADO" en la solicitud de seguro, la cual se considera incorporada en su totalidad a la Póliza, juntamente con cualquier declaración adicional realizada para la apreciación del riesgo.

PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS

Artículo 21.- En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Especiales prevalecen sobre las Particulares, las Particulares sobre las Generales, y las primeras sobre las últimas.

TRIBUTOS

Artículo 22.- Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo de "EL ASEGURADO", o herederos legales

SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES

PERSONA ASEGURADA

Artículo 23.- Se encuentra amparado "EL ASEGURADO" de acuerdo a lo indicado en la Póliza de seguro.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Artículo 24.- Se entiende por accidente, toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obre súbitamente sobre la persona de "EL ASEGURADO", independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

En caso que la "COMPAÑÍA" considera que, de acuerdo a lo estipulado en el párrafo precedente alguna lesión o daño no estén cubiertos por este Seguro, competirá a "EL ASEGURADO" o sus beneficiarios, la prueba de que tal lesión o daño estén comprendidos en la cobertura.

RIESGOS CUBIERTOS

Artículo 25.- Este seguro cubre contra los siguientes riesgos, siempre que su causa, directa y única fuera un accidente amparado por ellas y se manifieste a más tardar dentro de un año contado desde la fecha de accidente.

- a) **MUERTE:** “LA COMPAÑÍA” pagará la suma convenida a la persona o personas designadas como beneficiarios.
- b) **INVALIDEZ PERMANENTE:** “LA COMPAÑÍA” pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente basándose en la tabla de indemnizaciones especificada en esta cobertura.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por muerte e invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez permanente, “LA COMPAÑÍA” deducirá de la suma asegurada por muerte, la indemnización pagada por invalidez permanente.

Si “EL ASEGURADO” sufriera varios accidentes sucesivos, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente, no podrán exceder en conjunto el 100 por ciento de la suma asegurada por este concepto.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera a “EL ASEGURADO” ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100
Fractura incurable de la columna vertebral que determinara la Invalidez Total y Permanente	100
Pérdida total de los ojos	100
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y de una pierna	100
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y de un pie	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL	
CABEZA	%

Sordera total e incurable de los oídos	50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40
Sordera total e incurable de un oído	15
Ablación de la mandíbula inferior	50

MIEMBROS SUPERIORES	Derecha %	Izquierda %
Pérdida de un brazo (arriba codo)	75	60
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70	55
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60	50
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20	18
Pérdida del dedo anular	10	6
Pérdida del dedo meñique	6	4
MIEMBROS INFERIORES		%
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)		60
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)		50
Pérdida de un pie		35
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)		35
Fractura no consolidad de una rótula (seudoartrosis total)		30

Fractura no consolidada de un pie (pseudoartrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional	15
Anquilosis del empeine en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms	8
Pérdida del dedo gordo de un pie	10
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4

RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 26.- No pueden ser, ni seguir aseguradas, las personas afectadas de incapacidad física grave tal como: ceguera, sordera, parálisis, apoplejía y otras incapacidades físicas que agraven el riesgo notoriamente. En caso de producirse una de estas situaciones durante el periodo contractual, se suspenden automáticamente los alcances del seguro.

Las indemnizaciones previstas no se conceden si la muerte de "EL ASEGURADO" o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) **Qualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presenta cobertura.**
- b) **Los denominados "Accidentes Médicos", tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos del miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos.**
- c) **Los accidentes que se produzcan en situación de embriaguez, mientras "EL ASEGURADO" se encuentre bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo.**
- d) **Lesiones que "EL ASEGURADO" sufra en servicio militar de cualquier clase en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, en actos delictuosos en que "EL ASEGURADO" participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como**

tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

- e) Lesiones causadas por “EL ASEGURADO” voluntariamente a si mismo, así como el suicidio o tentativa del suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) a “EL ASEGURADO” por los beneficiarios de esta Póliza.
- f) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- g) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes notoriamente peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por “EL ASEGURADO” ni mencionados por él mismo en la solicitud respectiva, o aún cuando lo hubiera hecho, tales como: carrera de automóviles, motocicletas, motonetas y bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.
- h) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- i) Actos infractorios de leyes o reglamentos, o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.

CAUSALES DE RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA

Artículo 27.-

1. Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, “EL CONTRATANTE” podrá darla por terminada, sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que se cursará a “LA COMPAÑÍA” con no menos de quince días calendarios de anticipación.
2. Si el contrato termina por resolución solicitada por “EL CONTRATANTE” o por causal imputable a él, se liquidará la prima a período corto, devengándose por concepto de penalidad a 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:

MESES DE SEGURO	PROPORCIÓN DE LA PRIMA	MESES DE SEGURO	PROPORCIÓN DE LA PRIMA
1	25%	6	80%

2	40%	7	85%
3	55%	8	90%
4	65%	9	95%
5	75%	10	100%

Cualquier fracción de mes se calculará como mes completo.

3. En el caso que “EL CONTRATANTE” 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 anulación de la Póliza.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Artículo 28.- 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 el “ASEGURADO” y “LA COMPAÑÍA”, siempre y cuando estas se encuentren dentro de los alcances de la competencia de la Defensoría del Asegurado de acuerdo a lo establecido en su Reglamento (Página Web www.defaseg.com.pe, domicilio: Jrón Arias Araguez N° 146 Miraflores, Lima – Perú, Teléfono: 4469158).

Condiciones específicas:

- a) La Comisión de Defensa del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los asegurados o usuarios de los servicios de seguro, procurando la solución de reclamos por siniestros que los asegurados sometan para su pronunciamiento.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el “ASEGURADO” y/o usuario.
- c) Procede sólo para atender reclamos por siniestros 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”.
- d) El reclamo se debe presentar por escrito a la Comisión de Defensa del Asegurado dentro de 180 días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por “LA COMPAÑÍA”.
- e) La Comisión de Defensa del Asegurado resolverá en un plazo de 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.

- f) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de 5 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 10 días hábiles.
- g) 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.

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL PRODUCTO

Artículo 29º

En caso de consultas y/o reclamos, EL ASEGURADO puede contactarse con LA COMPAÑÍA a través de su central de Información y Ventas, llamando a los teléfonos indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza o ingresando a la página web: www.pacificoseguros.com. Asimismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico, en la Avenida Juan de Arona N° 830, San Isidro – Lima.

DEFINICIONES IMPORTANTES

Artículo 30.-

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

Es la cantidad total anual asegurada bajo esta Póliza.

COASEGURO

Es el porcentaje de los gastos cubiertos que le corresponde pagar al “ASEGURADO”, después de aplicar el deducible correspondiente.

DEDUCIBLE

Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el “ASEGURADO”, el mismo que está indicado en las condiciones particulares.

EMERGENCIA ACCIDENTAL

Es toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

ENFERMEDAD

Es toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

PRE EXISTENCIA

Es toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos de “EL ASEGURADO”, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita

cobertura. No se considerará preexistente las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de seguro emitida por la misma compañía en un periodo inmediato anterior a la presente póliza, de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 28770.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.