

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE SALUD ECOH

INTRODUCCIÓN

PARTE A DEFINICIONES

PARTE B PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS, TIPO DE ATENCIÓN Y REDES

PARTE C COBERTURAS

PARTE D GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

PARTE E DISPOSICIONES GENERALES

PARTE F CONDICIONES LEGALES

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) inscrito(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:

Todos los términos resaltados en mayúsculas se encuentran definidos en la Parte A siguiente:

PARTE A. DEFINICIONES:

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.

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 beneficiario principal del seguro. Cuando el ASEGURADO TITULAR y el CONTRATANTE es la misma persona, es que toma el seguro y el obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza.

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.

CÁNCER

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.

CIRUGÍA PROGRAMADA

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

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 PARTO

Para los efectos de la cobertura derivada del parto, se considerarán como complicaciones del parto únicamente a las siguientes:

a) Vinculadas a la madre en GESTACIÓN A TÉRMINO:

- Problemas placentarios: ruptura prematura de membranas, retención de placenta, desprendimiento de placenta, corioamnionitis.
- Trabajo de PARTO prolongado.
- Sangrado perinatal.
- Desgarros del canal de PARTO.
- Complicaciones asociadas: inversión uterina, embolia de líquido amniótico o embolia aérea.

b) Vinculadas al recién nacido producto de GESTACIÓN A TÉRMINO:

- Distocia de presentación u otras lesiones físicas al momento de nacer.
- Prolapso o compresión del cordón umbilical.
- Postmadurez.
- Sufrimiento fetal agudo.

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. 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 seguro adquirido por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

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.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR

Servicio temporal de asistencia parcial o complementaria que incluye la implementación de una cama clínica mecánica, medicamentos, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro de pulso y oxígeno; siempre y cuando tenga la indicación del médico oncólogo tratante. **En caso sea médicamente necesario, podrá incluir servicio de enfermería técnica hasta por un máximo de 12 horas sólo en horario diurno.**

Se brinda a aquel PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL que, debido a su condición médica, sólo requiere tratamiento de sostén y que no requiere tratamiento oncológico (bajo cualquiera de sus modalidades, incluyendo el tratamiento paliativo relacionado directamente a la neoplasia).

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.

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.
- Los padres del ASEGURADO TITULAR.

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.

DONANTE CALIFICADO

Persona que cumple con los criterios normados para donar sangre, tejido u órganos y el designado para realizar la donación al ASEGURADO.

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 ACCIDENTAL ODONTOLÓGICA

Servicios odontológicos para tratar el dolor y/o hemorragia originada por un traumatismo dentoalveolar: concusión, subluxación, luxación intrusiva, luxación extrusiva, luxación lateral, avulsión, fractura coronal y/o radicular.

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 AGUDA

ENFERMEDAD de curso menor o igual a un mes.

ENFERMEDAD CRÓNICA

ENFERMEDAD de curso mayor a un mes.

GASTOS DE HOSPEDAJE

Gastos vinculados al alojamiento en una ciudad distinta a la del domicilio o residencia del ASEGURADO

HOSPITALIZACIÓN

Internamiento de una persona registrada como paciente en la RED DE PROVEEDORES MEDICOS 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.

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.

GESTACIÓN A TÉRMINO

PARTO que se produce en cualquier momento desde la semana 37 pero antes de la semana 42 de gestación.

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 una ENFERMEDAD

INTERÉS ASEGURABLE

Es el requisito que debe concurrir en el CONTRATANTE del Seguro con respecto al Asegurado, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

MEDICAMENTO 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.

PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL

Término médico que define la condición de salud de una persona diagnosticada con una ENFERMEDAD que no puede ser curada o tratada de manera adecuada y se espera como probable resultado el deceso del paciente dentro de un período corto de tiempo. Para la presente PÓLIZA, se refiere al ASEGURADO que presenta una ENFERMEDAD neoplásica avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a los tratamientos oncológicos y con pronóstico de vida inferior a tres (03) meses.

PARTO

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

PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Son las enfermedades indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico.

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.

PRÁCTICA PROFESIONAL DE ACTIVIDADES, COMPETENCIAS O DEPORTES PELIGROSOS

Cualquier actividad que conlleve un grado de riesgo para la salud e integridad física de la persona, ya sea por el lugar donde se practique o por el medio que se utiliza o porque en sí mismo conlleva una amenaza. Puede o no ser practicada por el ASEGURADO como parte de su quehacer diario o de manera habitual.

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.

PRÓTESIS

Pieza o dispositivo que reemplaza parcial o totalmente a un órgano, miembro o estructura del cuerpo y/o 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.

QUIMIOTERAPIA

Esquema de tratamiento de oncología clínica con fármacos antineoplásicos.

RADIOTERAPIA

Aplicación de radiaciones ionizantes emitidas por equipos como el acelerador lineal, diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores localizados.

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

Conjunto de centros de SALUD tales como clínicas y hospitales detallados en las CONDICIONES PARTICULARES donde podrá atenderse el ASEGURADO.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (SOLO PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS ONCOLÓGICAS)

Opinión de un cirujano en el extranjero, que PACÍFICO SEGUROS gestionará cuando así lo considere necesario, al existir una duda razonable con respecto a una decisión quirúrgica oncológica y en la que las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN no tengan una clara recomendación al respecto. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.

El beneficio solo se aplica para los casos de duda diagnóstica o terapéutica, previa aprobación de PACIFICO SEGUROS. No se aplica para casos de tratamientos clínicos de cáncer.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (SOLO PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS ONCOLÓGICAS)

Opinión de otro cirujano, que PACÍFICO SEGUROS gestionará cuando así lo considere necesario, al existir una duda razonable con respecto a una decisión quirúrgica oncológica y en la que las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN no tengan una clara recomendación al respecto.

El beneficio solo se aplica para los casos de duda diagnóstica o terapéutica, previa aprobación de PACIFICO SEGUROS. No se aplica para casos de tratamientos clínicos de cáncer.

SALUD

Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

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 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.

TERAPIA BIOLÓGICA

Tratamiento de última generación con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia.

TRASPLANTE

Procedimiento quirúrgico, **MÉDICAMENTE NECESARIO**, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo del ASEGURADO, uno o más de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de TRASPLANTE, provenientes de un DONANTE CALIFICADO humano.

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 ANATOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER y la documentación que sustente dicho DIAGNÓSTICO, con la finalidad de brindar las coberturas y beneficios oncológicos.

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.

PARTE B. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS

- Llamar a la Central de Emergencias y Asistencias de PACIFICO SEGUROS al número telefónico señalado en las CONDICIONES PARTICULARES para solicitar información pudiendo asimismo el ASEGURADO en caso de **EMERGENCIAS, HOSPITALIZACION, REHABILITACION FISICA, PARTO, TRANSPLANTE DE ORGANOS Y ONCOLOGIA**, acudir a cualquiera de los proveedores médicos de la red de PACIFICO SEGUROS para su atención, presentando su documento de identidad o carnet de ASEGURADO. El centro hospitalario solicitará la carta de garantía a PACIFICO SEGUROS, de ser el caso. PACÍFICO SEGUROS pagará directamente a la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS.

El ASEGURADO no deberá efectuar pagos a ningún proveedor médico con excepción del COPAGO establecido para la cobertura de MÉDICO A DOMICILIO.

EMERGENCIAS: El plazo máximo para dar notificación de la emergencia y contar con la cobertura, es dentro de las 24 horas de ocurrida la emergencia.

TIPO DE ATENCIÓN: Al crédito

PACÍFICO SEGUROS pagará directamente a la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS.

El ASEGURADO no deberá efectuar pagos a ningún proveedor médico con excepción del COPAGO establecido para la cobertura de Médico a Domicilio.

Este seguro no cubre atenciones por REEMBOLSO.

- Para las siguientes coberturas: **MÉDICOS EN LÍNEA, MÉDICOS A DOMICILIO y TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL:**
El ASEGURADO deberá llamar a la Central de Emergencia y Asistencia de PACIFICO SEGUROS al teléfono señalado en las CONDICIONES PARTICULARES. No requiere presentar documentación alguna, solo proporcionar su nombre completo.
- Para la cobertura de **GASTOS DE SEPELIO, CHEQUEO PREVENTIVO, LIBERACION DE PAGOS PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTE ASEGURADOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR y TARIFA PREFERENCIAL POR CONSULTA:**
El ASEGURADO deberá llamar a la Central de Información y Consultas de PACIFICO SEGUROS al teléfono señalado en las CONDICIONES PARTICULARES. No requiere presentar documentación, solo proporcionar su nombre completo.

PARTE C. COBERTURAS

PACÍFICO SEGUROS pagará los gastos médicos cubiertos en que incurra el ASEGURADO durante la vigencia de su PÓLIZA DE SEGURO a consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD, que requiera tratamiento médico o quirúrgico en el Perú, dentro de RED DE PROVEEDORES MÉDICOS, de acuerdo a lo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES y en estas CONDICIONES GENERALES; siempre y cuando no se trate de gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de cualquier causa excluida por la Póliza.

Este seguro únicamente cubre y podrá ser utilizado en la República del Perú, para cubrir situaciones médicas y/o accidentales originadas en el Perú.

1. EMERGENCIAS

Cubre lo siguiente:

- a) Ambulancia por EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO - QUIRÚRGICA. Tiene limitaciones geográficas.
- b) Atención por EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA
- c) Atención por EMERGENCIA MÉDICO - QUIRÚRGICA. Aplica periodo de carencia
- d) Atención por EMERGENCIA ACCIDENTAL ODONTOLÓGICA.

El médico encargado de la atención, es quien determina si la condición es de EMERGENCIA. Si se considera que no es una EMERGENCIA será tratada como una URGENCIA MÉDICA y por lo tanto los gastos serán íntegramente asumidos por el ASEGURADO.

2. HOSPITALIZACIÓN

Cubre los gastos médicos cubiertos por el internamiento del ASEGURADO en habitación individual o bipersonal.

- 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, siendo suficiente la solicitud y justificación del médico a cargo del tratamiento.
 - Yeso acrílico. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.
 - Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
 - Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) donante(s), incluyendo los exámenes de compatibilidad sanguínea y los exámenes de descarte de ENFERMEDADES infecciosas de transmisión por hemoderivados de las unidades utilizadas.
- Aplica periodo de carencia.

3. REHABILITACIÓN FÍSICA

Cubre la REHABILITACIÓN FÍSICA de los ASEGURADOS atendidos por HOSPITALIZACIÓN o por EMERGENCIA ACCIDENTAL (ambulatoria y/u hospitalaria).

4. PARTO

Cubre los gastos médicos cubiertos del recién nacido con GESTACIÓN A TÉRMINO de manera natural o por cesárea; así como las COMPLICACIONES DEL PARTO, en los términos definidos en esta Póliza.

No se cubren las complicaciones del neonato a término durante la estancia materna.

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 de la cobertura Hospitalaria.

Aplica periodo de espera.

5. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Cubre sólo los gastos de HOSPITALIZACIÓN por TRASPLANTE en la RED DE PROVEEDORES MEDICOS y únicamente de los órganos señalados en las CONDICIONES PARTICULARES, bajo las siguientes condiciones:

- a) Solo se cubre los gastos del DONANTE CALIFICADO. Los gastos cubiertos son los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para el TRASPLANTE de órganos humanos. **No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.**
- b) Sólo se cubre el acto quirúrgico del trasplante por única vez. No se cubre ningún tratamiento (inmunosupresión) ni exámenes auxiliares luego del alta del acto quirúrgico cubierto. PACÍFICO SEGUROS podrá requerir, a su costo, una segunda opinión de un especialista sobre la necesidad médica del TRASPLANTE.
- c) PACÍFICO SEGUROS autorizará el procedimiento y señalará el establecimiento médico de la RED DE PROVEEDORES MEDICS en el cual se va a realizar el TRASPLANTE.
- d) Se otorgará luego del período de espera señalado en las CONDICIONES PARTICULARES.

e) **Adicionalmente a las exclusiones establecidas en esta Póliza, esta cobertura tiene las siguientes:**

- 1. Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un TRASPLANTE que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por PACÍFICO SEGUROS.**
- 2. Los TRASPLANTES considerados como procedimientos experimentales.**
- 3. Cuando el órgano sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.**
- 4. Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes CALIFICADOS.**

Todas las condiciones indicadas deben de cumplirse en forma conjunta.

Los gastos de HOSPITALIZACIÓN se cubren desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la RED DE PROVEEDORES MEDICOS hasta de la fecha de alta del mismo.

Aplica periodo de espera.

6. ONCOLOGÍA

Cubre la ENFERMEDAD de CÁNCER diagnosticada y sustentada en un INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo. Los tratamientos orientados a combatir las enfermedades oncológicas cubiertas por la presente Póliza se brindarán exclusivamente en el centro médico establecido en las CONDICIONES PARTICULARES o en el establecimiento médico designado por éste y **comprenderán únicamente los siguientes tratamiento y procedimientos oncológicos: QUIMIOTERAPIA, radioterapia, CIRUGÍA ONCOLÓGICA y terapia biológica.**

Para la aprobación de la cobertura de cada caso oncológico específico a tratar, resulta indispensable que los tratamientos y procedimientos señalados prescritos cumplan, para el tipo de cáncer diagnosticado, simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:

- Hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico),
- Se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en la ***Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network*** (NCCN) de Estados Unidos de América.

Adicionalmente, los procedimientos oncológicos (Cirugía Oncológica y Radioterapia) deberán encontrarse dentro de los protocolos establecidos por la NCCN, según las categorías 1 o 2A.

El seguro otorga también los siguientes beneficios que aplican únicamente para el tratamiento de la ENFERMEDAD oncológica.

- Radiocirugía
- Alimentación para un solo acompañante
- CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR
- PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
- PRÓTESIS INTERNAS
- RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS – ver definición en la parte A)
- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS – ver definición en la Parte A)
- Nutrición parenteral
- Pet Scan
- UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO)

Aplica periodo de carencia.

7. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO

Cubre una vez al año, por ASEGURADO, chequeos médicos preventivos señalados en las CONDICIONES PARTICULARES, y bajo las condiciones ahí establecidas para su atención.

Si como consecuencia del chequeo médico preventivo, al ASEGURADO se le diagnosticara alguna de las enfermedades crónicas señaladas en las CONDICIONES PARTICULARES, tendrá la facultad de ingresar al Programa de Cuidado Continuo de la Salud bajo las condiciones establecidas para su atención que constan como parte de este beneficio dentro de las CONDICIONES PARTICULARES. El ASEGURADO recibirá atención médica y medicamentos bajo las condiciones establecidas del programa, detalladas en las CONDICIONES PARTICULARES.

Aplica periodo de espera.

8. MÉDICOS EN LÍNEA

Cubre el servicio de orientación médica mediante llamada telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año, al número telefónico señalado en las CONDICIONES PARTICULARES.

9. MÉDICOS A DOMICILIO

Cubre el servicio de atención médica realizada en el domicilio del ASEGURADO exclusivamente para ENFERMEDADES AGUDAS que incluye medicinas, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico de la especialidad detallada en las CONDICIONES PARTICULARES.

Esta cobertura tiene límites geográficos que se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES.

10. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

Cubre el traslado del ASEGURADO por condiciones médicas, si el ASEGURADO sufre una EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA y no exista la capacidad resolutoria en el lugar en que el ASEGURADO se encuentre dentro del territorio nacional. PACÍFICO SEGUROS pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea comercial de pasajeros dentro del Perú previa coordinación con el equipo médico de PACÍFICO SEGUROS y 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 de la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS.

También incluye la cobertura de 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 para el acompañante.

11. GASTOS DE SEPELIO

Cubre los gastos por concepto de servicio funerario de acuerdo al paquete descrito en las CONDICIONES PARTICULARES, siempre que la muerte sea causada por una EMERGENCIA ACCIDENTAL o MÉDICO-QUIRÚRGICA u HOSPITALIZACIÓN cubiertas por la PÓLIZA DE SEGURO.

12. LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

Cubre por el periodo de tiempo especificado en las CONDICIONES PARTICULARES el pago de la prima, a partir de la fecha del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, siempre que la muerte sea causada por una EMERGENCIA ACCIDENTAL o MÉDICO-QUIRÚRGICA u HOSPITALIZACIÓN cubiertas por la PÓLIZA DE SEGURO.

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

Cumplido el periodo, 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 que correspondan a su edad.

13. TARIFA PREFERENCIAL POR CONSULTA

Se otorga para atenciones ambulatorias y por atenciones de URGENCIAS MEDICAS dentro de la RED DE PROVEEDORES MEDICOS, según lo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES. Cualquier procedimiento médico y/o medicamento indicado por el médico tratante será pagado por el ASEGURADO.

PARTE D. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES:

Esta PÓLIZA DE SEGURO cubre los gastos MEDICAMENTE NECESARIOS para el tratamiento de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE bajo cobertura en el Perú, hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO.

Estando a lo anterior, esta póliza NO cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o que se originen como consecuencia de:

- a) **URGENCIAS MÉDICAS, salvo en la cobertura de tarifa preferencial por consulta médica.**
- b) **PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en las definiciones (Parte A), no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades y/o condiciones 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 en el periodo inmediato anterior a la presente Póliza, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770.**
- c) **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA.**
- d) **Cuidados particulares de enfermería.**
- e) **Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos colegiados, a los que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en el cual**

éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o las circunstancias le permiten llegar a dicha conclusión.

- 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, 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) CIRUGÍA AMBULATORIA, salvo aquellas coberturas oncológicas y de EMERGENCIAS ACCIDENTALES MEDICAMENTE NECESARIOS.
- i) Medicamentos, productos, tratamientos y otros precisados a continuación:
 1. Todo medicamento, equipo, dispositivo, IMPLANTE o insumo médico utilizado o de reciente implementación que no haya sido aprobado por la F.D.A. (Administración de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos de América) para el DIAGNÓSTICO correspondiente.
 2. Los que no se consideren medicamentos 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.
 3. Medicamentos aprobados por la F.D.A., pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados, excepto en casos de CÁNCER.
 4. Medicamentos que aun cuando hayan sido aprobados por la F.D.A. se encuentren señalados expresamente en este artículo como excluidos señalados en los numerales 3, 8, 9, 10 y 12.
 5. Tratamientos experimentales.
 6. Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2 A en la “Clinical Practical Guidelines in Oncology” (Guías de Prácticas Clínicas en Oncología) de la National Comprehensive Cancer Network NCCN) de los Estados Unidos de América, correspondiente al año en que se solicite la cobertura. Para mayor información acceder a www.nccn.org.
 7. Productos de higiene personal, productos cosméticos, productos dermatocosméticos y bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.
 8. Medicamentos para tratamiento de la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
 9. Psicofármacos: ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes y nootrópicos, anfetamínicos, derivados y afines cuando se indiquen para enfermedades de la esfera mental (psicológica o psiquiátrica), así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención (incluido autismo) y del aprendizaje. Curas de reposo o de sueño.
 10. 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.
 11. 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.

12. 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).
13. Inmunoestimulantes o terapia biológica preventiva. Vacunas, excepto: vacuna indicada por isoimmunización materno-fetal y vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica.
14. Plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.
15. PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
16. 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 sí se cubrirán.
17. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extrahospitalario 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: glucómetro, termómetro, tensiómetro y muletas.
18. Estudios o procedimientos **DIAGNÓSTICOS** o terapéuticos, tratamientos (médicos o quirúrgicos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:
 - Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario.
 - Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diástasis de los músculos rectos abdominales.
 - Ginecomastia y Gigantomastia.
 - Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA** 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**.
 - Vasectomía y Bloqueo Tubario.
 - 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.
 - Enfermedades, **PREMATURIDAD** y patologías congénitas del recién nacido.
 - Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.

- Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de PRÓTESIS.
- Tratamiento de alopecia.
- Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.
- 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.
- 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 el examen de alcoholemia u otro que corresponda arroja 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.
- Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
- 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".
- 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.
- ACCIDENTES de trabajo o enfermedades ocupacionales.
- Lesiones sufridas como consecuencia de la PRÁCTICA PROFESIONAL DE ACTIVIDADES, COMPETENCIAS O DEPORTES PELIGROSOS. Ejemplos: 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.
- 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.

- 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.
 - 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.
 - Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.
 - Gastos incurridos por el aborto ilegal y sus complicaciones.
 - Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a DIAGNÓSTICOS o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.
 - Procedimientos de criopreservación o criogenéticos. Tratamientos electivos o que no se consideren médicamente necesarios.
 - Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas).
 - Dispositivos para columna: separadores interespinosos e intervertebrales (coflex, diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o neurolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.
 - Enfermedades epidémicas que se encuentren bajo el control del Ministerio de Salud o de cualquier otra entidad gubernamental.
 - VISCOSUPLEMENTACIÓN para patologías articulares excepto en osteoartrosis de rodilla leve a moderada (escala Kelgren I y II). No se cubre en condromalacia patelar.
19. No está cubierto como tratamiento de una EMERGENCIA ACCIDENTAL ODONTOLÓGICA lo siguiente: i) Extracción dental por motivos ortodónticos y/o ortopédicos; ii) Ferulización con alambre y resina cuando el DIAGNÓSTICO incluya fractura radicular; iii) Reducción de fractura de maxilares. No se cubren los gastos de sala de operaciones ni materiales para la osteosíntesis (miniplacas, tornillos, ni malla de titanio); iv) Reposición de IMPLANTES dentales perdidos por causa de un ACCIDENTE; y v) Exámenes auxiliares, tomografías, ni radiografía panorámica.
20. La cobertura de TRANSPLANRES DE ORGANOS tiene las siguientes exclusiones:
- Condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un TRASPLANTE que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por PACÍFICO SEGUROS.
 - Los TRASPLANTES considerados como procedimientos experimentales.
 - Cuando el órgano sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
 - Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes CALIFICADOS.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido en la Póliza hubiese sido cubierto por error, PACIFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas

advierta el error cometido, siempre y cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

PARTE E. DISPOSICIONES GENERALES:

1. 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, siendo requisito que gocen de buena salud al momento de su inclusión en la Póliza, es decir que no se encuentre padeciendo de una enfermedad o dolencia preexistente, salvo que haya sido materia de cobertura por un contrato de seguro anterior a este seguro, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770; y/o que se cumpla con los requisitos de asegurabilidad previstos por PACÍFICO SEGUROS.

La edad límite de ingreso al seguro del ASEGURADO TITULAR y/o sus DEPENDIENTES registrados como tales en la Póliza, se establecerán en las CONDICIONES PARTICULARES.

2. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

Los gastos cubiertos incurridos durante la vigencia anual de la Póliza y pagados por PACÍFICO SEGUROS, no podrán exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en las CONDICIONES PARTICULARES.

El BENEFICIO MÁXIMO ANUAL contratado aplica independientemente para cada ASEGURADO. En caso de consumir totalmente el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia del seguro, siempre que haya continuidad en el seguro.

3. PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA

a) Periodo 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) Periodo 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.

Se encuentra sujeto a periodo de espera lo siguiente:

1. PARTO.
2. TRASPLANTES.
3. Enfermedades del útero y/o anexos.
4. Quistes y prolapsos gónico urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
5. Enfermedades de la mama (con excepción del CÁNCER de mama, luego de terminado el periodo de carencia).
6. Hernias de cualquier clase.
7. Enfermedades de columna vertebral: hernia de núcleo pulposo, escoliosis, Espondilolistesis.
8. Hemorroides.
9. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar.
10. Cirrosis hepática.
11. Litiasis del sistema ur
12. ma de próstata.
13. Catarata, glaucoma.
14. Enfermedades tiroideas.
15. ENFERMEDADES tumorales o vasculares del sistema nervioso central (con excepción del accidente cerebro vascular).
16. ENFERMEDAD cardiovascular (con excepción del infarto agudo del miocardio y angina inestable).
17. Hipertensión arterial.
18. Asma.
19. Diabetes Mellitus.
20. Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
21. Hiperhidrosis.
22. Procedimiento de Artroscopía.
23. Procedimiento de Litotricia.
24. Polisomnografía.

No aplicaran los referidos periodos cuando se traten de preexistencias del ASEGURADO cubiertas por otro seguro médico, en los términos señalados en la Ley 28770.

En caso de renovación de la Póliza, 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, ya sea con PACIFICO SEGUROS o con la otra compañía de seguros donde haya estado cubierto el ASEGURADO con un seguro de asistencia médica similar durante el periodo inmediato anterior al presente contrato.

PARTE F. CONDICIONES LEGALES

1. 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.

Son 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 prevalecen sobre las CONDICIONES PARTICULARES y éstas prevalecen sobre las CONDICIONES GENERALES.

2. 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 o ACCIDENTE 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 CONTRATANTE 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. En caso de siniestro el ASEGURADO y el beneficiario son solidariamente responsables respecto del pago de la prima pendiente

3. 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. 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 o a la ocurrencia del siniestro, si se produce antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima.

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

4. DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta realizada por PACIFICO SEGUROS, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando PACÍFICO SEGUROS advierte al CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE.

5. 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 el caso que la normatividad legal permita la comercialización de este producto mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE 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 podrán tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el numeral 19 de la parte F) de las presentes CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACIFICO 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 <http://www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1> de PACIFICO SEGUROS y también de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por PACÍFICO SEGUROS. Asimismo el ASEGURADO ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

6. RESIDENCIA

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

Para los efectos de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá que los ASEGURADOS son residentes si están en el Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza.

7. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

PACIFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en estas CONDICIONES GENERALES y 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.

8. 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. Lo establecido aplica aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. La nueva póliza podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.*
- 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) *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.*

9. VIGENCIA DE LA POLIZA, RENOVACION, 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 nuevos términos y condiciones que podría proponer PACÍFICO SEGUROS, que pueden incluir el aumento de primas y/o COASEGUROS y/o COPAGOS, de ser el caso, salvo que se haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; en cuyo caso el ASEGURADO tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia. Queda establecido que la prima, aún después de los mencionados cinco años podrá variarse. Los criterios y procedimientos de actualización de la prima se encuentran señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

En caso de modificación de la póliza al vencimiento de la vigencia, ya sea con renovación automática o sin ella, se comunicará por escrito al CONTRATANTE los nuevos términos y condiciones de la Póliza, con una anticipación de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza, detallando las modificaciones en caracteres destacados. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento del contrato para rechazar la propuesta. En caso de rechazo, se considerará que no hay aceptación de la propuesta y por lo tanto, que no hay Contrato de Seguro al vencimiento del plazo original.

Se considera que existe aceptación tácita a la propuesta si, vencido el plazo anteriormente señalado, el CONTRATANTE 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 CONTRATANTE reciba su primer estado de cuenta, donde figure el primer cargo efectuado con el nuevo monto, éste no manifieste estar en desacuerdo con dicho cargo realizado por la COMPAÑÍA.

Si la modificación del contrato se quiere realizar durante la vigencia del contrato es de aplicación lo señalado en el artículo siguiente sobre MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

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.

10. MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito, por cualquiera de las formas convenidas con el CONTRATANTE, sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.**

- b) El CONTRATANTE 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 CONTRATANTE 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 CONTRATANTE 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.**

11. 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.

12. 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, de manera cierta, al CONTRATANTE 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 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 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 por escrito al CONTRATANTE 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, es decir la prima por el periodo efectivamente cubierto.

13. 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 debidamente sustentados. 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.

14. AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

El CONTRATANTE o 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 el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS tendrá la facultad de comunicar al CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE 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. Si no se le comunica oportunamente PACIFICO SEGUROS tiene derecho a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura.

Si el CONTRATANTE o, en su caso el ASEGURADO, omiten denunciar la agravación, PACÍFICO SEGUROS queda liberado de su prestación si el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

1. EL CONTRATANTE o, en su caso el ASEGURADO incurren 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 PACIFICO SEGUROS.
3. Si PACÍFICO SEGUROS no ejerce su derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo de quince (15) días de comunicada que le fuere la agravación.
4. PACIFICO 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 CONTRATANTE de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

15. 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 o BENEFICIO MÁXIMO ANUAL señalado 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 la Parte B) de estas CONDICIONES GENERALES.*
- c) *Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto mediante comercializadores, la solicitud de cobertura presentada ante él, 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.*

16. 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, sea 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, –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.

17. 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 CONTRATANTE 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 escrita informándosele sobre esta decisión, la misma que podrá ser enviada por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, precisándose que el CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para desvincularse de éstos.

En el caso que el CONTRATANTE solicite la resolución 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 resolución de la Póliza.

Efecto sobre la prima

El CONTRATANTE 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 CONTRATANTE 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 CONTRATANTE reciba la comunicación escrita 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 quince (15) días en que ésta fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE o el ASEGURADO, según lo establecido en el artículo precedente sobre AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR, de estas CONDICIONES GENERALES.

- c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta
En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO pierde el derecho a ser indemnizado.
- d. Por la falta de aceptación del CONTRATANTE al ajuste de primas y/o de coberturas propuesto por PACÍFICO SEGUROS en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) y d) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Solicitud de Seguro o CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE 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.

18. TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO

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) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- c) 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.
- d) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- e) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza.

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

19. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

Se considerará que existió DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa respondida 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 incluirá una lista de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en CULPA INEXCUSABLE o DOLO.

Si el CONTRATANTE o 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 CONTRATANTE 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 CONTRATANTE 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 CONTRATANTE respecto de la revisión de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, 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.

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.

OTROS SEGUROS

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.

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.

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

PACIFICO 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, salvo en aquellos casos en los que la norma establezca mecanismos específicos de comunicación.

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto mediante 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, salvo en los supuestos expresamente contemplados en estas CONDICIONES GENERALES que establecen la obligación de PACIFICO SEGUROS de informar por escrito.

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

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.

Asimismo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también podrá acudir a entidades como la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones - SBS, o al INDECOPI a presentar sus consultas, denuncias o reclamos, según corresponda, además de lo señalado en el artículo siguiente sobre la DEFENSORIA DEL ASEGURADO.

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.defaseg.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.

TRIBUTOS

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

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 el Resumen 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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto mediante comercializadores, incluyendo la banca seguros, el CONTRATANTE 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 o de la nota de cobertura provisional, debiendo PACÍFICO SEGUROS devolver el monto de la prima recibida.

El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o utilizando el mismo medio de comunicación por el que contrató, 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.

BASE LEGAL

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguro 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 N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.