

**SEGURO DE SALUD
FORMACION LABORAL**

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.
- 10. Pago de Beneficios**
11. Tarifa para pagos por atención bajo la modalidad de reembolso.

CONDICIONES LEGALES

12. Contrato de seguro
13. Objeto del seguro
14. Bases del contrato
15. Diferencias entre la propuesta y la póliza
16. Declaraciones
17. Residencia
18. Coberturas y exclusiones
- 19. Procedimiento para el tratamiento de las preexistencias**
20. Vigencia de la póliza, inicio de la cobertura, ajustes y modificaciones del contrato
- 21. Modificaciones de condiciones contractuales durante la vigencia del contrato del seguro**
22. Determinación de la prima y ajuste
- 23. Incumplimiento del pago de la prima – efectos**
24. Rehabilitación
25. Agravación del riesgo – Deber de informar
26. Indemnización de los Siniestros
- 27. Nulidad del contrato de seguro**
- 28. Resolución del contrato y/o certificado de seguro**
29. Terminación del contrato de seguro y/o certificado de seguro
30. Reticencia y/o declaración inexacta

31. Revisión de los siniestros
32. Solicitud de cobertura fraudulenta
33. Subrogación y otros seguros
34. Información médica e historia clínica
35. Comunicaciones y domicilio de las partes
36. Prescripción liberatoria
- 37. Mecanismo de solución de controversias**
38. Defensoría del asegurado
39. Tributos
40. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
- 41. Derecho de arrepentimiento**
42. Base legal

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE SALUD FORMACION LABORAL

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 al practicante del CONTRATANTE, en adelante el ASEGURADO 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, en su calidad de practicante del CONTRATANTE, siempre que forme parte del convenio de Formación Laboral Juvenil o el de Prácticas Profesionales y cuente con 16 años de edad hasta la edad establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo N°2

GASTOS CUBIERTOS

Esta Póliza cubre todos los gastos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente del ASEGURADO, sea 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.
- 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 carta de garantía tanto para los casos de hospitalización así como para los tratamientos ambulatorios, exclusivamente en las clínicas afiliadas para estos servicios y en las condiciones que se indican en la TABLA DE BENEFICIOS.

**Artículo N° 3
COBERTURAS**

En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del BENEFICIO MÁXIMO 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.

a. **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO:**

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

- **Atención programada de un médico a domicilio**
Servicio de atención médica ambulatoria programada a domicilio, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el COPAGO establecido por CONSULTA.
- **Atención médica a domicilio para situaciones de emergencia**
Servicio de unidades móviles para la atención de EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS o EMERGENCIAS ACCIDENTALES a domicilio dentro de las ciudades establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, durante las 24 horas y todos los días del año, sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

La EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL será determinada por el Médico evaluador al momento de la atención, y dicha atención de no ser considerada una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL deberá ser cubierta de acuerdo condiciones del servicio de 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
- 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. 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, 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 incluyendo el del acompañante a que se refiere el literal siguiente (sólo por motivos de evacuación). Previa coordinación y aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS.
- c) Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA como en caso de HOSPITALIZACIÓN, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.

2. **En caso de hospitalización (sólo en provincias):**

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

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

c. **Muerte accidental**

Cubre la indemnización por el fallecimiento del ASEGURADO a causa de un ACCIDENTE cubierto por la Póliza de acuerdo a lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

d. **Invalidez permanente total o parcial por accidente**

En caso de invalidez permanente total o parcial por accidente, La COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente que consta en el anexo de la Póliza.

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

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

e. **Sepelio**

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

f. **Salud mental**

Cubre consultas psicológicas y psiquiátricas, de acuerdo a lo previsto en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

g. **Programa nutricional**

Programa atendido por Nutricionista orientado a lograr y mantener en forma saludable el peso corporal adecuado del ASEGURADO, de acuerdo a lo previsto en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

h. **Acupuntura**

Se otorga con los alcances establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

i. Evaluación integral y tratamiento quiropráctico

Se otorga con los alcances establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

Artículo N° 4

BENEFICIO MÁXIMO 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.

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

LIQUIDACIÓN DE GASTOS

Los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica de la red de proveedores afiliados a la COMPAÑÍA que haya prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente. En los casos que la Póliza de Seguro cuente con atención por reembolso, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos originados por atenderse fuera de la red de proveedores médicos de la COMPAÑÍA, y que haya decidido pagar directamente. Se reembolsará de acuerdo a lo establecido al final de este artículo.

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

Los reembolsos por atención hospitalaria o ambulatoria en clínicas y/o médicos 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.pacifico.com.

Artículo N° 7

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedades o defectos físicos congénitos y/o adquiridos al nacer.
- b) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del seguro, salvo cuando estas hayan sido cubiertas por una póliza emitida por una Compañía de Seguros nacional, en el periodo inmediato anterior a la contratación del seguro, de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 28770. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro
- c) Cirugía plástica y/o estética para las condiciones pre-existentes y/o fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por este seguro.
- d) Enfermedades, trastornos y deficiencias mentales y/o nerviosas y/o emocionales, surmenage, curas de reposo y/o tratamientos psiquiátricos.
- e) Tratamientos y operaciones de carácter odontológico. Ejemplo: endodoncias, ortodoncias, cuidados dentales en general y todo lo relacionado con ellos, a excepción de aquellos casos que sean necesarios como consecuencia de un accidente, excluyéndose las prótesis.
- f) Adquisición de lentes, cristales y otros similares.
- g) Chequeos médicos y/o despistajes de enfermedades en personas sanas.
- h) Enfermedades adquiridas a consecuencia del uso y/o adicción a las drogas, los estupefacientes y/o bebidas alcohólicas, así como también los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre bajos sus efectos.
- i) Sangre, plasma, prótesis, aparatos ortopédicos u otros similares, así como cuidados de enfermeras especiales.
- j) Lesiones causadas a sí mismo, voluntariamente o estando totalmente insano, tales como suicidio o intento de suicidio.
- k) Tratamientos y/u operaciones de fertilización o esterilización.
- l) Tratamientos y/u operaciones por obesidad o raquitismo.
- m) Guerra internacional o civil, participación activa en alteraciones del orden público, fenómenos catastróficos de la naturaleza, radiación nuclear y sus consecuencias.
- n) Gestación y todo lo relacionado con ella, parto, cesárea y/o sus consecuencias.
Las indemnizaciones previstas no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:
 - o) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presenta cobertura.

- p) Los denominados “Accidentes Médicos”. Ejemplos: Apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis y ataques epilépticos, los que sean determinados como tales por el médico tratante.
- q) Los accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de drogas, conforme lo establezca el médico tratante con el examen de alcoholemia o toxicológico por el que debe pasar el ASEGURADO, (sin importar su grado de presencia en la sangre), siempre que el ACCIDENTE sea consecuencia directa de esos estados; o cuando se encuentre en estado de sonambulismo.
- En caso específico de accidentes de tránsito y con relación a bebidas alcohólicas, el grado de alcohol en la sangre será causal de exclusión cuando supere el límite legal permitido y será determinado por la Policía Nacional del Perú. Las partes convienen en establecer para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del ACCIDENTE, que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr./lt. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional. Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje presencia de intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida o alteración de la conciencia.
- r) Lesiones que el ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, en actos delictivos en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que pueda comprobarse que fue en legítima defensa.
- s) Lesiones causadas por el ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa del suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al ASEGURADO por los beneficiarios de esta Póliza.
- t) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- u) Lesiones por accidentes que se produzcan en la práctica de las siguientes actividades deportivas o competencias: carrera de automóviles, motocicletas, motonetas y bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.
- v) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- w) Actos infractorios de leyes o reglamentos, cuando sean la causa del siniestro o constituyan un delito.

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, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

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

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 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) ATENCIÓN EN CENTROSALUD

El ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Consultas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita médica, llamando al número de teléfono señalado en la Tabla de Beneficio. Esta cobertura se brinda solamente en la ciudad de Lima.

4) 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.

5) TRANSPORTE POR EVACUACION

Se deberá presentar a PACIFICO SEGUROS el informe del médico tratante, si es que fuera solicitado en el momento en que se efectúen las coordinaciones entre los médicos, según lo señalado en el acápite correspondiente a esta cobertura en el artículo COBERTURA, precedente. La llamada de coordinación entre el médico tratante y PACIFICO SEGUROS se realizará al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

6) SEPELIO

Se otorga solicitándolo directamente a los proveedores funerarios señalados en la TABLA DE BENEFICIOS, o llamando al teléfono señalado en dicha tabla, a elección del ASEGURADO. Se debe entregar el original del acta de defunción del ASEGURADO, en original, al proveedor funerario.

En caso se tramite vía reembolso, se deberá entregar a PACIFICO SEGUROS los siguientes documentos:

- 1) Original del Acta de Defunción del ASEGURADO.*
- 2) Comprobante de pago que acredite el gasto funerario.*

Se deberán pagar los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

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

En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de PACÍFICO SEGUROS indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a PACÍFICO SEGUROS el REEMBOLSO correspondiente de los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al TARIFARIO PACÍFICO, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. El TARIFARIO PACIFICO se encuentra a disposición accediendo a la página web de PACÍFICO SEGUROS:

www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip.

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

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

PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de solicitar al **ASEGURADO** que presente un informe médico ampliatorio, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de **SALUD** y facilite la atención de la **SOLICITUD DE REEMBOLSO**. Se precisa que de conformidad con lo establecido en el artículo 11° de la Res. SBS N°3202-2013, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, **PACIFICO SEGUROS** podrá solicitar dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los documentos presentados por el **ASEGURADO**, dicho informe médico ampliatorio, así como cualquier otra información o documentación que requiera para evaluar el siniestro o determinar su cuantía. El plazo indicado de veinte (20 días) corresponde a los primeros días de los treinta (30) días que tiene **PACIFICO SEGUROS** para aprobar o rechazar el siniestro.

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 la referida a los 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 en el **TARIFARIO PACIFICO**. El **REEMBOLSO** referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el **ASEGURADO**.

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

Artículo 10º

PAGO DE BENEFICIOS

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

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente.

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

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

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

Artículo 11º

TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

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

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, en la página web de PACÍFICO SEGUROS: www.pacificoseguros.com y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS: (01) 513-5000.

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

CONDICIONES LEGALES

Artículo N° 12

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 13º

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la ENFERMEDAD o ACCIDENTE del ASEGURADO.

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

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

Artículo 14º

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 encuentra condicionada a que el CONTRATANTE haya cumplido con pagar la prima

y/o firmado el CONVENIO DE PAGO obligándose a pagarla y/o a la ocurrencia del siniestro si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima.

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

Artículo 15º

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 16º

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. Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por 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, conforme a lo establecido en el artículo 30º de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de SALUD del ASEGURADO (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 a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos

comercializados por PACÍFICO SEGUROS. Asimismo el ASEGURADO ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

Artículo 17º

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 resida en el Perú.

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 18º

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

PACIFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales y en las demás Condiciones de la Póliza. El seguro contempla exclusiones o gastos no cubiertos por PACIFICO SEGUROS los cuales se especifican en estas CONDICIONES GENERALES, así como en las demás condiciones de la Póliza, de ser el caso.

Artículo 19º

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 ésta se encuentra 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 20º

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, salvo que se haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; en cuyo caso el ASEGURADO tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia. Queda establecido que la prima, aún después de los mencionados cinco años podrá variarse. Los criterios y procedimientos de actualización de la prima se encuentran señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

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

Se considera que existe aceptación tácita a la propuesta si, vencido el plazo anteriormente señalado, el CONTRATANTE procede a pagar la prima o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagarla o a acepta el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago. En el caso que la póliza se pague mediante cargo en cuenta y/o débito automático y/o a través de tarjeta de crédito y/o débito, dicha ratificación también se entenderá realizada si, luego de transcurridos quince (15) días calendario desde que el CONTRATANTE reciba su primer estado de cuenta, donde figure el primer cargo efectuado con el nuevo monto, éste no manifieste estar en desacuerdo con dicho cargo realizado por la COMPAÑÍA.

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

En caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva SOLICITUD DE SEGURO ni una nueva DECLARACIÓN JURADA DE SALUD. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la SOLICITUD DE SEGURO y llenar la correspondiente DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, previa aprobación de la Solicitud por parte de PACÍFICO SEGUROS.

Artículo 21º

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. 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.**
- e) PACIFICO SEGUROS proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los asegurados, la modificación que se haya incorporado en el contrato. Adicionalmente, en cualquier supuesto, PACIFICO SEGUROS podrá utilizar cualquier medio de comunicación indirecta, como los medios electrónicos, para la difusión de dichas modificaciones.**

Artículo 22º

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 23º

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, 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 para pagar la prima antes de la suspensión automática del contrato de seguro o del certificado de seguro, en su caso.

La suspensión del contrato de seguro o del certificado de seguro no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver el contrato de seguro o el certificado de seguro respectivamente, cuya prima se encuentre impaga. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE 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 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 24º 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 25º 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 o del certificado de seguro.

En el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS tendrá la facultad de comunicar al CONTRATANTE, dentro de los quince (15) días desde que le fue comunicada la agravación del riesgo, su decisión de: (i) resolver el Contrato de Seguro o el Certificado de Seguro, según corresponda o (ii) proponerle el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato o el Certificado de Seguro de no mediar aceptación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de PACÍFICO SEGUROS. En caso opte por resolver el Contrato, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente PACIFICO SEGUROS tiene derecho a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura. Las comunicaciones que envíe PACIFICO SEGUROS sobre este particular se dirigirán al CONTRATANTE

quien informará a su vez al ASEGURADO, por escrito y con constancia frente a PACIFICO SEGUROS.

En caso el CONTRATANTE o el ASEGURADO haya omitido su deber de informar sobre la agravación del riesgo y ocurre el SINIESTRO y esta omisión es con culpa inexcusable o DOLO, PACÍFICO SEGUROS estará liberada de su prestación.

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

1. EL CONTRATANTE o, en su caso el ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin CULPA INEXCUSABLE.
2. Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del SINIESTRO ni sobre la medida de la prestación a cargo de PACIFICO SEGUROS.
3. Si PACÍFICO SEGUROS no ejerce su derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo de quince (15) días de comunicada que le fuere la agravación.
4. PACIFICO SEGUROS conozca la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

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

Artículo 26º

INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- a) **El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es el 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) **Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por comercializadores, la solicitud de cobertura presentada ante ellos, 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 al ASEGURADO 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 vía reembolso.

Artículo 27º

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.

El contrato de seguro 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.
- 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.

En todos los supuestos señalados en los literales precedentes, la nulidad de un certificado de seguro no afecta la vigencia del contrato de seguro.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada, *dentro del plazo de treinta días calendario de invocada la nulidad, mediante abono en la cuenta bancaria del CONTRATANTE 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 28º

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y/O CERTIFICADO DEL SEGURO

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

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato a PACÍFICO SEGUROS. El ASEGURADO podrá solicitar también su desvinculación del contrato de seguro solicitando la resolución de su certificado 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.

La resolución de un certificado de seguro no afecta la vigencia del contrato de seguro.

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 PACÍFICO SEGUROS.

En el caso que el CONTRATANTE solicite la resolución del Contrato, ello no afectará a cualquier SINIESTRO originado durante la vigencia de la Póliza, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:

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

Efecto sobre la prima

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

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

a. **Por falta de pago de la prima**

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver el contrato de seguro o el certificado de seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. El contrato de seguro o el certificado de seguro se considerarán resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE, reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.

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

b. **Por agravación del riesgo**

PACÍFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que ésta fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE, 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.

c. **Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta**

En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO pierde el derecho a ser indemnizado y se resolverá su certificado de seguro.

d. **Por la falta de aceptación del CONTRATANTE al ajuste de primas y/o de coberturas propuesto por PACIFICO SEGUROS en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.**

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) y d) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios convenidos en las Condiciones Particulares o en la Solicitud de Seguro. El Contrato y/o Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión. El CONTRATANTE estará obligado a comunicar por escrito al ASEGURADO sobre la resolución del contrato, dejando constancia de ello frente a PACIFICO SEGUROS

La resolución de un certificado de seguro no afecta la vigencia del contrato de seguro.

Efectos sobre la prima

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

En el caso que corresponda devolución de prima por el periodo no cubierto el **CONTRATANTE** 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.

Artículo 29º

TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO Y/O CERTIFICADO DE SEGURO

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

- a) Al fallecimiento del **ASEGURADO**, terminará el certificado de seguro.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada, terminará el contrato de seguro.
- 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 del **ASEGURADO** desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro. En este caso el certificado de seguro emitido terminará para el **ASEGURADO**, manteniéndose el contrato de seguro grupal.
- 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 30º

RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

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

Al respecto, en la **SOLICITUD DE SEGURO** se incluirá una lista de aquellos supuestos en los que **EL ASEGURADO** incurre, de ser el caso, en **CULPA INEXCUSABLE** o **DOLO**.

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

- i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del CONTRATANTE respecto de la revisión de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO o el certificado de seguro, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE y ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a PACÍFICO SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un SINIESTRO que goza de cobertura según los términos de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

Artículo 31º

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO, por los médicos designados por ella, a costo de PACÍFICO SEGUROS y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO, en caso de atenciones 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 la aprobación 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 32º

SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

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

En caso PACÍFICO SEGUROS, actuando de buena fe, atiende un SINIESTRO que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado conjuntamente con los intereses moratorios y/o compensatorios a las tasas de interés máximas permitidas por ley,

corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos que correspondan.

Artículo 33º

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

PACÍFICO SEGUROS tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO por gastos de asistencia médica en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de las lesiones causadas por terceros al ASEGURADO.

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 si éste, 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 se obliga a lo siguiente:

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

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico 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 PACÍFICO 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 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 34º

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 35º

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

Siempre que el marco regulatorio lo permita, en caso de contratación por mecanismos de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del seguro o en cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen, salvo en los supuestos expresamente contemplados en estas CONDICIONES GENERALES que establecen la obligación de PACIFICO SEGUROS de informar por escrito.

Artículo 36º

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

Artículo 37º

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

Una vez producido el SINIESTRO, las partes podrán acordar el sometimiento a arbitraje, debiendo acordarlo en forma expresa y siempre que el monto de lo reclamado sea igual o superior a 20 UIT.

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

Artículo 38º

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

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

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) El procedimiento es voluntario y gratuito.
- b) Procede sólo para atender solicitudes de cobertura formulados por ASEGURADOS que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de PACÍFICO SEGUROS.
- c) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del ASEGURADO dentro de ciento ochenta (180) días computados a partir de la fecha en que es denegado por PACÍFICO SEGUROS.

Artículo 39°

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 40°

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 41°

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por mecanismos de comercialización que incluye bancaseguro, así como comercialización a distancia, el CONTRATANTE tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato de seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza de seguro debiendo PACÍFICO SEGUROS devolver el monto de la prima recibida.

El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medio por el que se contrató el seguro, para informar sobre el ejercicio de su derecho. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

ARTÍCULO 42°

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.

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

ABORTO

Interrupción prematura del EMBARAZO que se presenta antes de la semana 20 de gestación.

ACCIDENTE

Se considera como tal a la lesión corporal que sufra el ASEGURADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

ACCIDENTE MEDICO

Lesión corporal que sufre el ASEGURADO como consecuencia de una situación riesgosa vinculada a un tratamiento o procedimiento médico.

AMENAZA DE ABORTO

Conjunto de síntomas y/o signos que sugieren la posibilidad de un ABORTO.

ASEGURADO

Es la persona que goza de las coberturas de esta póliza.

BENEFICIO MÁXIMO (ó Suma Asegurada)

Es el monto total anual ASEGURADO bajo esta Póliza con respecto a cada ASEGURADO, que se renueva anualmente cuando se haya consumido durante el periodo anual.

CIRUGÍA AMBULATORIA

Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de HOSPITALIZACIÓN

CIRUGÍA PROGRAMADA

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 afectada a COPAGO y COASEGURO.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

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

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

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Conjunto de circunstancias que surgen de las respuestas del solicitante a la SOLICITUD DE SEGURO para que un riesgo pueda ser aceptado por PACÍFICO SEGUROS. Con este propósito PACÍFICO SEGUROS evaluará el riesgo y determinará el 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 seguro adquirido por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

CONSULTA

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

CONTRATANTE

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

COPAGO

El COPAGO es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de PACÍFICO SEGUROS en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican COPAGOS se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a COPAGO y COASEGURO.

COSMÉTICO

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

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

Se considera grupo cosmético a:

- a) Los productos COSMÉTICOS con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.
- b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.
- c) Los COSMÉTICOS de perfumería con la misma fragancia.
- d) Los productos COSMÉTICOS para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

CULPA INEXCUSABLE

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

DECLARACIÓN DE SALUD

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, respecto de su estado de SALUD.

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.

DIAGNÓSTICO

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

DOLO

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

DONANTE CALIFICADO

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

EMBARAZO

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

EMERGENCIA ACCIDENTAL

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

EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA

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

ACCIDENTES cerebrovasculares agudos.

Anafilaxia.

Asfixias de cualquier origen.

Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos.

Convulsiones.

Crisis asmática severa.

Deshidratación severa.
Dolor torácico de origen 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 por se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo del ASEGURADO.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS

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

ENFERMEDAD CRÓNICA

ENFERMEDAD de curso mayor a un mes.

ENFERMEDAD EPIDÉMICA

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

ENFERMEDAD GENÉTICO - HEREDITARIA

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

EPICRISIS

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

EVENTO HOSPITALARIO

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 ó ACCIDENTE, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

FECHA DE INICIO DEL SEGURO

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

GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO

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

HOSPITALIZACIÓN

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

HOTEL

Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

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.

INTERÉS ASEGURABLE

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

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.

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.

PARTO

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

PÓLIZA DE SEGURO

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

PREEXISTENCIA

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

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

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

PREMATURIDAD

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

PUERPERIO

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

PRÓTESIS

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

PRÓTESIS INTERNAS

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

PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.

REHABILITACIÓN FÍSICA

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

RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS

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

REEMBOLSO

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

BUENA SALUD

Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

SÍNDROME

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

SINIESTRO

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

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Documento pre-impreso y definido por PACÍFICO SEGUROS aseguradora, que el ASEGURADO llena y suscribe resumiendo la relación de pagos realizados directamente a médicos y/o clínicas, que solicita se le reintegren, adjuntando las facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.

SOLICITUD DE SEGURO

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

SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD

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

TABLA DE BENEFICIOS

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

TARIFARIO PACIFICO

Documento que fija los montos máximos a pagar para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de REEMBOLSO. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de PACÍFICO SEGUROS.

TRASPLANTE

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

TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

Todo tratamiento o procedimiento, ya sea de índole médica o quirúrgica, que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

URGENCIAS MÉDICAS

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