

SEGURO COLECTIVO (SEGURO MEDICO)

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

1. Personas aseguradas
2. Gastos cubiertos
3. Coberturas
4. Beneficio Máximo Anual por Persona
5. Copago y coaseguro
6. Liquidación de Gastos y pago de beneficios
7. Gastos no cubiertos y exclusiones

CONDICIONES OPERATIVAS

8. Procedimiento para solicitar la cobertura
9. Relación de proveedores médicos afiliados a la compañía.

CONDICIONES LEGALES

10. Contrato de seguro
11. Objeto del seguro
12. Bases del contrato
13. Diferencias entre la propuesta y la póliza
14. Declaraciones
15. Residencia
16. Coberturas y exclusiones
17. Procedimiento para el tratamiento de las preexistencias
18. Vigencia de la póliza, inicio de la cobertura, ajustes y modificaciones del contrato
19. Modificaciones de condiciones contractuales durante la vigencia del contrato del seguro
20. Determinación de la prima y ajuste
21. Incumplimiento del pago de la prima – efectos
22. Rehabilitación
23. Agravación del riesgo – Deber de informar
24. Reglas aplicables al Procedimiento para la solicitud de cobertura de los Siniestros
25. Nulidad del contrato de seguro
26. Resolución del contrato y del certificado del seguro
27. Terminación del contrato
28. Reticencia y/o declaración inexacta
29. Revisión de los siniestros
30. Solicitud de cobertura fraudulenta
31. Subrogación y otros seguros
32. Información médica e historia clínica
33. Comunicaciones y domicilio de las partes
34. Prescripción liberatoria
35. Mecanismo de solución de controversias
36. Defensoría del asegurado
37. Tributos
38. Reclamos por insatisfacción de los asegurados

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

39. Base legal

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE, cuya veracidad constituye causa determinante para la celebración del presente contrato de seguro, y, asimismo, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos que se adjunten; Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada la COMPAÑIA, conviene en asegurar a los trabajadores del CONTRATANTE, en adelante cada uno de ellos, el ASEGURADO TITULAR contra los riesgos señalados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo N° 1

PERSONAS ASEGURADAS

El seguro cubre al ASEGURADO TITULAR, entendiéndose como tal a cualquier empleado u obrero, regular y permanente a tiempo completo, que trabaje para "EL CONTRATANTE" y que no haya cumplido los 66 (sesenta y seis) años de edad. Esta limitación de edad no aplica para los casos de renovación de póliza, de conformidad con lo establecido por la Ley N° 29878.

El seguro cubre también al DEPENDIENTE del ASEGURADO TITULAR, entendiéndose como tal a su cónyuge o conviviente y a los hijos solteros reconocidos o legalmente adoptados, desde el día siguiente a su salida de la clínica después del nacimiento y hasta la edad señalada en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro.

Artículo N°2

GASTOS CUBIERTOS

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

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

a) GASTOS CUBIERTOS CON HOSPITALIZACIÓN

- Habitación simple.
- Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de radiología.
- Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- Electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio especializado requerido.
- Enyesados y tratamiento de fisioterapia.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia, según los costos normales y acostumbrados.
- Otros servicios que tengan relación con el tratamiento médico.

b) GASTOS CUBIERTOS SIN HOSPITALIZACIÓN (AMBULATORIO)

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

- Medicinas, análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes especiales que su médico considere necesario.

El ASEGURADO podrá hacer uso del servicio de atención directa con garantía tanto para los casos de hospitalización así como para los tratamientos ambulatorios, exclusivamente en las clínicas afiliadas para estos servicios que se indican en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

Artículo N° 3

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, y aquella enfermedad por la que el ASEGURADO y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de enfermedades o asistencia médica diferente; de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 28870.

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.

Artículo 4°

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

a. **EMERGENCIAS**

En caso de EMERGENCIA el ASEGURADO puede optar por lo siguiente:

- 1) Solicitar el servicio de ambulancia a PACIFICO SEGUROS, según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, ó
- 2) Acudir directamente a cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACIFICO SEGUROS.

La EMERGENCIA puede ser ACCIDENTAL o MEDICO QUIRURGICA y para que sea considerada emergencia debe ser atendida dentro del plazo máximo de 24 horas de ocurrida. En caso de atención ambulatoria, los gastos serán cubiertos sin aplicación de COPAGO ni COASEGURO, y hasta la rehabilitación del ASEGURADO, por un período máximo de 60 días calendarios o hasta el plazo que se señale en la TABLA DE BENEFICIOS. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, los mismos que serán afectos al COPAGO y COASEGURO correspondiente, señalados en la TABLA DE BENEFICIOS.

En caso de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA que requiera HOSPITALIZACIÓN o CIRUGÍA AMBULATORIA 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 y hasta la estabilización del ASEGURADO. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, y por consiguiente, estarán afectos al COPAGO y COASEGURO correspondiente, señalados en dicha tabla.

Bajo esta cobertura de EMERGENCIAS el ASEGURADO tiene acceso a:

Ambulancia por emergencia accidental o emergencia médico-quirúrgica.

Servicio de unidades móviles 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. Tiene limitaciones geográficas.

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 Atención Programada de un Médico 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

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

- 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.

b. ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO solicitando una cita programada para atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el COPAGO establecido por CONSULTA.

Esta cobertura está condicionada a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO, cuyo tiempo de atención se informará en el momento de la solicitud de cobertura, siempre que se encuentre dentro del ámbito geográfico señalado en las CONDICIONES PARTICULARES. Es decir la cobertura tiene limitaciones geográficas.

c. PROGRAMA DE MATERNIDAD

Se cubren los gastos del ASEGURADO TITULAR así como del cónyuge o conviviente inscritos como DEPENDIENTES 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.

Se precisa el párrafo anterior, para señalar que, para que las hijas inscritas como DEPENDIENTES en la Póliza, puedan acceder a esta cobertura, éstas deberán haber superado el periodo de espera señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, y además deberán ingresar como aseguradas titulares en una nueva póliza, debiendo comunicar por escrito a PACIFICO SEGUROS, una vez enterada del embarazo.

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.

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, hematócrito, glucosa) hasta los límites especificados en la TABLA DE BENEFICIOS. A

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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

De acuerdo a las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza, en resumen, los beneficios que esta cobertura otorga son:

- Parto
- Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio
- Control y Perfil prenatal
- Programa madre-niño
- Screening neonatal
- Control Postnatal
- Control de niño sano
- Vacunas del programa ampliado de inmunización del Ministerio de Salud
- Crio preservación del cordón umbilical

d. 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) autorizado por la FDA (ver definición en el Glosario de Términos) y se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso (categorías 1 o 2A) de la National Comprehensive CANCER Network (NCCN) de Estados Unidos de América.
2. Que los procedimientos oncológicos (CIRUGÍA ONCOLÓGICA, radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren dentro de los protocolos establecidos por la National Comprehensive CANCER Network (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, 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, aun 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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

e. **ODONTOLOGÍA**

Esta cobertura comprende la CONSULTA diagnóstica, radiografías, extracción simple, restauración directa (curación) y endodoncias, en los proveedores médicos y bajo las CONDICIONES PARTICULARES especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

f. **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.

g. **ENFERMEDADES CONGÉNITAS**

1. **Diagnosticadas 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.

2. **No diagnosticadas**

Están cubiertas bajo esta Póliza, las ENFERMEDADES CONGÉNITAS así como aquellas de tipo genético hereditario, no diagnosticadas antes de ingresar a la Póliza. 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.

h. **OSTEOPOROSIS**

Se cubre los gastos de medicinas que requiera el ASEGURADO, al crédito, con el diagnóstico de densitometría ósea de cadera y columna, según las condiciones señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS.

i. **VACUNA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANA**

Se cubre de acuerdo a las condiciones señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS la vacuna para prevenir el virus del Papiloma Humano.

j. **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS Y STENT**

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

k. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (para CIRUGÍA PROGRAMADA)

Se brinda la oportunidad de reevaluar la necesidad de una cirugía propuesta por el médico del ASEGURADO. Para ello, PACÍFICO SEGUROS presentará una terna de médicos especialistas para que el ASEGURADO elija a uno de ellos.

Sólo se cubre la CONSULTA. **No se cubren los exámenes auxiliares ni tratamientos adicionales que el médico evaluador pudiera sugerir; tampoco el viaje del paciente ni de sus familiares.**

I. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

Debido a que algunos casos presentan dificultad diagnóstica o terapéutica (previa validación de Auditoría Médica de PACÍFICO SEGUROS), ya sean médicos o quirúrgicos, se brinda la oportunidad de obtener la opinión y sugerencias de médicos especialistas en el tema que laboran en el extranjero los cuales forman parte de un grupo consultor sugerido por el OPERADOR INTERNACIONAL de PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO no puede realizar el proceso indicado precedentemente en forma directa. Este beneficio no está sujeto a REEMBOLSO.

Adicionalmente, se cubrirá al 100% los exámenes auxiliares sugeridos por esta segunda opinión, siempre que estén disponibles en el Perú.

Este beneficio no incluye el viaje ni la evaluación del ASEGURADO, sólo envía el expediente médico.

m. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

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 llamando al teléfono que se señala en la TABLA DE BENEFICIOS, 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

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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.**

n. SEPelio EN EL PERÚ

Cubre los gastos ocasionados por concepto de sepultura y servicio funerario 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.

o. PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN – CHEQUEOS MEDICOS PREVENTIVOS

Se cubren chequeos médicos preventivos de acuerdo a lo señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

p. CENTROSALUD - SANNA

Servicio de atención médica ambulatoria programada en consultorios de PACÍFICO SEGUROS en el proveedor médico señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, 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, al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

q. PROGRAMA SIEMPRE SANO

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, llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Artículo N° 4

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

La suma de todos los gastos pagados por LA COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo Anual.

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

Al término de cada año de vigencia del seguro, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual, pero sólo por las enfermedades o accidentes que sean materia de cobertura.

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

Artículo N° 5

COPAGO Y COASEGURO

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

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

Un mismo gasto puede estar afecto a copago y a coaseguro.

Artículo N° 6

PAGO DE BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica de la red de proveedores afiliados a la COMPAÑÍA que haya prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente. En los casos que se haya acordado el seguro con atención por reembolso, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos que haya decidido pagar directamente, utilizando el Tarifario Pacífico.

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

Los reembolsos por atención hospitalaria o ambulatoria en clínicas y/o médicos que no pertenecen a la red de proveedores de la COMPAÑÍA, que el ASEGURADO haya pagado directamente, serán efectuados con base al "Tarifario Pacífico", que "EL ASEGURADO" tiene a su disposición llamando a la Central de Información y Consultas y/o accediendo a la web de la COMPAÑÍA: www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Artículo N° 7

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con lo siguiente:

- a) Preexistencias: entendidas como aquéllas así definidas en el artículo 30° de la Póliza, salvo las enfermedades que se hayan generado o por las que el asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro de enfermedades o asistencia médica que cubrió el periodo inmediatamente anterior a la presente póliza, de conformidad con lo previsto por la ley N° 28770.
- b) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas de enfermedades congénitas del recién nacido y de enfermedades congénitas no conocidas y no diagnosticadas, los cuales se cubrirán dentro de los límites señalados en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) Cirugía Plástica (estética) y/o situaciones pre-existentes para embellecimiento, así como tratamientos u operaciones por obesidad y procedimientos diagnósticos o terapéuticos relacionados a ginecomastia.
- d) Toda intervención quirúrgica y/o procedimiento de cirugía plástica, ya sea de carácter estético, reconstructivo o reparador.
- e) Estudios diagnósticos y tratamiento de fertilización o inseminación artificial, o implantación de embriones.
- f) Complicaciones derivadas del uso de métodos anticonceptivos.
- g) Cambio de sexo.
- h) Alopecia androgénica y otras pérdidas de cabello.
- i) Enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas de reposo. Suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo o autoinfligidas.
- j) Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol y/o drogas ilícitas, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
- k) Accidentes sufridos como consecuencia directa de un estado de embriaguez, drogadicción, consumo de estupefacientes o drogas ilícitas, como conductor de un automóvil. Se considera que existe ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor de 0.50 gr/lit al momento del accidente. Las partes convienen en establecer para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica del conductor al momento del accidente, que el grado de metabolización de alcohol en la sangre es de 0.15 gr/lit por hora transcurrida desde el momento del accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida de la conciencia.
- l) Gastos por concepto de compra de sangre o plasma y hemoderivados.
- m) Gastos por concepto de compra de órganos.
- n) Tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi.
- o) Cuidado podiátrico, incluyendo cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo, así como zapatos ortopédicos.
- p) Medicina Alternativa y/o Complementaria.
- q) Implante coclear, ortesis, aparatos auditivos, equipos mecánicos o electrónicos, sillas de ruedas, muletas y camas clínicas.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

- r) Cuidados particulares de enfermería.
- s) Psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos entre otros), vitaminas y suplementos o componentes nutricionales, vacunas fuera del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud y medicamentos de efecto preventivo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicósomático).
- t) Tratamientos de climaterio, menopausia y sus consecuencias.
- u) Tratamientos experimentales, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- v) Medicamentos experimentales y/o medicamentos utilizados con fines placebo y/o de eficacia terapéutica no comprobada o de beneficio no demostrado.
- w) Estudios diagnósticos y tratamiento para disfunción eréctil.
- x) Gastos por tratamientos de carácter odontológico: periodontitis, ortodoncia, gingivitis, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, prótesis y todo lo relacionado con ellos.
- y) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula incluyendo el síndrome temporomandibular, craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.
- z) Accidentes de trabajo, actividades o enfermedades ocupacionales, accidentes de pilotos o miembros de tripulación de aeronaves en el ejercicio de su profesión.
- aa) Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional , y no profesional cuando haya sido practicada o desarrollada en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- bb) Todos los servicios y/o gastos por tratamientos en el extranjero, sean por enfermedad o accidente.
- cc) Guerra internacional o civil, insurrección, rebelión, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar de cualquier clase, actos delictivos o criminales.
- dd) Fenómenos de la naturaleza y contaminación nuclear.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo N° 8

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

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 precisándose que no existe plazo para el aviso del siniestro:

a) ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE PACIFICO 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 inscritos 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) ATENCION EN CENTROSALUD

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

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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.

Bajo este sistema el ASEGURADO pagará solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza, salvo cuando se trate de atención médica por situaciones de emergencia en los que no se cobrará COPAGO ni COASEGURO alguno.

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 y hasta los límites máximos ahí señalados.

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, en la página web de PACÍFICO SEGUROS:

www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS al número señalado en las CONDICIONES PARTICULARES.

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 del médico tratante.
- Original de la receta prescrita por el médico tratante.
- Original de la factura de farmacia a nombre de PACIFICO SEGUROS.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

- 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, lo que realizará dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene para consentir el siniestro, es decir aprobarlo o rechazarlo.

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de PACIFICO Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC N°20332970411. 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 calendario de consentido el siniestro.

El REEMBOLSO referido no se realizará por la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, sino por el porcentaje señalado en la TABLA DE BENEFICIOS y sobre la base de los montos máximos señalados en el TARIFARIO PACIFICO.

Artículo N° 9

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.

La modificación de proveedores médicos durante la vigencia del contrato de seguro será comunicada, conforme a lo establecido en el Artículo sobre MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, de estas CONDICIONES GENERALES.

Como excepción, si por un caso fortuito o de fuerza mayor, un PROVEEDOR MEDICO AFILIADO dejara de pertenecer a dicha red, PACÍFICO SEGUROS comunicará tal situación al contratante, por escrito, mediante los medios de comunicación acordados en la Solicitud de Seguro, dentro de un plazo máximo de siete (7) días calendarios de ocurrido.

Si el cambio de proveedores se realiza a la renovación de la póliza, PACIFICO SEGUROS deberá hacer la comunicación escrita con una anticipación no menor de 45 días previos al vencimiento del contrato, de ser el caso, detallando los cambios en caracteres destacados.

En caso que se diera el cambio de proveedores, y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en el mismo centro

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

médico bajo las mismas condiciones que tenía hasta el alta del ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, no hospitalario, PACÍFICO SEGUROS orientará al ASEGURADO sobre otras alternativas de atención (en caso de que el ASEGURADO lo solicite).

CONDICIONES LEGALES

Artículo N° 10°

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 y los Endosos prevalecen sobre las CONDICIONES PARTICULARES y éstas prevalecen sobre las CONDICIONES GENERALES.

Artículo 11°

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 y 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 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 12°

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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 13º

DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta realizada por PACÍFICO 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 ASEGURADO.

Artículo 14º

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. Si la legislación permite la comercialización de este producto 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 podrán tener efecto sobre la validez del contrato. 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 CONTRATANTE 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, accediendo a la dirección electrónica: www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1 de PACÍFICO SEGUROS y asimismo en la web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde también se encuentran publicados los productos comercializados por PACÍFICO SEGUROS. Asimismo el CONTRATANTE ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Artículo 15º
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.

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.

Artículo 16º
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, en las CONDICIONES PARTICULARES, Condiciones Especiales, Clausulas Adicionales o Endosos, de ser el caso.

Artículo 17º
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.

Artículo 18º
VIGENCIA DE LA POLIZA, INICIO 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 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

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; en cuyo caso el CONTRATANTE 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, a través de los mecanismos de comunicación pactados, señalados en la Póliza. 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.

Artículo 19º

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro, usando los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES.
- 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 por escrito 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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

- e) PACIFICO SEGUROS entregará al CONTRATANTE la documentación suficiente y éste deberá poner en conocimiento de los asegurados, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato de seguro.

Artículo 20º

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 21º

INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro, ya sea del contrato de seguro o del certificado de 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 o al ASEGURADO, a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión del contrato de seguro o del certificado de seguro, respectivamente, como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. En dicha comunicación se indicará el plazo que dispone el CONTRATANTE o ASEGURADO para pagar la prima antes de la suspensión automática del contrato de seguro o del certificado de seguro.

La suspensión del contrato de seguro o del certificado de seguro no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE 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 el contrato de seguro o el certificado de seguro cuya prima se encuentre impaga. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE o al ASEGURADO, según corresponda, con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver el contrato de seguro o el certificado de seguro por falta de pago de la prima.

En los casos en los que el CONTRATANTE sea el obligado al pago de la prima, procederá la suspensión y/o resolución del contrato de seguro directamente contra este, siguiendo el procedimiento de suspensión y resolución descritas líneas arriba.

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

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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 22º **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.

Artículo 23º **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 comunicará por los medios de comunicación pactados al CONTRATANTE y al ASEGURADO dentro de los quince (15) días desde comunicada la agravación del riesgo, su decisión de: (i) resolver el Contrato de Seguro o su Certificado de Seguro, respectivamente, o (ii) proponerle el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato de Seguro o su Certificado de Seguro de no mediar aceptación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de PACÍFICO SEGUROS. En caso opte por resolver el Contrato o el Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente sobre la agravación del riesgo, PACIFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso, es decir por el periodo efectivamente cubierto.

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 y/o ASEGURADO, según corresponda, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

Artículo 24º

REGLAS APLICABLES AL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA 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 bajo la forma de REEMBOLSO, 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 25º

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, desde el momento de su celebración, por cualquier causal existente a ese momento.

La Póliza o el certificado de seguro serán nulos por las siguientes causales:

- a) Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o certificado de seguro al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

- b) Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato o certificado de seguro 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 CONTRATANTE o del ASEGURADO de circunstancia(s) por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de reticencia y/o declaración inexacta de un ASEGURADO será nulo sólo su certificado de seguro, manteniéndose vigente el contrato de seguro. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACIFICO SEGUROS, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza o del Certificado de Seguro por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada mediante abono en la cuenta bancaria del CONTRATANTE o ASEGURADO señalada en la solicitud o mediante pago directo. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta del CONTRATANTE o ASEGURADO, las primas pagadas quedan adquiridas por PACÍFICO SEGUROS, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Artículo 26° RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

La resolución 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. El ASEGURADO podrá solicitar también su desvinculación del contrato de seguro, siguiendo el mismo procedimiento señalado a continuación.

El contrato o el certificado de seguro se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que se reciba la comunicación escrita informándose sobre esta decisión, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza.

En el caso que quien solicite la resolución sea el CONTRATANTE, él será el encargado de comunicar su decisión directamente y por escrito a los ASEGURADOS, debiendo dar constancia por escrito de ello a PACIFICO SEGUROS.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Efectos sobre la prima

El CONTRATANTE o el ASEGURADO tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el periodo no cubierto, lo que se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria que el CONTRATANTE o ASEGURADO indique en la Solicitud de Seguro o mediante pago directo. La devolución de las primas pagadas no se encontrará sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución anticipada del contrato.

b) Por incumplimiento de obligaciones

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

i. 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 o el Certificado de Seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro, en caso sea el CONTRATANTE el obligado al pago de la prima, o el Certificado de Seguro, en caso sea el ASEGURADO el obligado al pago de la prima, se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO, según corresponda, reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.

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

ii. 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, según lo establecido en el artículo precedente sobre AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR, de estas CONDICIONES GENERALES.

Este supuesto y lo regulado aplica también para el ASEGURADO, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.

iii. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

Este supuesto y lo regulado en el artículo sobre SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO de las presentes Condiciones Generales aplica también para el ASEGURADO, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.

iv. 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.

Este supuesto y lo regulado sobre el mismo en la Póliza, aplica también para el ASEGURADO, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.

En cualquiera de los supuestos señalados en los numerales i, ii, iii y iv, precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE o al ASEGURADO según corresponda, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. El Contrato de Seguro y/o el Certificado de Seguro se considerarán resuelto en el plazo de treinta

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

(30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE o el ASEGURADO, reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión. En el caso de resolución de un Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS comunicará al CONTRATANTE sobre su resolución, sin perjuicio de la comunicación realizada al ASEGURADO.

Efectos sobre la prima

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata si se producen los supuestos señalados en los literales precedentes, según corresponda, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En el caso que corresponda devolución de prima por el periodo no cubierto el CONTRATANTE o ASEGURADO tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada, 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. El mismo derecho y procedimiento para la devolución de la prima tendrá el ASEGURADO, en el caso que se le haya trasladado la responsabilidad del pago de la prima.

Artículo 27º

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA Y/O DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Adicionalmente a las causales de nulidad y resolución del contrato antes señaladas, la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, 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 de la póliza o el certificado de seguro, según corresponda, 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 cuyo caso terminará la cobertura respecto de él; manteniéndose el contrato de seguro para los demás asegurados.

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

Artículo 28º

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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

- i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACIFICO SEGUROS presentará al CONTRATANTE o ASEGURADO una propuesta de revisión de la Póliza o Certificado de Seguro 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 o 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 CONTRATANTE o ASEGURADO respecto de la revisión de la Póliza o Certificado de Seguro respectivamente, PACIFICO SEGUROS podrá resolver el contrato de seguro o certificado de seguro, mediante una comunicación escrita dirigida al CONTRATANTE y/o ASEGURADO según corresponda, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. PACIFICO SEGUROS informará también al CONTRATANTE sobre la propuesta de revisión de la póliza o sobre la resolución del certificado de seguro de ser el caso, en el mismo plazo y forma en que efectúe la comunicación al ASEGURADO.
Corresponden a PACIFICO 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, PACIFICO SEGUROS reducirá la indemnización 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 indemnización 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 29º

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar al 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 cuando la atención sea por reembolso. Este derecho, así como el de requerir al ASEGURADO aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación que ha presentado debe ser solicitado por PACIFICO SEGUROS dentro del plazo de los primeros 20 días de los 30 días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso que hayan sido solicitados durante el plazo arriba indicado 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 30º

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 el caso de un supuesto de fraude cometido por el DEPENDIENTE del ASEGURADO TITULAR, PACIFICO SEGUROS excluirá únicamente a éste del contrato de seguros, quedando vigente el contrato de seguro respecto del titular y sus demás dependientes.

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 31º

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

PACÍFICO SEGUROS tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO por gastos de asistencia médica y aquellos que correspondan a coberturas de índole patrimonial, 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:

- a) 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.
- b) 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 de similares características contratado en otra compañía de seguro, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en primer lugar. Si el ASEGURADO decide activar primero el seguro que no es de PACIFICO SEGUROS, el presente seguro podrá reconocer al 100% los gastos incurridos únicamente por los concepto de COPAGOS y COASEGUROS que ha tenido que pagar en el otro seguro, los que se pagarán en forma de reembolso, hasta los límites establecidos para el presente seguro, según las condiciones

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. Para efectos del reembolso del COPAGO y COASEGURO no se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro.

Artículo 32º

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 33º

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

PACIFICO SEGUROS y el CONTRATANTE y/o 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 los supuestos expresamente contemplados en estas CONDICIONES GENERALES que establecen la obligación de PACIFICO SEGUROS de informar por escrito o cuando la normatividad establezca una forma de comunicación específica.

Artículo 34º

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

Artículo 35º

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 y/o BENEFICIARIO según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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.

Artículo 36° 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.

Artículo 37° 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.

Artículo 38° 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.

Artículo 39° 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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

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 dependiente trabajador del CONTRATANTE del seguro. Puede ser el obligado al pago de la prima si así se señala en las Condiciones Particulares 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.

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.

CIRUGÍA ELECTIVA

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

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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 jurídica que tiene a su cargo un grupo homogéneo de trabajadores. Puede ser el obligado al pago de la prima si así se señala en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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 señalados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

La edad máxima de permanencia se señalará en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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 cardiaco (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.

ENFERMEDAD CRÓNICA

ENFERMEDAD de curso mayor a un mes.

EVENTO HOSPITALARIO

Se considera como EVENTO HOSPITALARIO cada reclusión 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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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.

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:

Sea apropiado y esencial para el DIAGNÓSTICO y tratamiento de la condición médica bajo cobertura.

No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un DIAGNÓSTICO o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

Haya sido prescrito por un médico.

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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 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.

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

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, mediato 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. 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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

SALUD

Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

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.

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.

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.

AE0446400044

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Se utiliza para el sistema de atención de REEMBOLSO. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de PACÍFICO SEGUROS.

TRATAMIENTO 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.