

MEDIC VIDA NACIONAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

1. Objeto del seguro
2. Evaluación de asegurabilidad
3. Personas aseguradas
4. Beneficio máximo anual por persona
5. Períodos de carencia y espera
- 6. Gastos cubiertos**
- 7. Coberturas**
- 8. Gastos no cubiertos y exclusiones**
9. Pagos a cargo del asegurado

CONDICIONES OPERATIVAS

10. Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú
11. Relación de proveedores médicos afiliados a Pacífico Seguros en el Perú
12. Pago de beneficios
13. Tarifa para pagos por atención bajo la modalidad de reembolso

CONDICIONES LEGALES

14. Contrato de seguro
15. Objeto del seguro
16. Bases del contrato
17. Diferencias entre la propuesta y la póliza
18. Declaraciones
19. Residencia
20. Coberturas y exclusiones
21. Procedimiento para el tratamiento de las preexistencias
22. Vigencia de la póliza, continuidad de la cobertura, ajustes y modificaciones del contrato
23. Modificaciones de condiciones contractuales durante la vigencia del contrato de seguro
24. Determinación de la prima y ajuste
25. Incumplimiento del pago de la prima – efectos
26. Rehabilitación
27. Agravación del riesgo – Deber de informar
28. Indemnización de los siniestros
29. Nulidad del contrato de seguro
30. Resolución del contrato
31. Terminación de la cobertura
32. Reticencia y/o declaración inexacta
33. Revisión de los siniestros
34. Solicitud de cobertura fraudulenta
35. Subrogación y otros seguros
36. Información médica e historia clínica

37. Comunicaciones y domicilio de las partes
38. Prescripción liberatoria
39. Mecanismos de solución de controversias
40. Defensoría del asegurado
41. Tributos
42. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
43. Derecho de arrepentimiento
44. Base legal

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración Jurada de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, así como con los resultados de la evaluación de ASEGURABILIDAD, en los casos que corresponda; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos que se adjunten; El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada PACÍFICO SEGUROS, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y en caso los tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscritos(s) en la Póliza, en adelante el ASEGURADO, contra los riesgos de ENFERMEDAD y ACCIDENTE, con sujeción a la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Los términos señalados a continuación en mayúsculas, se encuentran definidos en el GLOSARIO de estas CONDICIONES GENERALES.

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, PACÍFICO SEGUROS conviene en pagar los gastos médicos cubiertos que sufra el ASEGURADO a consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD, que requiera tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza, en el Perú, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y hasta los límites y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Artículo 2°

EVALUACIÓN DE ASEGURABILIDAD

PACÍFICO SEGUROS define, para fines de ASEGURABILIDAD, las políticas y los procesos de SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD y emisión de la póliza, teniendo como documento base la Declaración Jurada de Salud firmada por el ASEGURADO, cuya veracidad y exactitud exigen la manifestación más completa de sus antecedentes, síntomas, dolencias, ENFERMEDADES y tratamientos, así como también los de sus DEPENDIENTES, lo cual es importante para la estimación del riesgo y es base para la celebración del contrato.

El ASEGURADO y sus DEPENDIENTES de ser el caso, debieron haber suministrado toda la información requerida por PACÍFICO SEGUROS sobre su estado de SALUD, antes de la emisión de esta Póliza; y asimismo, autorizaron a los profesionales o instituciones donde hayan sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

Si el ASEGURADO ha pasado por una evaluación de ASEGURABILIDAD a requerimiento de PACÍFICO SEGUROS antes de la emisión de la Póliza, toda la información obtenida pasará a formar parte del archivo personal de SALUD del propuesto ASEGURADO.

Artículo 3°

PERSONAS ASEGURADAS

Esta PÓLIZA cubre al ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con tal de que residan en el Perú, gocen de buena SALUD al momento de su inclusión en la PÓLIZA y en el caso de los DEPENDIENTES además convivan con o dependan económicamente del ASEGURADO TITULAR, siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

La edad límite de ingreso a la cobertura de la póliza para el ASEGURADO TITULAR y su cónyuge o conviviente registrado como DEPENDIENTE, se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

La edad límite de ingreso y la edad límite de permanencia bajo la cobertura de la Póliza para los hijos registrados como DEPENDIENTES se establecerán en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, pudiendo luego continuar ASEGURADOS bajo una Póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro, con las mismas condiciones, pagando la prima correspondiente al rango de edad según tarifa vigente a la fecha de la contratación de la nueva póliza.

El hijo cuyo nacimiento haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y cuyo PARTO tenga derecho de cobertura, podrá ser incluido en el seguro desde el primer día de nacido, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia. Los hijos adoptados y los hijos del(la) cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR podrán ser incluidos en el seguro desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a PACÍFICO SEGUROS la SOLICITUD DEL SEGURO dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a ello.

Asimismo, el/la cónyuge o conviviente al(a) que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, sólo podrá ser incluido(a) en el seguro desde el primer día de haber adquirido el estado civil o derecho legal correspondiente, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendario posteriores al mismo.

La COMPAÑÍA no está obligada a aceptar a los DEPENDIENTES del ASEGURADO en la Póliza.

Artículo 4°

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

Los gastos pagados por PACÍFICO SEGUROS durante la vigencia anual de la Póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

El BENEFICIO MÁXIMO ANUAL contratado aplica independientemente para cada ASEGURADO y es consumido según las atenciones médicas cubiertas y pagadas de cada uno de ellos. En caso de consumir totalmente el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia del seguro, siempre que la póliza haya sido renovada y pagada la prima correspondiente.

Artículo 5°

PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA

a) Período de Carencia

Es el período de tiempo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro.

Las condiciones de SALUD que se presenten dentro de este periodo no serán cubiertas durante la vigencia de la Póliza siendo susceptibles de ser excluidas formalmente de la cobertura a través del endoso correspondiente.

Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las atenciones en los casos de las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS siguientes: apendicitis, ENFERMEDAD cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio, salvo que las ENFERMEDADES mencionadas sean consideradas preexistentes.

b) Período de Espera

Es el período establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza durante el cual ciertas ENFERMEDADES y procedimientos no están cubiertos. A diferencia del periodo de carencia, todo DIAGNÓSTICO o ENFERMEDAD manifestado durante este período sí estará sujeto a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera.

Durante el periodo de espera los gastos relacionados con las ENFERMEDADES y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta Póliza.

El período de espera para las ENFERMEDADES y procedimientos detallados a continuación es el siguiente:

1. Para toda condición de gestación o EMBARAZO, incluyendo las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO así como las del PARTO y del PUERPERIO, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES.
2. En relación con un TRASPLANTE, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES.
3. En relación con las siguientes ENFERMEDADES y sus consecuencias el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES:
 1. ENFERMEDADES del útero y/o anexos.
 2. Quistes y prolapsos génito urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
 3. ENFERMEDADES de la mama (con excepción de cáncer de mama el mismo que iniciará luego de terminado el período de carencia)
 4. Hernias de cualquier clase, incluida la hernia de núcleo pulposo de la columna vertebral.
 5. Hemorroides.
 6. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; ENFERMEDADES de la vesícula biliar.
 7. Cirrosis hepática.
 8. Litiasis del sistema urinario.
 9. Adenoma de próstata.

10. Catarata, glaucoma.
 11. ENFERMEDADES tiroideas.
 12. ENFERMEDAD cerebro vascular aguda isquémico o hemorrágico (con excepción del ACCIDENTE cerebro vascular).
 13. ENFERMEDAD cardiovascular incluida la dislipidemia (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable).
 14. Hipertensión arterial.
 15. Asma.
 16. Diabetes Mellitus.
 17. Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
 18. Procedimiento de Artroscopía.
 19. Procedimiento de Litotricia.
 20. Hiperhidrosis.
 21. Polisomnografía.
4. Las ENFERMEDADES relacionadas con el Virus del VIH, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

El período de Espera y las excepciones indicadas aplican solamente a ENFERMEDADES que no sean preexistentes.

Artículo 6°

GASTOS CUBIERTOS

Esta Póliza cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD, condición médica o ACCIDENTE bajo cobertura, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, a nivel nacional, hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO, según los COPAGOS y COASEGUROS establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS para cada una de las coberturas y después de haberse alcanzado el DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el PLAN DE SEGURO contratado por cada ASEGURADO contemple dicho deducible. También están incluidos bajo este seguro, las coberturas según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

A tales efectos el ASEGURADO deberá hacer uso del servicio de atención al crédito para los casos de atención médica hospitalaria y/o ambulatoria, así como para las coberturas, exclusivamente en las redes de PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS para estos servicios o atención a REEMBOLSO, en las condiciones que se indican en la TABLA DE BENEFICIOS.

a) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:

- Habitación individual o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el DIAGNÓSTICO y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.
- Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado.
- Yeso acrílico. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.

- Otros servicios que tengan relación con el tratamiento médico.

b) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al DIAGNÓSTICO y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible, para un adecuado DIAGNÓSTICO y tratamiento.

Artículo 7°

COBERTURAS

En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona y se cubrirán hasta por los límites y condiciones establecidos para cada una de ellas en la TABLA DE BENEFICIOS y de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por la presente Póliza y siempre que se haya consumido el DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que el PLAN DE SEGURO del ASEGURADO contemple dicho deducible.

a. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS:

Este seguro cubre los gastos por ENFERMEDADES oncológicas de acuerdo con las CONDICIONES GENERALES y las señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS. Para la aprobación de la cobertura resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación, para el tipo de CÁNCER diagnosticado al ASEGURADO:

1. Que tanto el tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) haya(n) 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 las categorías de evidencia y consenso (categorías 1 o 2A) de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN).
2. Que los procedimientos oncológicos (CIRUGÍA ONCOLÓGICA, radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren dentro de los protocolos establecidos por la NCCN, según las categorías 1 o 2A.

Para mayor información sobre la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN), acceder a la siguiente página web: www.nccn.org.

En el caso de un CÁNCER de mama que involucre una Mastectomía Radical o Total, se incluye la cobertura de la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA como parte del tratamiento integral de dicho CÁNCER. Dicha cobertura aplica solamente para tratamientos en el Perú según la red de proveedores establecida para dicho fin y que se encuentra precisada en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

Se reconocerá la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA una sola vez por mama, sólo en el Perú, independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, en pacientes a quienes se les 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 cada fase de

la reconstrucción, la cual no podrá tener una duración mayor a un año. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezones.

Una vez activado el beneficio oncológico PACÍFICO SEGUROS, luego de haber recibido el INFORME ANATOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica (UCO) para tener una reunión de orientación, en las instalaciones del CENTRO ALIADA CONTRA EL CÁNCER, ubicado en Av. José Gálvez Barrenechea 1044, San Isidro.

b. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:

Este seguro cubre el valor de las PRÓTESIS INTERNAS que sean quirúrgicamente necesarias, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. No se cubren PRÓTESIS externas salvo las dentales en caso de una EMERGENCIA ACCIDENTAL.

c. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO EN PÓLIZA:

Están cubiertas bajo esta Póliza, las ENFERMEDADES, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, así como aquellos de tipo genético hereditario, de los hijos recién nacidos de madres cuyo PARTO tenga derecho de cobertura por esta Póliza y que hayan sido inscritos en ésta dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de nacimiento.

Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

d. OFTALMOLOGÍA:

Las ENFERMEDADES o cirugías de los ojos serán cubiertas como ambulatorio u hospitalario según corresponda y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

e. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS:

Están cubiertas según la modalidad de atención, sea hospitalario o ambulatorio, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

No se cubren las epidemias que se encuentren bajo el control del Ministerio de SALUD o de alguna otra entidad gubernamental.

f. CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS EN EL PERÚ:

Están cubiertos por una vez al año, por ASEGURADO, chequeos médicos preventivos en los centros médicos a nivel nacional señalados en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza, y bajo las condiciones ahí establecidas para su atención.

g. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA EN EL PERÚ:

Siempre que el manejo de la EMERGENCIA ACCIDENTAL sea de manera exclusivamente ambulatoria y sea atendida dentro de un plazo máximo de 48 horas de ocurrida, los gastos serán cubiertos sin aplicación de COPAGO ni COASEGURO, y hasta la rehabilitación del paciente, por un período máximo de 30 días calendarios. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u

hospitalaria, los mismos que serán afectos al COPAGO y COASEGURO correspondiente.

Será considerado EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, en caso que, a consecuencia del ACCIDENTE, se requiera HOSPITALIZACIÓN o CIRUGÍA AMBULATORIA. En esta situación la emergencia será reconocida como atención hospitalaria o atención ambulatoria según corresponda, de acuerdo a lo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, desde el primer día de la atención.

h. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL PERÚ:

1. EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O EMERGENCIA ACCIDENTAL:

Si el ASEGURADO sufre una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL y no haya la capacidad profesional y/o equipamiento médico en el lugar en que el ASEGURADO se encuentra, PACÍFICO SEGUROS pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano bajo las siguientes condiciones:

- a) Coordinación previa del equipo médico de PACÍFICO SEGUROS con el médico que atiende al ASEGURADO herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre o avión de línea comercial) hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.
- b) En el caso de traslado por avión de línea aérea comercial por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL, se cubre hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (sólo por motivos de evacuación). Previa coordinación y aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS.
- c) Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA como en caso de HOSPITALIZACIÓN, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.

2. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN (SÓLO EN PROVINCIAS):

Cubre los gastos por traslado en avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano únicamente para casos de HOSPITALIZACIÓN donde no haya resolución médica en el lugar de la atención, previa coordinación y aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS. Se cubre hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos.

Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o emergencia médico quirúrgica como en caso de HOSPITALIZACIÓN, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya

gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.

i. **SEPELIO EN EL PERÚ:**

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral de acuerdo al paquete descrito en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. Este beneficio se otorgará siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por esta Póliza.

j. **PROGRAMA DE MATERNIDAD:**

Se cubren los gastos del ASEGURADO TITULAR, cónyuge o conviviente bajo la presente Póliza por los servicios indicados y hasta los límites establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza a consecuencia del EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO y las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. Es condición indispensable para tener derecho a este beneficio haber transcurrido el periodo de espera indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

En el Perú, la póliza cubre los servicios pre y post natales, el programa madre - niño y el PARTO de acuerdo con las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. Los beneficios se aplican para cada EMBARAZO cubierto por esta Póliza.

No gozan de los beneficios otorgados por el programa de maternidad, las hijas aseguradas como DEPENDIENTES.

Este beneficio cubre los gastos del PARTO, sea vaginal o por cesárea, las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO y los gastos de atención inmediata del recién nacido normal sin complicaciones (pediatra en sala de PARTOS o sala de operaciones, sala de bebés de recién nacido normal, exámenes de laboratorio: grupo y factor, hematocrito, glucosa) hasta los límites especificados en la TABLA DE BENEFICIOS.

A partir de la semana veintiuno (21), se considerará como una amenaza de PARTO pre-término.

k. **LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR:**

Se otorga cobertura de un año de seguro sin pago de prima, a partir de la fecha del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, siempre que la muerte sea causada por una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por la Póliza.

Se mantendrán asegurados los DEPENDIENTES inscritos bajo la misma Póliza en que se encontraba cubierto el ASEGURADO TITULAR fallecido.

Cumplido el año, tanto el/la cónyuge o conviviente ASEGURADO(a) así como sus DEPENDIENTES, podrán continuar con la cobertura bajo las mismas condiciones que tenían, si así lo desean, en calidad de ASEGURADO TITULAR y DEPENDIENTES respectivamente, pagando las primas correspondientes.

l. **CENTROSALUD**

Servicio de atención médica ambulatoria programada en consultorios de PACÍFICO SEGUROS ubicados en la Clínica Tezza, atendidos por médicos en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Gineco Obstetricia, para lo cual el ASEGURADO

deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita.

m. **CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD**

Programa de atención médica ambulatoria especialmente diseñado para el manejo, prevención y control de ASEGURADOS que durante la vigencia de la Póliza, se les diagnostiquen las siguientes ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus II y Dislipidemia a cargo de especialistas en Cardiología, Neumología y Endocrinología según corresponda. La cobertura se inicia luego de realizada la primera CONSULTA en el CENTROSALUD, en la Clínica San Borja o mediante médicos a domicilio, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita.

El ingreso al programa estará sujeto a la evaluación médica y aceptación de PACÍFICO SEGUROS.

n. **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO**

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO, bajo alguna de las siguientes formas:

• **ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO**

Servicio de atención médica ambulatoria programada a domicilio, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el COPAGO establecido por CONSULTA.

• **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Servicio de unidades móviles para la atención de EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS o EMERGENCIAS ACCIDENTALES a domicilio dentro de las ciudades establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, durante las 24 horas y todos los días del año, sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

La EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL será determinada por el Médico evaluador al momento de la atención, y dicha atención de no ser considerada una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL deberá ser cubierta de acuerdo condiciones del servicio de Medico a Domicilio establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS.

Son considerados una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O ACCIDENTAL los gastos médicos como consecuencia de:

- Paro cardíaco y/o respiratorio
- Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
- Pérdida de conocimiento súbito
- Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
- Heridas cortantes
- Diarreas severas
- Deshidratación aguda
- Vómitos reiterados

- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos
- Envenenamiento
- Hemorragias
- ACCIDENTES cerebrovasculares agudos
- Asfixias de cualquier origen
- Quemaduras
- Crisis asmática
- Crisis hipertensiva
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Reacciones alérgicas
- ABORTO y/o AMENAZA DE ABORTO
- Trabajo de PARTO

Cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de emergencia por los médicos o paramédicos tratantes según las definiciones de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA y EMERGENCIA ACCIDENTAL

Esta cobertura está condicionada a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO.

Artículo 8°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las ENFERMEDADES por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.
- b) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles.
- c) MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA.
- d) Cuidados particulares de enfermería.
- e) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.
- f) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (StemCell), salvo que se requiera para TRASPLANTE de médula ósea.
- g) En los casos de HOSPITALIZACIÓN no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.
- h) Medicamentos, productos, tratamientos y otros precisados a continuación:

- i. **Todo medicamento, equipo, dispositivo, IMPLANTE o insumo médico utilizado o de reciente implementación que no haya sido aprobado por la FDA para el DIAGNÓSTICO correspondiente.**
- ii. **Los que no se consideren MÉDICAMENTE NECESARIOS y no cuenten con el sustento médico según la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA con ensayos clínicos de fase III concluidos y con beneficio demostrado en los casos que aplique.**
- iii. **Medicamentos aprobados por la F.D.A, pero prescritos para ENFERMEDADES diferentes para los que fueron aprobados (excepto en casos de CÁNCER).**
- iv. **Medicamentos que aun cuando hayan sido aprobados por la F.D.A, se encuentren señalados expresamente en este artículo como excluido.**
- v. **Medicamentos utilizados con fines placebo.**
- vi. **Recursos terapéuticos naturales (uña de gato, muérdago, etc.), cualquiera sea su forma de presentación.**
- vii. **Tratamientos o procedimientos experimentales.**
- viii. **Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A en la “Clinical Practice Guidelines in Oncology” (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de los Estados Unidos de América. Para mayor información acceder a www.nccn.org.**
- ix. **Productos de higiene personal. Productos COSMÉTICOS, productos dermatocósméticos y bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.**
- x. **Medicamentos para tratamiento de la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.**
- xi. **Psicofármacos: ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes y nootrópicos, anfetamínicos, derivados y afines cuando se indiquen para ENFERMEDADES de la esfera mental (psicológicas o psiquiátricas), así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención (incluido autismo) y del aprendizaje. Curas de reposo o de sueño.**
- xii. **Medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o SÍNDROME de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias o complicaciones infecciosas, degenerativas o neoplásicas. Para estas ENFERMEDADES se concede una cobertura limitada, según se indica en las Coberturas dentro de la TABLA DE BENEFICIOS.**
- xiii. **Vitaminas, minerales y suplementos alimenticios (excepto los utilizados para el ASEGURADO hospitalizado), complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.**
- xiv. **Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria (excepto aspirina, warfarina, clopidogrel, heparinas, metformin, montelukast en asma, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios, los cuales sí se cubrirán).**
- xv. **Inmunoestimulantes. Vacunas (excepto vacuna indicada por isoimmunización materno-fetal y vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica).**
- xvi. **Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.**
- xvii. **Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.**

- xviii. Plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.
- xix. PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
- xx. Dispositivos o **IMPLANTES** médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: **IMPLANTE** coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales si se cubrirán.
- xxi. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines **DIAGNÓSTICOS** o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, glucómetro y muletas.

i) Estudios o procedimientos **DIAGNÓSTICOS o terapéuticos, tratamientos (médicos o quirúrgicos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:**

1. **ENFERMEDADES**, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas **CONGÉNITAS** del recién nacido y de **ENFERMEDADES CONGÉNITAS** no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.
2. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
3. Ginecomastia y Gigantomastia.
4. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por **CÁNCER** de Mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta Póliza, para la cobertura Oncológica o en los casos de **ACCIDENTES** cubiertos por la Póliza, debidamente reportados a **PACÍFICO SEGUROS**.
5. Vasectomía y Bloqueo Tubario.
6. Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales, así como gastos de maternidad y del recién nacido (**PREMATURIDAD** y **ENFERMEDADES CONGÉNITAS**) en aquellos casos en que el **EMBARAZO** sea consecuencia de los procedimientos de fertilización indicados en esta exclusión o procedimientos similares cuyo fin es la concepción.
7. Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.
8. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de **PRÓTESIS**.
9. Tratamiento de alopecia androgénica.
10. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.
11. **ENFERMEDADES** y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
12. **ACCIDENTES** sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por

un profesional de la SALUD en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda.

En caso de ACCIDENTE vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo.

Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda o, cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE.

Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.

13. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
14. Cirugía odontológica, ENFERMEDAD periodontal, ortodoncia, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética, cirugía bucal (exodoncia impactada, apicectomía y similares), PRÓTESIS dentales, IMPLANTES dentales y todo lo relacionado a ellos, salvo las atenciones indicadas en el artículo de Beneficios y Gastos Cubiertos como "Gastos Odontológicos".
15. Problemas de la mandíbula incluyendo el SÍNDROME témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.
16. ACCIDENTES de trabajo o ENFERMEDADES ocupacionales.
17. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de actividades, competencias o deportes peligrosos. La siguiente relación es nominativa no excluyente: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puenting, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o cualquier deporte practicado de manera profesional.
18. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.
19. Tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto e intraoculares multifocales.
20. Chequeos médicos y descarte de ENFERMEDADES en una persona sana, así como controles de ENFERMEDADES no cubiertas por esta póliza.
21. Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.

22. Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.
23. Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.
24. Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a DIAGNÓSTICOS o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.
25. Procedimientos de criopreservación o criogenéticos.
26. Gastos incurridos para el cuidado y asistencia de personas con discapacidad.
27. Tratamiento o gastos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados, para el lugar de atención.
28. Tratamientos que no se consideren MÉDICAMENTE NECESARIOS.
29. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas)
30. Pruebas diagnósticas no certificadas y tratamientos desensibilizantes para alergias.
31. Tratamiento con hormona de crecimiento, o cualquier otro tratamiento cuya finalidad sea la de estimular el crecimiento.
32. Dispositivos para columna: separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o neulolisisfacetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.
33. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS que se encuentren bajo el control del Ministerio de SALUD o de cualquier otra entidad gubernamental.
34. Viscosuplementación para patologías articulares, excepto en osteoartrosistibiofemoral de rodilla. No se cubre en condromalacia patelar.
35. Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.

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

Artículo 9º

PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO (COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL)

Para todo gasto cubierto incurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE amparados por la póliza, así como en el caso de las coberturas cubiertas por la Póliza, el ASEGURADO tendrá como obligación consumir hasta el monto del DEDUCIBLE ANUAL, en el caso de que su PLAN DE SEGURO contemple dicho deducible, y pagar los COPAGOS y COASEGUROS establecidos para cada una de las coberturas, según se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza. Las definiciones de COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL, se encuentran señaladas en el GLOSARIO de la Póliza.

Asimismo, el ASEGURADO tendrá como obligación pagar los gastos no cubiertos por la póliza.

Los montos que así se determinen por concepto del DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO y COASEGURO, así como los gastos no cubiertos, representan la participación total del ASEGURADO en el gasto.

En caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria no se aplicará COPAGO y COASEGURO, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en las CONDICIONES GENERALES, sujeto a las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y anexos adjuntos.

La aplicación del DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO, COASEGURO y los límites específicos de cobertura establecidos en la póliza seguirán el siguiente orden:

1. Se sumarán todos los gastos facturados.
2. Se restarán todos los gastos no cubiertos (incluyendo montos en exceso de los límites establecidos en el Tarifario Pacífico, en caso de que éste se aplique, y gastos en exceso del GASTOS USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO).
3. Se aplicará el DEDUCIBLE ANUAL que corresponde.
4. Se aplicará el COPAGO que corresponde.
5. Se aplicará el COASEGURO que corresponde.
6. Del resultado, se restará cualquier monto en exceso de límites específicos establecidos en la póliza.

El DEDUCIBLE ANUAL debe consumirse en cada vigencia de la Póliza por cada ASEGURADO y por cada uno de su(s) DEPENDIENTES.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 10º

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ

En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que el PLAN DE SEGURO contemple dicho deducible, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

a) ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE PACÍFICO SEGUROS)

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

Las formas de atención son las siguientes:

1) ATENCIÓN AMBULATORIA

Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado se pondrá en contacto con PACÍFICO SEGUROS para verificar el seguro y le cobrará al ASEGURADO solamente los montos a su cargo.

Las situaciones de EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA serán cubiertas al 100% sin COPAGO y/o COASEGURO según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES.

2) ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado su documento de identidad o carnet de ASEGURADO. El PROVEEDOR MÉDICO AFILIADO solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS con un mínimo de tres días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia. La Carta de Garantía es la autorización escrita que PACÍFICO SEGUROS otorga al centro de SALUD para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el DIAGNÓSTICO presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscribirse ni pactar ni pagar honorarios adicionales.

Siempre y cuando la atención hospitalaria y/o quirúrgica esté cubierta, PACÍFICO SEGUROS otorgará la carta de garantía solicitada por el proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

3) ATENCIÓN EN CENTROSALUD

El ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita médica.

4) CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD

La cobertura se inicia luego de realizada la primera CONSULTA en el CENTROSALUD o en la Clínica San Borja, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita.

El ingreso al programa estará sujeto a la evaluación médica y aceptación de PACÍFICO SEGUROS.

5) ATENCIÓN A DOMICILIO

• ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS.

• ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS y está sujeto a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO.

b) ATENCIÓN A REEMBOLSO (FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS)

En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de PACÍFICO SEGUROS indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la

totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a PACÍFICO SEGUROS el REEMBOLSO correspondiente de los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al TARIFARIO PACÍFICO, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS que se encuentra a su disposición en la página web de PACÍFICO SEGUROS: www.pacificoseguros.com

Todos los gastos ambulatorios y/u hospitalarios serán pagados por el ASEGURADO, quien luego deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS dentro de los 90 días calendarios posteriores a la atención, la siguiente documentación:

- SOLICITUD DE REEMBOLSO por la atención médica con la información completa y suscrita por el médico tratante.
- Original de la factura o recibo por honorarios profesionales.
- Original de la receta prescrita por el médico tratante.
- Original de la factura de farmacia.
- Original de la orden de exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes y patología, entre otros).
- Original de la factura del laboratorio y proveedor de procedimientos.
- Copia de resultados de todos los exámenes auxiliares (análisis, radiografías y exámenes especializados, entre otros).
- Fotocopia de REPORTE OPERATORIO, en caso de intervención quirúrgica.
- Copia de resultado de anatomía patológica, si hubo patología.
- Copia de EPICRISIS en caso de internamiento.

PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de solicitar al ASEGURADO que presente un Informe Médico ampliatorio, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de SALUD y facilite la atención de la SOLICITUD DE REEMBOLSO

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de El PACIFICO-PERUANO SUIZA Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC N°20100035392. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del ASEGURADO. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

Presentada esta documentación y encontrada conforme por PACÍFICO SEGUROS, es decir medicamentos y/o exámenes auxiliares y/o procedimientos relacionados directamente con el DIAGNÓSTICO, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido según el TARIFARIO PACIFICO, dentro de los 30 días hábiles desde la fecha de recepción. El REEMBOLSO referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

Artículo 11º

RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A PACÍFICO SEGUROS EN EL PERU

La relación de los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a PACÍFICO SEGUROS se muestra en un anexo de la PÓLIZA DE SEGURO.

PACÍFICO SEGUROS podrá modificar la relación de los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a efectos de preservar el derecho de los ASEGURADOS a acceder a un servicio de SALUD de calidad, o cuando por razones comerciales termine la relación contractual con el proveedor médico; lo cual podrá realizarse en cada renovación de la Póliza o durante la vigencia de la Póliza cuando la terminación del vínculo con el proveedor obedezca a razones objetivas y ajenas a la voluntad de PACÍFICO SEGUROS. En caso que esto suceda y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en el centro médico bajo las mismas condiciones que tenía hasta el alta del ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, PACÍFICO SEGUROS orientará al ASEGURADO sobre otras alternativas de atención (en caso de que el ASEGURADO lo solicite).

Artículo 12º

PAGO DE BENEFICIOS

PACÍFICO SEGUROS, reconocerá los gastos cubiertos en casos de HOSPITALIZACIÓN o atención ambulatoria en el Perú.

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, a nivel nacional, aún cuando haya contratado el DEDUCIBLE ANUAL, en cuyo caso, éste deberá ser asumido primero directamente por el ASEGURADO y de acuerdo con el procedimiento establecido en la TABLA DE BENEFICIOS.

Si el ASEGURADO opta por la Atención a REEMBOLSO, PACÍFICO SEGUROS reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos que haya pagado directamente, en los casos, bajo las condiciones y en la forma establecida en estas CONDICIONES GENERALES.

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una HOSPITALIZACIÓN en el Perú se efectuaron gastos ambulatorios relacionados con la misma ENFERMEDAD o ACCIDENTE, estos serán cubiertos como gastos hospitalarios.

La liquidación de gastos y pagos de beneficios se efectuará bajo las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, previa aplicación y pago por el ASEGURADO al proveedor médico afiliado a la red y/o médico del COPAGO y/o COASEGURO correspondiente, así como de los importes por gastos no cubiertos.

Artículo 13º

TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el Perú que el ASEGURADO haya pagado directamente a clínicas y/o médicos no afiliados a la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS, serán reembolsados con base en el TARIFARIO PACÍFICO y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, en la página web de PACÍFICO SEGUROS: www.pacificoseguros.com, y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS cuyo número se indica en su carnet de ASEGURADO.

Dichos REEMBOLSOS pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

CONDICIONES LEGALES

Artículo 14º

CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual PACÍFICO SEGUROS se obliga, mediante el cobro de la prima, a asumir los gastos incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por las coberturas convenidas, 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 presentes CONDICIONES GENERALES y las CONDICIONES PARTICULARES así como las Cláusulas adicionales, Endosos, Anexos y los documentos que contengan declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro, si los hubiere.

En caso de producirse discrepancias entre las estipulaciones de la PÓLIZA DE SEGURO, queda convenido que, las Condiciones Especiales y los Endosos prevalecen sobre las CONDICIONES PARTICULARES y éstas prevalecen sobre las CONDICIONES GENERALES.

Artículo 15º

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la ENFERMEDAD del ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza.

En las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza se fijará el tipo de prestación, las coberturas, los periodos de carencia y/o de espera que resulten aplicables, la prima y sus plazos y forma de pago, y en general los límites y condiciones de las coberturas ofrecidas por PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en los términos pactados en el CONVENIO DE PAGO, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro.

Artículo 16º

BASES DEL CONTRATO

La presente Póliza se emite teniendo como base la información proporcionada por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO y en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, así como en las declaraciones adicionales que le hayan sido requeridas para la debida evaluación del riesgo.

El contrato de seguro está sujeto a que PACÍFICO SEGUROS haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO y la cobertura otorgada mediante el Contrato de Seguro se hará efectiva cuando el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima y/o firmado el CONVENIO DE PAGO obligándose a pagarla.

La póliza y sus eventuales endosos firmados por las partes son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

Artículo 17º

DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

En caso la Póliza se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por PACÍFICO SEGUROS, y el contenido de esta Póliza difiera de dicha propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el ASEGURADO si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando PACÍFICO SEGUROS advierte al ASEGURADO, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por PACÍFICO SEGUROS, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

Artículo 18º

DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o cuestionarios médicos que le suministre PACÍFICO SEGUROS. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, el ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de SALUD, de ser requerida.

La exactitud y veracidad de estas declaraciones, es determinante para la aceptación del riesgo por parte de PACÍFICO SEGUROS, así como para la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO tienen efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en las presentes CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de SALUD del ASEGURADO TITULAR del seguro y/o de sus DEPENDIENTES (incluyendo lo referido a PREEXISTENCIAS), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

- i) Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de SALUD y la Solicitud del Seguro;
- ii) La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso; y,
- iii) La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por PACÍFICO SEGUROS; y asimismo, ha tenido previamente a su disposición la folleteria informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada y siempre podrá verificar las coberturas ofrecidas en la página web de PACÍFICO SEGUROS (<http://www.pacificoseguros.com>).

Artículo 19º

RESIDENCIA

Esta póliza ha sido diseñada para personas que residan permanentemente en el territorio peruano, por ello para gozar del beneficio que otorga esta póliza, se requerirá siempre que el ASEGURADO TITULAR y los DEPENDIENTES residan en el Perú.

La cobertura nacional para ser efectiva dentro del Perú se mantendrá vigente si el ASEGURADO se encuentra al día en el pago de sus primas.

Si el estado de suspensión es mayor a doce (12) meses, PACÍFICO SEGUROS podrá solicitar al ASEGURADO el llenado de una nueva DECLARACIÓN DE SALUD.

Artículo 20º

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

PACIFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en las demás Condiciones de la Póliza. El seguro contempla exclusiones o gastos no cubiertos por PACIFICO SEGUROS los cuales se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES, Condiciones Especiales, Clausulas Adicionales o Endosos.

Artículo 21º

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

- a) Las ENFERMEDADES preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el periodo inmediato anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo.
- b) La(s) PREEXISTENCIA(s) deberá(n) ser declarada(s) por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS está autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros los antecedentes médicos y los alcances de su seguro anterior, a fin de otorgar la continuidad de la cobertura.
- c) Para que el ASEGURADO tenga derecho a que se le atienda(n) su(s) PREEXISTENCIA(s) es requisito indispensable que la compañía de seguros anterior haya proporcionado a PACÍFICO SEGUROS la información médica solicitada.
- d) En todo lo no establecido en la presente condición se aplicará lo dispuesto por la Ley 28770, la Ley 29946 y la Resolución SBS N° 3203-2013 o normas que las sustituyan y/o modifiquen.

Artículo 22º

VIGENCIA DE LA POLIZA, CONTINUIDAD DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

La cobertura comienza a las doce (12) horas de la fecha establecida en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza para el inicio de vigencia y termina a las doce (12) horas del último día de su vigencia.

Las pólizas tienen vigencia anual, salvo acuerdo distinto de las partes, y no serán renovadas automáticamente; salvo que se haya pactado la renovación automática en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. No obstante lo anterior, vencido el plazo del contrato, la

cobertura podrá continuar por un plazo igual y bajo los términos y condiciones propuestos por PACÍFICO SEGUROS, que pueden incluir el aumento de primas y/o deducibles y/o COPAGOS, salvo que el ASEGURADO haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; en cuyo caso tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia.

Independientemente de la fijación de la prima que podrá realizarse inclusive luego de los cinco (5) años antes indicados, PACÍFICO SEGUROS podrá modificar las primas sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos, así como las demás condiciones y términos de la Póliza, al fin de cada vigencia del Contrato de Seguro. Cuando ello ocurra, se considerará que presenta una nueva propuesta u oferta de seguro. La propuesta u oferta será comunicada al ASEGURADO, con una anticipación no menor de treinta (30) días al inicio de la nueva vigencia. El envío de las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que podrá realizar PACÍFICO SEGUROS cada año, se considerará como la nueva propuesta u oferta del seguro. El ASEGURADO tendrá quince (15) días desde la fecha en que recibe dicha propuesta u oferta para expresar su rechazo o aceptación. En caso de rechazo, se considerará que no hay aceptación de la propuesta u oferta y por lo tanto, que no hay Contrato de Seguro. Se considera que existe aceptación tácita a la propuesta u oferta si, vencido el plazo anteriormente señalado, el ASEGURADO procede a pagar la prima o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagarla o a acepta el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago. En el caso que la póliza se pague mediante cargo en cuenta y/o débito automático y/o a través de tarjeta de crédito y/o débito, dicha ratificación también se entenderá realizada si, luego de transcurridos quince (15) días calendario desde que el ASEGURADO 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.

Dentro del plazo de quince (15) días desde la fecha en que EL ASEGURADO recibe la oferta para expresar su rechazo o aceptación, el ASEGURADO deberá remitir a PACÍFICO SEGUROS, por las vías de comunicación habilitadas en acuerdo con ésta última, aquella información complementaria que corrija, actualice y/o complemente las declaraciones de su estado de SALUD realizadas para la emisión de la póliza original.

En caso transcurra el plazo antes señalado sin mediar precisión y/o comunicación adicional por parte del ASEGURADO, se entenderá como confirmado que no existe información complementaria que corrija, actualice y/o complemente las declaraciones de su estado de SALUD realizadas para la emisión de la póliza original. La presente carga de informar se tratará conforme a las reglas del deber de informar sobre la agravación del riesgo de seguro establecidas en las presente CONDICIONES GENERALES y en las CONDICIONES PARTICULARES de cada Contrato de Seguro, según corresponda.

Queda establecido que de existir Períodos de Carencia y/o de Espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. Asimismo, en caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva SOLICITUD DE SEGURO ni una nueva DECLARACIÓN JURADA DE SALUD. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la SOLICITUD DE SEGURO y llenar la correspondiente DECLARACIÓN JURADA DE SALUD y se iniciará nuevamente el

cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia, previa aprobación de la Solicitud por parte de PACÍFICO SEGUROS.

Artículo 23º

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará, por cualquiera de las formas convenidas con el ASEGURADO, sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.
- b) El ASEGURADO tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.
- c) El ASEGURADO podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.
- d) Si el ASEGURADO no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.
- e) Si la Póliza contiene una cláusula de renovación automática y PACÍFICO SEGUROS requiere incorporar modificaciones, podrá hacerlo con un aviso por escrito al ASEGURADO con cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento del contrato, detallando los cambios. El ASEGURADO tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento del contrato para rechazar la propuesta, si no lo hace se consideran aceptadas las nuevas condiciones. Si rechaza la propuesta se considerará terminado el contrato al vencimiento del mismo.

Artículo 24º

DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

La prima de seguro tiene el objeto de garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES.

El monto de la prima a pagar por el CONTRATANTE se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de SALUD contenido en la SOLICITUD DE SEGURO, a la siniestralidad del programa, a los costos de los proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Artículo 25º

INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

Antes del vencimiento de dicho plazo, PACÍFICO SEGUROS deberá comunicar al CONTRATANTE y/o al ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión de la cobertura del seguro como consecuencia del incumplimiento del

pago de la prima. En dicha comunicación se indicará el plazo que dispone el CONTRATANTE y/o ASEGURADO para pagar la prima antes de la suspensión automática de la cobertura del seguro.

La suspensión de la cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

PACÍFICO SEGUROS no será responsable por los SINIESTROS ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

En caso PACÍFICO SEGUROS no reclame el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para pagar la prima se entiende que el contrato se extinguió. Esta disposición operará inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago. PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima devengada.

Artículo 26º **REHABILITACION**

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que PACÍFICO SEGUROS no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la póliza previo pago de todas las primas impagas, intereses de mora y los gastos que origine la rehabilitación, así como de la acreditación de las CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD que podrían serle requeridas por PACÍFICO SEGUROS para constatar que se mantienen las condiciones originalmente declaradas, con excepción de las ENFERMEDADES que hayan sido cubiertas por la Póliza. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable PACÍFICO SEGUROS por SINIESTRO alguno ocurrido durante la suspensión.

Artículo 27º **AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR**

El ASEGURADO, en su caso, deberán notificar por escrito a PACÍFICO SEGUROS, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si hubieran sido conocidas al momento de perfeccionarse el contrato, no lo hubiera celebrado o lo hubiera hecho en condiciones más gravosas. Esta obligación de información se extiende también durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En la SOLICITUD DE SEGURO se podrá señalar una lista – referencial y no taxativa – de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en CULPA INEXCUSABLE o DOLO, en los cuales EL ASEGURADO tiene el deber de informar a PACÍFICO SEGUROS sobre el agravamiento del riesgo asegurado.

En caso EL ASEGURADO haya omitido su deber de informar sobre la agravación del riesgo y ocurre el SINIESTRO, se entenderá que EL ASEGURADO ha incurrido en culpa grave o DOLO en el incumplimiento de su obligación de informar sobre la agravación del riesgo asegurado. En este último supuesto PACÍFICO SEGUROS estará liberado de su prestación.

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado, en los siguientes casos:

1. Cuando EL ASEGURADO ha omitido o se ha demorado en informar sobre la agravación del riesgo sin CULPA INEXCUSABLE.
2. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del SINIESTRO ni sobre la medida de la prestación a cargo del asegurador.
3. Si PACÍFICO SEGUROS no resuelve el Contrato de Seguro o lo modifica conforme a lo señalado en el párrafo siguiente.

En el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS tendrá la facultad de comunicar al ASEGURADO, dentro de los quince (15) días desde comunicada la agravación del riesgo, su decisión de: (i) resolver el Contrato de Seguro, o (ii) proponerle el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato de no mediar aceptación del ASEGURADO dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de PACÍFICO SEGUROS. En caso opte por resolver el Contrato, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido, entiéndase con las primas canceladas a la fecha de la Resolución.

Artículo 28º

INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- a) El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es la Suma Asegurada y/o BENEFICIO MÁXIMO ANUAL señalados en las CONDICIONES PARTICULARES. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.
- b) Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en el artículo referido al "Procedimiento para Solicitar la Cobertura del Seguro en caso de SINIESTRO". El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.
- c) La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro, en los casos que corresponda, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.
- d) Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague directamente la suma asegurada al ASEGURADO y/o proceda la atención con REEMBOLSO, y siempre que conste en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS, tendrá un plazo de 30 días calendarios contados desde que recibió la documentación e información completa exigida en la Póliza para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del SINIESTRO. Si PACÍFICO SEGUROS requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de haber recibido dicha documentación.

Si PACÍFICO SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo de los treinta (30) días calendarios antes indicados se entenderá que el SINIESTRO ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al SINIESTRO, siguiendo el procedimiento establecido en la ley del contrato de seguros.

Consentido el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización, en caso de pago directo al ASEGURADO.

Artículo 29º

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración.

La Póliza es nula por las siguientes causales:

a) Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE

Actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.

b) Inexistencia de riesgo

Si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

c) Reticencia y/o declaración inexacta

Reticencia y/o declaración inexacta –si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del ASEGURADO- de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima acordada para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Artículo 30º

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza.

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el ASEGURADO de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato a PACÍFICO SEGUROS.

El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que PACÍFICO SEGUROS reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión, por cualquiera de los medios de comunicación pactados.

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 la HOSPITALIZACIÓN.
- b) En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de terminación de la Póliza.

Efecto sobre la prima

El ASEGURADO tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, sin que se le aplique penalidades ni cobros adicionales, lo que se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria del ASEGURADO señalada en la solicitud o mediante pago directo.

B. Por incumplimiento de obligaciones

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por PACÍFICO SEGUROS, en caso de presentarse cualquiera de las causales señaladas a continuación:

a. Por falta de pago de la prima

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba la comunicación de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de las formas convenidas.

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

b. Por agravación del riesgo

PACÍFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los treinta (30) días en que ésta fue debidamente comunicada por el ASEGURADO.

Para los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo PACÍFICO SEGUROS queda liberada de su prestación, si es que el SINIESTRO se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

1. El ASEGURADO incurre en la omisión o demora sin CULPA INEXCUSABLE.
2. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del SINIESTRO ni sobre la medida de la prestación a cargo de PACÍFICO SEGUROS.
3. Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
4. PACÍFICO SEGUROS conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los numerales 1), 2) y 3) precedentes, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.

d. Por incumplimiento de cualquier otra obligación prevista en la PÓLIZA DE SEGURO.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b) y c) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al ASEGURADO por cualquiera de los medios convenidos en la Póliza. El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

Efectos sobre la prima

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Artículo 31º

TERMINACION DE LA COBERTURA

Adicionalmente a las causales de nulidad y resolución del contrato antes señaladas, el contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de esta persona.
- c) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- d) Si PACÍFICO SEGUROS no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.
- e) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- f) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES.

En caso se produzca la extinción contractual, PACÍFICO SEGUROS tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

Artículo 32º

RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

Se considerará que existió DOLO o CULPA INEXCUSABLE del ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa en la SOLICITUD DE SEGURO o en sus documentos accesorios o complementarios, a sabiendas que son falsas y con la intención de ocultar información que de haber sido conocida por PACÍFICO SEGUROS la hubiera llevado a no celebrar el Contrato de Seguro o lo hubiera hecho en circunstancias diferentes.

Al respecto, en la SOLICITUD DE SEGURO se brindó al ASEGURADO una lista – referencial y no taxativa – de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en CULPA INEXCUSABLE o DOLO.

Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a DOLO o CULPA INEXCUSABLE, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el SINIESTRO:

- i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS presentará al ASEGURADO una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de

treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el ASEGURADO en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del ASEGURADO respecto de la revisión de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO respecto del ASEGURADO, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a PACÍFICO SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un SINIESTRO que goza de cobertura según los términos de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

Artículo 33º

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de PACÍFICO SEGUROS y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO.

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. PACÍFICO SEGUROS manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 34º

SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

El ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando PACÍFICO SEGUROS relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente Póliza.

En caso PACÍFICO SEGUROS, actuando de buena fe, atiende un SINIESTRO 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 que correspondan.

Artículo 35º

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

PACÍFICO SEGUROS tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de las lesiones causadas por terceros al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos.

En virtud del derecho de subrogación y con el objeto de materializar dicha recuperación, PACÍFICO SEGUROS queda autorizado para interponer directamente las acciones legales contra los terceros causantes de las lesiones.

En igual forma lo podrá hacer contra el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES si estos, violando el derecho de subrogación que le asiste a PACÍFICO SEGUROS, han cobrado para sí directamente dichos pagos.

Para el ejercicio de este derecho, el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos se obligan a lo siguiente:

Firmar el convenio respectivo y subrogar a PACÍFICO SEGUROS en todos y cada uno de los derechos que por tal razón pudieran corresponderles, hasta el límite de lo efectivamente indemnizado. No tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados. Cooperar y asistir a PACÍFICO SEGUROS en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico que tenga los mismos beneficios en la misma COMPAÑÍA u otra, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en un principio. Si el ASEGURADO decide activar primero el otro seguro, el presente seguro podrá reconocer al 100% el REEMBOLSO de los gastos incurridos por concepto de COPAGOS y COASEGUROS, según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES inserta en la Póliza. No se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro.

Artículo 36º

INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLINICA

El ASEGURADO se encuentra en la obligación de proporcionar a PACÍFICO SEGUROS toda la información que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria para los efectos del pago de la(s) cobertura(es) debida por PACÍFICO SEGUROS, para lo cual ha autorizado expresamente que la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a que exhiban su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, únicamente al momento en que PACÍFICO SEGUROS tenga necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presente el ASEGURADO en caso de SINIESTRO, como consecuencia de la presente póliza.

PACÍFICO SEGUROS bajo su cuenta y costo, tiene derecho a que el ASEGURADO sea examinado por los médicos designados por ella, para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO o solicitud de cobertura.

Artículo 37º

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

PACÍFICO SEGUROS y el ASEGURADO señalan como su domicilio la dirección física y la dirección electrónica declaradas en la SOLICITUD DE SEGURO y que se consignan en las CONDICIONES PARTICULARES. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días calendarios de anticipación.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados a los datos de contacto establecidos en la SOLICITUD DE SEGURO y de preferencia por escrito, a través de los medios de comunicación pactados previamente por las partes, sean físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

En caso de contratación por mecanismos de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del seguro o en cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Artículo 38º

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el SINIESTRO.

Artículo 39º

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

Una vez producido el SINIESTRO, las partes podrán acordar el sometimiento a arbitraje, debiendo acordarlo en forma expresa y siempre que el monto de lo reclamado sea igual o superior a 20 UIT. El Arbitraje deberá ser de derecho, y el tribunal estar compuesto por tres (3) miembros designados por las partes, para lo cual cada una nombrará un árbitro y los dos (2) así designados nombrarán al tercero, quien presidirá el Tribunal Arbitral.

Para el nombramiento de los árbitros así como el sometimiento a un reglamento arbitral y todo lo referente a la integración del texto o contenido del convenio arbitral, se aplicará lo establecido en la Ley General de Arbitraje, vigente a la fecha del surgimiento de la controversia.

Artículo 40º

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseq.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y PACÍFICO SEGUROS sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) El procedimiento es voluntario y gratuito.

- b) Procede sólo para atender solicitudes de cobertura 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 PACÍFICO SEGUROS.
- c) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del ASEGURADO dentro de ciento ochenta (180) días computados a partir de la fecha en que es denegado por PACÍFICO SEGUROS.

Artículo 41º

TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las primas, o sumas aseguradas o indemnizaciones por SINIESTROS, serán de cargo del ASEGURADO y/o su Beneficiario y/o sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de PACÍFICO SEGUROS y no puedan ser trasladados.

Artículo 42º

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

En caso de CONSULTAS y/o quejas y/o reclamos, el ASEGURADO puede contactarse con PACÍFICO SEGUROS en el lugar indicado en las demás Condiciones de la Póliza o ingresando a la Página Web de PACÍFICO SEGUROS. Las quejas y/o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

Artículo 43º

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada por los comercializadores, incluyendo la banca seguros, el ASEGURADO tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

El ASEGURADO para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en la Póliza, para informar sobre el ejercicio de su derecho. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

ARTÍCULO 44º

BASE LEGAL

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley Nº 29946 – Ley del Contrato de Seguros y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley Nº 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

- **ABORTO**
Interrupción prematura del EMBARAZO que se presenta antes de la semana 20 de gestación.
- **ACCIDENTE**
Se considera como tal a la lesión corporal que sufra el ASEGURADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **AMENAZA DE ABORTO**
Conjunto de síntomas y/o signos que sugieren la posibilidad de un ABORTO.
- **ASEGURADO**
Dentro de esta definición se considera indistintamente tanto al ASEGURADO TITULAR, como a los DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, como personas que gozan de las coberturas.
- **ASEGURADO TITULAR**
Es el CONTRATANTE del seguro obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza. El ASEGURADO TITULAR y el CONTRATANTE pueden ser la misma persona.
- **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**
Monto total anual ASEGURADO bajo esta Póliza con respecto a cada ASEGURADO TITULAR o sus dependientes, que se renueva anualmente cuando se haya consumido durante el periodo anual.
- **CANCER**
ENFERMEDAD que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado 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.
- **CIRUGÍA AMBULATORIA**
Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de HOSPITALIZACIÓN
- **CIRUGÍA ONCOLÓGICA**
Intervención quirúrgica realizada por un médico con especialidad de Cirujano Oncólogo para tratar una ENFERMEDAD oncológica.
- **COASEGURO**
Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe asumir y pagar directamente cada vez que se le brinden las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un

tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican COASEGUROS se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a COPAGO y COASEGURO.

- **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**

Eventos presentados durante la gestación y que ponen en riesgo la continuidad de la misma. Se consideran así a los ABORTOS, EMBARAZO ectópico, incompatibilidad de Rh, problemas con la placenta, hiperemesis, preeclampsia y eclampsia, así como PARTO pre-término y rotura de membranas.

A partir de la semana veintiuno (21), se considerará como una amenaza de PARTO pre-término.

- **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

Conjunto de circunstancias que surgen de las respuestas del solicitante a la SOLICITUD DE SEGURO para que un riesgo pueda ser aceptado por PACÍFICO SEGUROS. Con este propósito PACÍFICO SEGUROS evaluará el riesgo y determinará el PLAN DE SEGURO que le corresponde al solicitante; asimismo podrá disponer la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados, para que el solicitante pase a ser ASEGURADO.

- **CONDICIONES GENERALES**

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por PACÍFICO SEGUROS 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, como la identificación de las partes, la designación del ASEGURADO, descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene la TABLA DE BENEFICIOS. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al PLAN DE SEGURO adquirido por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

- **CONSULTA**

Acto mediante el cual el profesional de la SALUD atiende a la solución de un problema que guarda relación con alguna condición de SALUD de un individuo (el paciente).

- **CONTRATANTE**

Persona que toma el seguro, ya sea a su favor, en cuyo caso será el ASEGURADO TITULAR o a favor de otra persona en cuyo caso ella se convierte en ASEGURADO TITULAR. En el segundo caso el CONTRATANTE es el obligado al pago de la prima y con quién se convienen las condiciones del seguro.

- **COPAGO**

El COPAGO es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de PACÍFICO SEGUROS en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican

COPAGOS se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a COPAGO y COASEGURO.

- **COSMÉTICO**

Toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos COSMÉTICOS.

El producto cosmético que, en razón de su composición o absorción, tenga efectos farmacológicos deberá registrarse como producto farmacéutico. Igual disposición rige para los COSMÉTICOS a los que se les atribuye propiedades terapéuticas.

Se considera grupo cosmético a:

a) Los productos COSMÉTICOS con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.

b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.

c) Los COSMÉTICOS de perfumería con la misma fragancia.

d) Los productos COSMÉTICOS para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

- **CULPA INEXCUSABLE**

Incorre en CULPA INEXCUSABLE quien por negligencia grave no ejecuta una obligación que estaba a su cargo.

- **DECLARACIÓN DE SALUD**

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, respecto de su estado de SALUD y del estado de SALUD de sus DEPENDIENTES, de ser el caso.

La DECLARACIÓN DE SALUD, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por PACÍFICO SEGUROS, pudiendo encontrarse como parte de la SOLICITUD DE SEGURO.

- **DEDUCIBLE ANUAL**

Es el importe anual que dependiendo del PLAN DE SEGURO elegido, corresponderá asumir directa e íntegramente al ASEGURADO, durante cada vigencia anual de la Póliza hasta consumirlo luego de lo cual, PACÍFICO SEGUROS procederá a cubrir los gastos médicos de acuerdo a lo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES. Para el cómputo del monto del DEDUCIBLE ANUAL se considerarán sólo los Gastos Cubiertos por la Póliza.

- **DEPENDIENTE**

Podrán asegurarse como DEPENDIENTES del ASEGURADO TITULAR las siguientes personas:

- El cónyuge y/o conviviente (sin impedimento legal).
- Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos del cónyuge y/o conviviente del ASEGURADO.

Para que los DEPENDIENTES puedan tener derecho a las coberturas de ésta póliza, ellos deberán estar necesariamente incluidos en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **DIAGNÓSTICO**

Calificación que da el médico al estado de SALUD de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte, aun cuando no haya sido informado al ASEGURADO

- **DOLO**

Procede con DOLO quien deliberadamente no ejecuta la obligación a la cual estaba obligado.

- **EMBARAZO**

Estado de gravidez de la mujer; período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del PARTO.

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**

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.

- **EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**

Aquel problema de SALUD que se presenta en forma súbita, como manifestación de una enfermedad aguda o como recurrencia, progresión o complicación de una enfermedad crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona. Los casos considerados EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS bajo este concepto son los siguientes:
Abdomen agudo.

- ACCIDENTES cerebrovasculares agudos.
- Anafilaxia.
- Asfixias de cualquier origen.
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos.
- Convulsiones.
- Crisis asmática severa.
- Deshidratación severa.
- Dolor torácico de origen cardíaco (coronario).
- Emergencia hipertensiva.
- Envenenamiento e Intoxicaciones agudas
- Hemorragias.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Paro cardíaco y/o respiratorio.
- Pérdida de conocimiento súbito.
- Quemaduras.
- Shock.

Asimismo, cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA por los médicos o paramédicos tratantes

- **ENFERMEDAD**

Toda alteración del estado de SALUD, de causa no accidental.

- **ENFERMEDAD CONGÉNITA**

Cualquier ENFERMEDAD, defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, aunque no presentara manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina y aun cuando su evolución orgánico-funcional y/o manifestación clínica se haga evidente per se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo del ASEGURADO.

- **ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS**

Aquellas condiciones de SALUD potencialmente patológicas (anomalías en la estructura, función o metabolismo) originadas antes del nacimiento, mas no necesariamente manifestadas o identificadas en dicho momento, no siendo conocidas (ni siquiera parcialmente) por el ASEGURADO en el momento de ingreso a su póliza.

- **ENFERMEDAD CRÓNICA**

ENFERMEDAD de curso mayor a un mes.

- **ENFERMEDAD EPIDÉMICA**

ENFERMEDAD infecto-contagiosa que afecta simultáneamente a un gran número de la población.

- **ENFERMEDAD GENÉTICO - HEREDITARIA**

ENFERMEDAD cuyo origen obedece a leyes de la genética y se transmite a las siguientes generaciones sin necesariamente respetar un orden natural. Se refiere a ENFERMEDADES hereditarias autosómico – dominantes.

- **EPICRISIS**

Documento resumen que formula y firma el médico tratante al momento del alta hospitalario del paciente.

- **EVENTO HOSPITALARIO**

Se considera como EVENTO HOSPITALARIO cadareclusión o internamiento de una persona registrada como paciente en un HOSPITAL O CLÍNICA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una ENFERMEDAD, ACCIDENTE o emergencia médica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (F.D.A)**

Agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la Administración y regulación de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos de América.

Para mayor información, puede acceder a: www.fda.gov.

- **FECHA DE INICIO DEL SEGURO**

Fecha que aparece en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza como fecha de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujeto a los períodos de carencia o espera establecidos en la misma.

- **GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO**

Son los costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el ASEGURADO, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, se encuentren cubiertos.

- **HOSPITALIZACIÓN**

Internamiento de una persona registrada como paciente en la RED SANNA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una ENFERMEDAD, EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **IMPLANTE**

Es todo aquel material inerte que se inserta parcial o totalmente en el cuerpo humano, con finalidad terapéutica o estética (por ejemplo: IMPLANTES de mama de silicona, stent coronario, entre otros). Para su aplicación no es imprescindible retirar el órgano en el que se implanta.

- **INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO**

Resultado de pruebas y análisis emitido por un médico Anatómo Patólogo para determinar la existencia o ausencia de la ENFERMEDAD de CÁNCER.

- **INTERÉS ASEGURABLE**

Relación económica que debe tener el ASEGURADO con la persona que desea asegurar. También se define como el sincero deseo que debe tener el ASEGURADO de que no se produzca el SINIESTRO debido a que ello le generaría un perjuicio económico.

- **MÉDICAMENTE NECESARIO**

Se refiere al tratamiento, medicamento o procedimiento que, reúna todas las siguientes condiciones:

- a) Sea apropiado y esencial para el DIAGNÓSTICO y tratamiento de la condición médica bajo cobertura.
- b) No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un DIAGNÓSTICO o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Haya sido prescrito por un médico.
- d) Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio.

Los supuestos arriba indicados tienen que cumplirse en forma conjunta.

- **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.

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.

- **NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN)**

Alianza norteamericana de centros médicos de excelencia en el tratamiento del CÁNCER, cuyo objetivo es ayudar a pacientes y a profesionales médicos a tomar decisiones fundamentadas sobre la atención médica del CÁNCER. Desarrolla, actualiza y disemina las guías de práctica clínica en oncología.

Para mayor información visite la siguiente página web: www.nccn.org.

- **PARTO**

Salida del feto del cuerpo materno naturalmente o por cesárea, dando por finalizado el EMBARAZO.

- **PLAN DE SEGURO**

Esquema de aseguramiento definido por PACÍFICO SEGUROS que dependiendo de las CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD del CONTRATANTE y/o ASEGURADO le asigne. Se muestra en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

- **PÓLIZA DE SEGURO**

Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, cláusulas adicionales, endosos, Anexos así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro.

- **PREEXISTENCIA**

Cualquier condición de alteración del estado de SALUD, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud inserta en la SOLICITUD DE SEGURO.

No se considerará ENFERMEDAD preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una PÓLIZA DE SEGURO de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra en el periodo inmediato anterior a la presente Póliza.

El ASEGURADO y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo ASEGURADO, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.

- **PREMATURIDAD**

Gestación cuyo PARTO ocurre antes de alcanzar las 37 semanas de desarrollo intrauterino.

- **PUERPERIO**

Se llama así al período de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de PARTO y se extiende por 45 días. El PUERPERIO se divide en PUERPERIO, inmediato, mediano y tardío.

- **PRÓTESIS**

Pieza o dispositivo que reemplaza parcial o totalmente a un órgano, miembro o estructura del cuerpo y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad o estructura del órgano original. Para su aplicación es imprescindible retirar el órgano o parte del órgano que se reemplaza.

- **PRÓTESIS INTERNAS**

PRÓTESIS de aplicación quirúrgica que sustituye a un órgano o parte del mismo. A diferencia de las PRÓTESIS externas, las PRÓTESIS INTERNAS se colocan mediante cirugía a un órgano interno y su uso es permanente o de tiempo prolongado pues no puede removerse diariamente.

- **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.

- **REHABILITACIÓN FÍSICA**

Aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas para preparar o readaptar al individuo con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad física funcional.

- **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**

Procedimiento quirúrgico de restauración que se realiza luego del retiro de la mama como tratamiento del CÁNCER.

Las técnicas de reconstrucción cubiertas son: con colgajo muscular (TRAM) y con PRÓTESIS.

Se cubre sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado mastectomía radical o total por CÁNCER de mama durante la vigencia de la PÓLIZA, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro.

- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**

Conjunto de centros de SALUD tales como clínicas y hospitales en los cuales la RED SANNA podrá derivar atenciones a consecuencia de EMERGENCIAS ACCIDENTALES y EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICO, así como cualquier otra cobertura de la Póliza. Se detallan en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **REEMBOLSO**

Modalidad de atención médica que permite la libertad de elección de médicos y servicios auxiliares en entidades no vinculadas (proveedores o médicos no afiliados) para recibir una prestación de SALUD, siempre y cuando su PLAN DE SEGURO contemple este beneficio.

- **REPORTE OPERATORIO**

Documento que describe el procedimiento quirúrgico empleado y que se registra al concluir un acto quirúrgico. Es suscrito por el médico tratante.

- **SALUD**

Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

- **SÍNDROME**

Conjunto de los síntomas que refiere el paciente o que identifica el médico durante el interrogatorio médico, aunado a los signos clínicos que detecta el médico a través del examen físico, pudiendo contar o no para ellos con procedimientos de ayuda al DIAGNÓSTICO tales como exámenes de laboratorio, imágenes y patología, entre otros.

- **SINIESTRO**

Reclamo o solicitud de cobertura efectuado por el ASEGURADO por atenciones médicas prestadas o gastos incurridos durante la vigencia de la PÓLIZA DE SEGURO.

- **SOLICITUD DE REEMBOLSO**

Documento pre-impreso y definido por PACÍFICO SEGUROS aseguradora, 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 facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.

- **SOLICITUD DE SEGURO**

Documento pre-impreso y definido por PACÍFICO SEGUROS, en el cual consignando la identificación del CONTRATANTE, ASEGURADO TITULAR y DEPENDIENTES, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la DECLARACIÓN DE SALUD de los solicitantes

- **SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD**

Políticas y procesos definidos por PACÍFICO SEGUROS para fines de asumir o no el riesgo; entre sus instrumentos se incluyen: DECLARACIÓN DE SALUD; Examen de Asegurabilidad, interrogatorio ginecológico, perfil de exámenes auxiliares por edad y sexo. Puede incluir además: exámenes adicionales y/o informes médicos.

- **TABLA DE BENEFICIOS**

Cuadro inserto en la CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que contiene las coberturas, sus límites y alcances, las sumas aseguradas, así como las redes de atención.

- **TARIFARIO PACIFICO**

Documento que fija los montos máximos a pagar 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 PACÍFICO SEGUROS.

- **TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL**

Todo tratamiento o procedimiento, ya sea de índole médica o quirúrgica, 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.

- **UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO)**

Unidad donde el ASEGURADO debe presentarse para una cita, llevando el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER y la documentación que sustente dicho DIAGNÓSTICO, con la finalidad de brindar las coberturas y beneficios oncológicas.

Esta Unidad brinda también el servicio de Consejería Oncológica a pacientes con CÁNCER y a sus familiares acerca de la ENFERMEDAD diagnosticada, los tratamientos disponibles y el uso del seguro.

Los teléfonos se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **URGENCIAS MÉDICAS**

Cualquier condición de salud que requiere de atención médica que **no** pone en riesgo la vida ni deja secuelas irreversibles en la persona.