

SEGURO DE ACCIDENTES ESTUDIANTIL**CONDICIONES****GENERALES****INDICE****INTRODUCCIÓN****CONDICIONES OPERATIVAS**

- Artículo 1° Procedimiento para Solicitar la Cobertura del Seguro en caso de siniestro
Artículo 2° Liquidación y pago del siniestro
Artículo 3° Indemnizaciones a consecuencia de un mismo accidente
Artículo 4° Indemnización como consecuencia de accidentes sucesivos

CONDICIONES TÉCNICAS

- Artículo 5° Alcance del seguro
Artículo 6° Personas asegurables
Artículo 7° Extensión del seguro
Artículo 8° **Riesgos cubiertos**
Artículo 9° **Riesgos no cubiertos – Exclusiones**
Artículo 10° Coberturas especiales
Artículo 11° Copago y deducible
Artículo 12° Relación de clínicas y centros médicos

CONDICIONES LEGALES

- Artículo 13° Contrato de seguro
Artículo 14° Objeto del seguro
Artículo 15° Bases del contrato
Artículo 16° Diferencias entre la propuesta y la póliza
Artículo 17° Declaraciones
Artículo 18° Residencia
Artículo 19° **Coberturas y exclusiones**
Artículo 20° **Vigencia de la póliza, continuidad de la cobertura, ajustes y modificaciones del contrato**
Artículo 21° Modificaciones de condiciones contractuales durante la vigencia del contrato de seguro
Artículo 22° Determinación de la prima y ajuste
Artículo 23° Incumplimiento del pago de la prima - Efectos
Artículo 24° Rehabilitación
Artículo 25° Agravación del riesgo – Deber de informar
Artículo 26° Indemnización de los siniestros
Artículo 27° Nulidad del contrato de seguro
Artículo 28° Resolución del contrato
Artículo 29° Terminación de la cobertura
Artículo 30° Reticencia y/o declaración inexacta
Artículo 31° Revisión de los siniestros
Artículo 32° Solicitud de cobertura fraudulenta
Artículo 33° Subrogación
Artículo 34° Información médica e historia clínica
Artículo 35° Comunicaciones y domicilio de las partes
Artículo 36° Prescripción liberatoria
Artículo 37° **Mecanismo de solución de controversias (condición mínima)**
Artículo 38° **Defensoría del asegurado**

Artículo 39°	Tributos
Artículo 40°	Reclamos por insatisfacción de los asegurados
Artículo 41°	Derecho de arrepentimiento (condición mínima)
Artículo 42°	Base Legal
Artículo 43°	Registro nacional de información de contratos de seguros de vida y accidentes

GLOSARIO DE TÉRMINOS

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el Solicitante, en adelante EL ASEGURADO, el mismo que forma parte de un grupo homogéneo de personas que mantienen una relación con el CONTRATANTE, y a las declaraciones contenidas en dicha Solicitud, cuya veracidad constituye causa determinante para la celebración del presente contrato; y, de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales del SEGURO DE ACCIDENTES GRUPAL, y en las Condiciones Particulares, Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza, Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada PACÍFICO SEGUROS, conviene en asegurar a EL ASEGURADO contra los riesgos más adelante especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES OPERATIVAS

ARTÍCULO 1º

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

1.1 AVISO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO

El ASEGURADO o sus Beneficiarios, producido un accidente indemnizable, están en la obligación de comunicarlo a PACÍFICO SEGUROS mediante carta, fax o correo electrónico o por cualquiera de los medios de comunicación pactados dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha del accidente, sea en el territorio nacional o en el extranjero. El aviso deberá ser efectuado a más tardar dentro de los siete (7) días calendario de ocurrido.

PACÍFICO SEGUROS dará por recibido el aviso respectivo aún con posterioridad, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tales plazos.

Inmediatamente ocurrido el accidente y máximo hasta 48 horas después, se debe conducir al ASEGURADO a la clínica o centro médico más cercano de la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS, para ser considerado la ocurrencia como accidente.

1.2 PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

El ASEGURADO deberá presentar en el proveedor médico de la red, que haya elegido, su:

- Documento de Identidad.
- La hoja de denuncia de accidentes proporcionado por el Centro Educativo, debidamente llenado y firmada, cuando el accidente se produzca en hora de estudios.

Los deducibles por atención deberán ser abonados en la misma clínica o centro médico, al momento de la atención.

De ocurrir el accidente fuera del horario de estudios o en día feriado se deberá presentar el carnet y regularizar la hoja de denuncia de accidentes al siguiente día útil de ocurrida la atención. La hoja deberá estar debidamente llenada, sellada y firmada por el Centro Educativo.

El ASEGURADO deberá tener en cuenta lo siguiente:

- No debe dejar su carné en ninguna clínica afiliada en la Red de proveedores de salud.
- Si existiera algún inconveniente al momento de la atención de un ASEGURADO en alguna de las clínicas de la Red de Proveedores de Salud, deberá llamar inmediatamente a la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al 01-5135000.
- Si existiera algún motivo de fuerza mayor que impida la atención de un ASEGURADO en la Red e Proveedores de Salud, deberá presentar la documentación sustitutoria del caso a las oficinas del corredor de seguros o Pacífico Seguros, para el reembolso respectivo, según las condiciones de la Póliza y los documentos que se señalan a continuación.
- En caso de accidentes de tránsito y/o para los casos de riñas, peleas y otros en los que participe el ASEGURADO y tercera personas, aún se trata de legítima defensa o para lesiones corporales causados por terceros, el ASEGURADO deberá presentar la denuncia policial ante las autoridades competentes realizada inmediatamente después de ocurrido el hecho.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán entregar a PACÍFICO SEGUROS los siguientes documentos, en original o copia legalizada:

1.2.1 PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL. (Aplicable también para la cobertura de GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE, de otorgarse):

- a) Formato de PACÍFICO SEGUROS: "Hoja de Denuncia de Accidentes Personales", debidamente llenada y firmada.
- b) Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO fallecido
- c) Certificado Médico de Defunción.
- d) Acta o Partida de Defunción.
- e) Protocolo de Necropsia completo.
- f) Examen toxicológico emitido por la Morgue en caso de haberse realizado.
- g) Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Sanidad Policial, en el caso de accidente de tránsito, cuando el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.
- h) Atestado Policial Completo.
- i) Documento Nacional de Identidad de cada Beneficiario o heredero legal.
- j) Acta de Sucesión Intestada o Testamento (en caso de heredero legal).
- k) En caso de ser Padre de Familia, entregar la constancia de haber sido declarado como responsable económico al momento de tomar el seguro.
- l) Relación de gastos de sepelio en que se hubiese incurrido, debidamente sustentado con comprobantes de pago emitidos conforme a ley. (no aplicable para la cobertura de Muerte Accidental)

En caso de Muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente.

1.2.2 PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE (de otorgarse la cobertura y siempre que conste en el certificado de seguro)

- a) Hoja de Denuncia de Accidentes, debidamente llenada y firmada.
- b) Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO
- c) Atestado Policial Completo en el caso de accidentes en que haya presunta responsabilidad de terceros o daños a dichos terceros

- d) Resultado del examen de Dosaje Etílico emitido por la Sanidad Policial, en caso de accidente de tránsito, en el que el ASEGURADO haya sido el conductor del vehículo.
- e) Certificado de invalidez permanente, total o parcial.

La invalidez permanente total será determinada únicamente por la Comisión Médica de las AFP (COMAF) o por la Comisión Médica de la SBS (COMEC) o por el Ministerio de Salud (MINSA) o por el Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) o por la Comisión Médica correspondiente de las Fuerzas Armadas.

La invalidez permanente parcial será determinada por una Comisión Médica compuesta por un médico elegido por el ASEGURADO, otro elegido por PACÍFICO SEGUROS y un tercero designado por los dos previamente nombrados.

1.2.3 PARA LA COBERTURA DE GASTOS DE CURACIÓN (de otorgarse la cobertura y siempre que conste en el certificado de seguro)

- a) Hoja de Denuncia de Accidentes, debidamente llenada y firmada.
- b) Certificado médico expedido por el médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) Receta con la indicación del tratamiento correspondiente y su fecha de inicio emitida por un profesional médico colegiado.

En caso, de no haber podido recurrir a una clínica o centro médico de la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, el ASEGURADO deberá presentar la relación de gastos de curación incurridos, ya sea en honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos, debidamente sustentados con la receta médica, incluyendo los comprobantes de pago respectivos emitidos conforme a ley. Estos gastos serán reconocidos tomando como base máxima el Tarifario Pacífico que ASEGURADO tiene a su disposición y consulta llamando a nuestra Central de Información y Consultas al número telefónico 01 513-5000 en Lima y Provincias o ingresando a la siguiente página web de PACÍFICO SEGUROS : <http://www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip>

1.2.4 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE REEMBOLSOS

- a) Hoja de Denuncia de Accidentes debidamente llenada por el Centro Educativo y el Médico tratante, en la cual se detalle las circunstancias del accidente y los motivos de no haber utilizado la Red de Proveedores médicos de PACÍFICO SEGUROS.
- b) Recibo de honorarios profesionales a nombre del ASEGURADO, con el sello de cancelado.
- c) Facturas originales de farmacia y/o exámenes especiales a nombre de Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros (RUC 20332970411), originales de las recetas, órdenes del médico para exámenes y de los resultados obtenidos.
- d) En caso de tener radiografías, deberán ser adjuntadas con los informes radiográficos.
- e) Sólo se reconocerá como reembolso la primera atención de emergencia posterior al accidente del ASEGURADO, las mismas que no pudieron ser atendidas dentro de la Red de Proveedores. Las atenciones sucesivas deben

ser atendidas dentro de los Proveedores médicos de la red de PACÍFICO SEGUROS.

- f) No se reconocerá como reembolso ninguna atención bajo la cobertura dental u oftalmológica por accidente, ni gastos por rehabilitación o gastos posteriores a la primera atención del ASEGURADO posterior al accidente.
- g) El plazo máximo para la presentación de gastos médicos de un accidente cubierto por seguro es de 30 días calendario a partir de la fecha del siniestro. Posterior a este período no se reconocerá ningún gasto.
- h) Los reembolsos serán reconocidos tomando como base el "Tarifario Pacífico".
- i) En caso de accidentes ocurridos fuera del territorio nacional, durante viajes eventuales del ASEGURADO, los gastos médicos se reconocerán tomando como base el "Tarifario Pacífico".

El seguro no obliga a "PACÍFICO SEGUROS" si no se dejare libre acceso a los médicos u otros funcionarios, autorizados por ella a ingresar al lugar donde se encuentra el ASEGURADO".

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los herederos o beneficiarios presentar su conformidad y su concurso si fueran imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los herederos o beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de PACÍFICO SEGUROS, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los herederos o beneficiarios.

PACÍFICO SEGUROS podrá requerir cualquier otro documento o información para aclarar o precisar la evaluación del siniestro, lo cual deberá solicitar dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días calendarios que tiene para consentir el siniestro o rechazarlo.

Los documentos indicados, así como cualquier otro certificado y/o pruebas que guarden relación con el accidente y que PACÍFICO SEGUROS considere necesarios, serán suministrados por cuenta del ASEGURADO y/o los Beneficiarios.

La falta de algún documento o de las formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrase la imposibilidad de cumplir, hace perder el derecho de indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro.

En caso que el ASEGURADO tuviera alguna consulta, duda e incluso reclamo correspondiente al seguro ofrecido, debe comunicarse con la Central de Información y Consultas llamando al número telefónico 01 513-5000 en Lima y provincias.

1.3 ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

Las situaciones de emergencia por accidente serán cubiertas por la clínica o centro médico de la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS que elija el ASEGURADO, indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, sea en forma ambulatoria u

hospitalaria. El ASEGURADO deberá presentar la hoja de denuncia de accidentes personales debidamente absuelta, sellada y firmada por el CONTRATANTE; si al momento del accidente no contara con la hoja de denuncia, ésta será regularizada al siguiente día útil de ocurrida la atención.

Para los casos que se requiera hospitalización PACÍFICO SEGUROS otorgará la carta de garantía respectiva debiendo enviársele la orden de hospitalización suscrita por el médico tratante y el presupuesto correspondiente.

La cobertura otorgada para las atenciones de emergencia accidental será como máximo el monto establecido para la suma asegurada de Gastos de Curación.

ARTÍCULO 2º

LIQUIDACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO

Recibida la documentación completa y encontrada conforme por PACÍFICO SEGUROS, ésta pagará dentro del plazo máximo de treinta (30) días hábiles la suma asegurada convenida en la forma indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cuando la atención sea por reembolso.

Para la cobertura de Invalidez Permanente por accidente, y gastos de curación por accidente, el beneficiario es el mismo ASEGURADO.

Para la cobertura de muerte accidental y gastos de sepelio por accidente, los beneficiarios serán los Herederos Legales del ASEGURADO.

La indemnización será pagada a los herederos legales del ASEGURADO previa presentación del Testamento o del Acta Notarial de sucesión intestada debidamente inscrita en los Registros Públicos. Si fueren dos o más los beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en la solicitud y en consecuencia en la Póliza, el importe del seguro se dividirá y abonará por partes iguales sea cual fuere el vínculo que ligare a los beneficiarios con ASEGURADO.

ARTÍCULO 3º

INDEMNIZACIONES A CONSECUENCIA DE UN MISMO ACCIDENTE

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez permanente, PACÍFICO SEGUROS deducirá de la suma asegurada por muerte accidental, la indemnización pagada por invalidez permanente, si aquella fuera mayor. Si las sumas aseguradas son iguales, PACÍFICO SEGUROS no tendrá obligación de pagar por la ocurrencia del segundo riesgo.

ARTÍCULO 4º

INDEMNIZACIÓN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUCESIVOS

Si el Asegurado sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente no podrán exceder en conjunto del 100% de la suma asegurada por este concepto; pero las indemnizaciones por Incapacidad Temporal y Gastos de Curación se pagarán independientemente y sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para los casos de Muerte y/o Invalidez Permanente.

CONDICIONES TÉCNICAS

ARTÍCULO 5º

ALCANCES 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 que afecten al ASEGURADO inscritos en la Póliza por la ocurrencia del(los) riesgo(s) objeto de cobertura(s).

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

ARTÍCULO 6º

PERSONAS ASEGURABLES

Sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, este seguro ampara a las siguientes personas:

A. ESTUDIANTES

Son asegurables, conforme a esta Póliza, las personas desde los dos (2) años hasta la edad señalada en las Condiciones Particulares, y en todo caso hasta que siga manteniendo su condición de estudiante, debidamente comprobada. La cobertura de la póliza cesará al vencimiento de la anualidad en que el estudiante ASEGURADO haya cumplido el indicado límite máximo de edad. Sin embargo, previa aceptación de PACÍFICO SEGUROS y, en su caso, el pago de la extra prima correspondiente, podrá renovarse el seguro en las condiciones estipuladas en la cláusula adicional respectiva.

B. PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL DEL ESTUDIANTE

Son asegurables conforme a esta Póliza, el padre o madre o tutor legal del ASEGURADO sujeto a lo siguiente:

- i. El padre o madre o tutor legal, deber ser responsable económico directo del estudiante ASEGURADO.
- ii. La inscripción del padre o madre o tutor legal del estudiante ASEGURADO debe haberse realizado al momento de la matricula en el Centro Educativo.
- iii. La edad del padre o madre o tutor legal no deberá ser mayor a sesenta y cinco (65) años ni menor de dieciocho (18) años.

Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que el ASEGURADO resida permanentemente en el Perú. Ver artículo referido a la RESIDENCIA en estas Condiciones Generales.

La cobertura del seguro cesará al vencimiento de la anualidad en que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 7º

EXTENSIÓN DEL SEGURO

Este Seguro cubrirá contra las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes que pudieran ocurrir al ASEGURADO en:

- a) El ejercicio de su actividad como estudiante.
- b) El curso de su vida privada.

- c) Durante su permanencia en cualquier parte del mundo para las coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Permanente, Gastos de Curación y Gastos de Sepelio. La cobertura por Incapacidad Temporal queda limitada a los accidentes ocurridos dentro de la República del Perú. Esta limitación de cobertura no da derecho al ASEGURADO a una reducción de la prima correspondiente al tiempo de su ausencia del país.
- d) Durante el uso de cualquier medio de transporte público autorizado de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pertenezcan a una empresa comercial autorizada y recorran itinerarios regulares y fijos, y los que ocurran en el empleo regular de vehículos automotores de uso particular, como conductor o pasajero.

Por extensión y aclaración se asimilan a la noción de accidente:

- e) La asfixia e intoxicación aguda por vapores, ácidos, álcalis, gases y cualquier otra sustancia análoga, por inmersión y obstrucción por cuerpo extraño y la electrocución.
- f) Los casos de rabia o reacción alérgica sistémica (urticaria, anafilaxia) producidos por mordeduras de animales o picaduras de insectos venenosos.
- g) Las infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente Póliza.
- h) El carbunco y el tétanos, a condición de que sean contraídos a raíz de un accidente amparado por la Póliza.
- i) Los causados por un esfuerzo repentino como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, laceraciones y rupturas musculares tendinosas y viscerales, así como el fenómeno de latigazo cervical siempre y cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- j) Los accidentes que resulten del ejercicio de la legítima defensa del ASEGURADO, legalmente establecida con sentencia consentida.

ARTÍCULO 8°

RIESGOS CUBIERTOS

Este Seguro cubrirá la muerte accidental del ASEGURADO como cobertura básica y dependiendo de las necesidades de protección del ASEGURADO cubrirá los riesgos que expresamente se hayan acordado, los que se indicaran en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado y que el riesgo se manifieste a más tardar dentro de un año contado desde la fecha del accidente, siendo necesario que se haya realizado el aviso del siniestro por escrito a PACÍFICO SEGUROS.

En estas Condiciones Generales de la Póliza se establecen todas las coberturas que son materia de aseguramiento, sin embargo queda establecido que para cada ASEGURADO, las coberturas serán las que se hayan establecido expresamente para su Plan de Seguro, según conste en el Certificado de Seguro, el mismo que podrá contener menos coberturas que las señaladas a continuación.

a) MUERTE ACCIDENTAL - COBERTURA BÁSICA:

Se cubre la muerte del ASEGURADO siempre y cuando sea consecuencia directa de un accidente amparado por la Póliza.

PACÍFICO SEGUROS pagará la suma asegurada convenida a la persona o personas designadas como beneficiarios en la Solicitud de Seguro firmada por el ASEGURADO.

b) INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE – (Según Plan de Seguro que conste en las Condiciones Particulares)

Se cubre la Invalidez Permanente del ASEGURADO ya sea total o parcial, debidamente acreditada con los documentos señalados en la Póliza.

PACÍFICO SEGUROS pagará la suma asegurada correspondiente al grado de invalidez permanente tomando como base las tablas del “Manual de Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez” de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigentes en el momento del accidente. Para mayor información ver la página web www.sbs.gob.pe.

Asimismo, de presentarse algún caso que no estuviese contemplado en las mencionadas tablas que sea materia de controversia, PACÍFICO SEGUROS someterá el reclamo a la opinión del Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órganos perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones pagadas no podrán exceder en conjunto del 100% de la suma asegurada fijada para esta cobertura.

c) GASTOS DE CURACIÓN POR ACCIDENTE – (Según Plan de Seguro que conste en las Condiciones Particulares)

Se cubren los honorarios médicos, los gastos farmacéuticos, hospitalarios y/o quirúrgicos que fueren necesarios para la curación del ASEGURADO, producto de un accidente, teniendo libertad el ASEGURADO de recurrir a cualquiera de las clínicas o centros médicos de la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS, según su Plan de Seguro señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En los gastos odontológicos se cubre únicamente la curación y reposición de piezas dentales dañadas exclusivamente a consecuencia de un accidente cubierto por este seguro.

Se cubre los exámenes de compatibilidad del donante de las unidades de sangre que vayan ser efectivamente transfundidas, en los casos que como consecuencia de un accidente amparado por la Póliza sea necesaria una transfusión de sangre total y/o fracciones.

d) GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL – (Según Plan de Seguro que conste en las Condiciones Particulares)

Se cubre los gastos incurridos por el sepelio del ASEGURADO, hasta los límites contratados, siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un accidente cubierto.

Esta cobertura se pagará ya sea mediante el pago de la suma asegurada establecida; o por reembolso de los gastos incurridos hasta el límite asegurado, previa presentación de los documentos correspondientes.

ARTÍCULO 9º

RIESGOS NO CUBIERTOS - EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta Póliza no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra durante la vigencia de la póliza se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a) La participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- b) Enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas de reposo.
- c) Pruebas diagnósticas, tratamientos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- d) Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.
- e) Las patologías médicas o quirúrgicas que anteceden el accidente y/o que se compliquen o descompensen a consecuencia del mismo.
- f) Lesiones y condiciones pre existentes al momento de contratar este seguro.
- g) Los accidentes ocurridos cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol y/o drogas, (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.

Para efectos de esta exclusión, se entiende que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

En caso específico de accidentes de tránsito y con relación a bebidas alcohólicas, se considera que el ASEGURADO se encuentra en estado de ebriedad cuando el examen de alcohol en la sangre arroja un resultado mayor de 0.50 gr./lt. al momento del accidente. 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., Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje presencia de intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida de la conciencia.

- h) Lesiones que el ASEGURADO sufre en el servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo; en actos delictuosos, en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- i) Lesiones causadas por ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativas de suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al ASEGURADO por los beneficiarios de esta Póliza.
- j) 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.
- k) Los accidentes que se produzcan en la práctica profesional o como aficionado de deportes y actividades de riesgo. Ejemplos: carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas o caminata de montaña, concursos o prácticas hípicas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, canotaje, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza de fieras, escalamiento de montañas, pesca submarina, deportes a caballo y

artes marciales; salvo que ASEGURADO los hubiere declarado en su Solicitud y PACÍFICO SEGUROS, previo pago de la extra prima correspondiente, los hubiere aceptado como riesgo, lo que debe constar en la Póliza.

- l) Las complicaciones originadas en cuadros de hernias y discopatías degenerativas de columna vertebral ni sus agravaciones; cuadros clínicos de insolación; y las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- m) Actos que infringen las leyes, normas o reglamentos vigentes, cuando sean delitos o constituya la causa del siniestro.
- n) Cuando carezca de licencia oficial para manejar y/o cuando teniendo licencia para manejar ésta no faculte la conducción del vehículo, según reglamento de licencias para conducir.
- o) Compra de células, tejidos y órganos. Terapia con células madres, factor de crecimiento plaquetario, albúmina humana.
- p) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originadas por la negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.
- q) El uso de yeso acrílico para cualquier lesión traumática (esguinces, fracturas, entre otras) de menos de 5 días calendario. Se reconocerá el costo del yeso convencional.
- r) Ortesis y prótesis externas, equipos para la rehabilitación de índole mecánica o electrónica de uso domiciliario, audífonos, implante coclear.
- s) Implantes dentales.
- t) Atenciones a domicilio, incluyendo cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en domicilio u otro centro de internamiento.
- u) Cirugía plástica o estética y tratamiento de cicatrices queloides.
- v) No se cubren medicamentos, insumos, implantes o prótesis que no estén aprobadas por la FDA (Food and Drug Administration - EEUU)
- w) Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, discolisis laser, infiltración o nucleolisis facetaria, vertebroplastia y discografía.
- x) Infección por virus de inmunodeficiencia humana, sus complicaciones y consecuencias en cualquiera de sus estadios
- y) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o hereditarios.
- z) Dispositivos para columna del tipo separadores intervertebrales, prótesis discales o vertebrales y cajetillas o cages. aa) Medicina alternativa o complementaria. Compra o alquiler de equipos médicos.

ARTÍCULO 10°

COBERTURAS ESPECIALES

Mediante la inclusión en la Póliza de una Cláusula Adicional y de ser el caso con el pago de una extra prima, PACÍFICO SEGUROS podrá otorgar coberturas especiales, dependiendo del Plan de Seguro contratado. Las coberturas y sus condiciones estarán especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado de Seguro.

ARTÍCULO 11°

COPAGO Y DEDUCIBLE

La Póliza podrá contemplar copagos y/o deducibles a cargo del ASEGURADO, los cuales se especificarán en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de siniestro, EL ASEGURADO asumirá el pago de los copagos o deducibles estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 12°

RELACIÓN DE CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS

De producido un accidente indemnizable, EL ASEGURADO tiene libertad de recurrir a las clínicas o centros médicos de la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS, señaladas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso, de no haber podido recurrir a una clínica o centro médico de la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS deberá presentar la relación de gastos de curación incurridos, los cuales serán reconocidos tomando como base máxima el Tarifario Pacífico.

CONDICIONES LEGALES

ARTÍCULO 13°

CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual PACÍFICO SEGUROS se obliga, mediante el cobro de la prima, a asumir los gastos incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por las coberturas convenidas, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Es parte del Contrato de Seguro, las presentes CONDICIONES GENERALES y las CONDICIONES PARTICULARES así como las Cláusulas adicionales, Endosos, Anexos y los documentos que contengan declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro, si los hubiere.

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

ARTÍCULO 14°

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 las lesiones ocasionadas por un 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 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. Se precisa que la cobertura queda condicionada al pago de la prima, a la firma del CONVENIO DE PAGO o a la ocurrencia del siniestro, si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima.

ARTÍCULO 15°

BASES DEL CONTRATO

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

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 16º

DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA PÓLIZA

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

ARTÍCULO 17º

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 lo permita, en la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, el ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de SALUD, de ser requerida.

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO 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 ASEGURADO, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere, 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 ASEGURADO ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

ARTÍCULO 18º

RESIDENCIA

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

Para los efectos de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá que el ASEGURADO es residente si está en el Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza.

Si el ASEGURADO pierde su condición de residente y este hecho es conocido por PACÍFICO SEGUROS, se suspenderá la cobertura en el extranjero en el plazo que se establezca en la comunicación escrita que le cursará PACÍFICO SEGUROS al ASEGURADO. El contrato terminará definitivamente en caso que el ASEGURADO permanezca bajo la calidad de no residente al momento de la renovación de la Póliza.

Si el ASEGURADO informa a PACÍFICO SEGUROS, con anticipación y por escrito sobre su salida del país por un periodo igual o mayor de tres (3) meses, PACÍFICO SEGUROS evaluará si suspenderá la cobertura en el extranjero o no, y, de ser el caso se pondrá de acuerdo con el ASEGURADO para que mantenga la cobertura nacional pagando una prima menor a la originalmente establecida, la que le será comunicada por escrito. En caso que no acepte el ASEGURADO mantener solamente la cobertura nacional, procederá la resolución del contrato de acuerdo a lo establecido en el artículo sobre RESOLUCIÓN DEL CONTRATO de estas CONDICIONES GENERALES.

Si el ASEGURADO cumplió con dar aviso de su salida del país y aceptó mantener solo la cobertura nacional y PACÍFICO SEGUROS no le otorgó la cobertura en el extranjero, ésta se activará nuevamente en la nueva vigencia anual de la Póliza, de ser el caso que vuelva a ser residente en el Perú.

ARTÍCULO 19º

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

PACÍFICO 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 20º

VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INICIO DE 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.

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4 de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, en caso de prima con pago diferido, las partes convienen en postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la prima dentro del plazo establecido; o en caso de prima con pago fraccionado, al pago de la primera cuota de la prima; siempre que en ambos casos no se haya pactado un plazo adicional para dicho pago.

Sin perjuicio de lo anterior, en aplicación de lo dispuesto en el Artículo 3 del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguro, en la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS cubrirá el pago del

mismo, oportunidad en la cual se devengará el íntegro de la prima acordada, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

Las pólizas tienen vigencia anual, salvo acuerdo distinto de las partes, y no serán renovadas automáticamente; salvo que se haya pactado la renovación automática en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. No obstante lo anterior, vencido el plazo del contrato, la cobertura podrá continuar por un plazo igual y bajo los nuevos términos y condiciones que podría proponer PACÍFICO SEGUROS, que pueden incluir el aumento de primas y/o COASEGUROS y/o COPAGOS, de ser el caso, salvo que se haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; en cuyo caso el ASEGURADO tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia. Queda establecido que la prima, aún después de los mencionados cinco años podrá variarse. Los criterios y procedimientos de actualización de la prima se encuentran señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

En caso de modificación de la póliza al vencimiento de la vigencia, ya sea con renovación automática o sin ella, se comunicará por escrito al ASEGURADO 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 ASEGURADO 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 ASEGURADO procede a pagar la prima o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagarla o a acepta el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago. En el caso que la póliza se pague mediante cargo en cuenta y/o débito automático y/o a través de tarjeta de crédito y/o débito, dicha ratificación también se entenderá realizada si, luego de transcurridos quince (15) días calendario desde que el ASEGURADO reciba su primer estado de cuenta, donde figure el primer cargo efectuado con el nuevo monto, éste no manifieste estar en desacuerdo con dicho cargo realizado por PACÍFICO SEGUROS.

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.

Queda establecido que de existir períodos de carencia y/o de espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. La diferencia entre dichos periodos se encuentra señalada en el artículo sobre PERIODOS DE ESPERA Y DE CARENCIA de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, en caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva SOLICITUD DE SEGURO ni una nueva DECLARACIÓN JURADA DE SALUD. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la SOLICITUD DE SEGURO y llenar la correspondiente DECLARACIÓN JURADA DE SALUD y se iniciará nuevamente el cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia, previa aprobación de la Solicitud por parte de PACÍFICO SEGUROS.

La comunicación que PACÍFICO SEGUROS envíe al ASEGURADO informando sobre las modificaciones al contrato de seguro se realizarán a través de los mecanismos de comunicación pactados, señalados en la Póliza.

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 ASEGURADO tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.**
- c) **EL ASEGURADO podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.**
- d) **Si el ASEGURADO no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.**

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 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 y/o al ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión de la cobertura del seguro como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. En dicha comunicación se indicará el plazo que dispone el CONTRATANTE y/o ASEGURADO para pagar la prima antes de la suspensión automática de la cobertura del seguro.

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

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

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

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

ARTÍCULO 24º

REHABILITACIÓN

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

AGRAVACIÓN DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

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

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

En caso 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 del ASEGURADO 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 PACÍFICO 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. PACÍFICO SEGUROS conozca la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

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

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** señalado en las **CONDICIONES PARTICULARES**. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.
- b) Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en los Artículos referidos sobre al “**PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ**” Y “**PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO**”.
- c) El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.
- d) 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.
- e) 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 Seguro.

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 27º

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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

La Póliza es nula por las siguientes causales:

- a) Por ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente, al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.
- b) Por inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del ASEGURADO- de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Efectos sobre la prima

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

ARTÍCULO 28º

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

La resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguros puede darse:

- a). Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en el Contrato de Seguro o en el Certificado de Seguros, tanto PACÍFICO SEGUROS como el CONTRATANTE o el ASEGURADO de manera unilateral y sin expresión de causa podrán solicitar la resolución del contrato o del certificado, según sea el caso.

i) En caso sea PACIFICO SEGUROS el que decidiera resolver el contrato de seguros o el certificado, según corresponda, esta se considerará resuelta en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en el que se CONTRATANTE y/o el ASEGURADO, reciba la comunicación informando sobre esta decisión, la misma que podrá ser enviada por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o certificado de seguro. Asimismo, PACIFICO SEGUROS, informará en la mencionada comunicación que procederá con la devolución de la prima no devengada sin gestión alguna por parte del CONTRATANTE o del ASEGURADO, en caso corresponda dicha devolución. Dicha devolución se realizará dentro de los treinta (30) días desde la solicitud de la resolución

ii) En el caso que sea el CONTRATANTE o el ASEGURADO el que solicite la terminación del Contrato de seguros o del certificado de seguro, esta se realizará automáticamente cuando así lo soliciten a PACIFICO SEGUROS, usando los medios de comunicación pactados; esta decisión no afectará a cualquier SINIESTRO

originado durante la vigencia de la Póliza, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:

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

En caso corresponda la devolución de primas por el periodo no devengado, el plazo en que PACIFICO SEGUROS devolverá dicha prima será de treinta (30) días computados desde la fecha de la Solicitud de la Resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE o ASEGURADO y la devolución de la prima no devengada se realizará sin gestión alguna por parte del CONTRATANTE o ASEGURADO.

b) Por pérdida de la calidad de residente en el País

Dentro de este supuesto (sin expresión de causa) se considerará que la no aceptación del ASEGURADO a las nuevas condiciones de su póliza (solo cobertura nacional y nuevo monto de prima reducida) por perder la condición de residente en el país, implica la resolución del contrato de seguro, a los 30 días de la comunicación efectuada entre PACÍFICO SEGUROS y el ASEGURADO.

Efecto sobre la prima

El CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, 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 del CONTRATANTE o ASEGURADO, señalada en la solicitud 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.

c. Por incumplimiento de obligaciones

Durante la vigencia del contrato de seguro o del certificado de seguro, la resolución 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 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 asegurado, según corresponda, reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.

ii. Por agravación del riesgo

PACÍFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato o certificado de seguro por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que ésta fue debidamente comunicada por el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo precedente sobre **AGRAVACIÓN DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR**, de estas **CONDICIONES GENERALES**.

iii. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

En caso de incurrirse en la presente causal el **ASEGURADO** pierde el derecho a ser indemnizado.

No obstante lo anterior, **PACÍFICO SEGUROS** atenderá la solicitud de cobertura presentada.

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 aplica también para el **ASEGURADO**, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales 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 certificado se considerará resuelto en el plazo de treinta (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, salvo en el supuesto del literal i) donde solo podrá cobrar de acuerdo a la proporción de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 29º

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a) Al fallecimiento del **ASEGURADO**.
- b) Cuando el **ASEGURADO** pierda su calidad de tal, es decir deje de ser estudiante.
- c) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- d) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.

- e) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza.

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

ARTÍCULO 30º

RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA

Se considerará que existió dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa 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 ha brindado al ASEGURADO una lista de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en culpa inexcusable o dolo.

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

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

ARTÍCULO 31º

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. Este derecho, así como el de requerir al ASEGURADO aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación que ha presentado debe ser solicitado por PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo de los primeros 20 días de los 30 días de recibida

la documentación completa indicada en la póliza, que tiene para consentir o rechazar el siniestro.

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso 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 FRAUDULENTA

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

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

ARTÍCULO 33º

SUBROGACIÓN

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

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 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:

- 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.
- c) 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.

ARTÍCULO 34º

INFORMACIÓN MEDICA E HISTORIA CLÍNICA

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

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

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados a los datos de contacto establecidos en la SOLICITUD DE SEGURO y de preferencia por escrito, a través de los medios de comunicación pactados previamente por las partes, sean físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia, salvo en los supuestos expresamente contemplados en estas CONDICIONES GENERALES que establecen la obligación de PACÍFICO 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 realizarse bajo la misma forma y medio utilizado 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 PACÍFICO 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.

En este caso, toda discrepancia, controversia, reclamación o litigio entre PACÍFICO SEGUROS y el ASEGURADO y/o su Cesionario y/o los Beneficiarios de esta Póliza, si los hubiere, que surgiere como consecuencia de la interpretación, cumplimiento de los acuerdos y pactos contenidos en este contrato, terminación e invalidez del contrato de seguros, de la responsabilidad u obligación de PACÍFICO SEGUROS, o por cualquier otra causa, será resuelta por medio de arbitraje de derecho, cuyo tribunal estará integrado por tres miembros, quienes deberán ser abogados en ejercicio y encontrarse debidamente registrados en el CECONAR. Cada parte designará a un árbitro, quienes a su vez, de común acuerdo nombrarán al tercero, quien lo presidirá. En caso de no llegar a un acuerdo sobre su designación, este deberá ser designado por el Centro de Conciliación y Arbitraje de Salud.

Dicho Tribunal tendrá como sede la ciudad de Lima, y se someterá a los Reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud.

El laudo que expide el Tribunal Arbitral será definitivo e inapelable, por lo que las partes renuncian expresamente a la interposición del recurso de apelación.

Se entiende que la presente cláusula produce efectos en el contexto de la ocurrencia natural de siniestros continuados de las pólizas de salud, y por ende en armonía con lo establecido en los artículos 40 y 46 de la Ley 29946 – Ley del Contrato de Seguro y en tanto el monto reclamado supere los montos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP en lo concerniente a mecanismos de solución de controversias.

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.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 39º

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 40º

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 41º

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

El ASEGURADO para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación del seguro. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

Los canales y el procedimiento para ejercer el derecho de arrepentimiento se encuentran señalados en el Resumen de la Póliza.

ARTÍCULO 42º

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.

ARTÍCULO 43º

REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES

Este seguro de accidentes formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 1. Accidente:** Se entiende por accidente, toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del “CONTRATANTE y/o ASEGURADO”, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- 2. Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta bajo las coberturas y sumas aseguradas establecidas en la póliza y que se encuentre debidamente registrado como tal en las condiciones particulares. Puede ser una persona distinta a la que contrata el seguro.
- 3. Beneficiario:** Es la persona que recibe el pago especificado en la solicitud de seguros al fallecimiento del asegurado de la póliza. Para la cobertura de Invalidez Permanente por accidente, y gastos de curación por accidente, el beneficiario es el mismo ASEGURADO.

Para la cobertura de muerte accidental y gastos de sepelio por accidente, los beneficiarios serán los Herederos Legales del ASEGURADO.

4. **Cobertura:** Responsabilidad asumida por PACÍFICO SEGUROS en virtud de la cual se hace cargo del riesgo y de las prestaciones previstas, hasta el límite de la Suma Asegurada estipulado en la póliza.
5. **Contratante:** Es el tomador de la póliza. En las pólizas grupales es una persona distinta del asegurado. Es el único que puede solicitar enmiendas a la póliza, es el que generalmente paga la prima, y es el que fija y solicita los montos asegurados y los riesgos que se aseguran.
6. **Corredor de Seguros:** Es la persona natural o jurídica que, a solicitud del CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede intermediar en la celebración de los contratos de seguros y asesorar a los asegurados o contratantes del seguro en materias de su competencia.
7. **Deducible:** Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el “CONTRATANTE y/o ASEGURADO”, el mismo que está indicado en las Condiciones Particulares.
8. **Endoso:** Es el acuerdo establecido en un Contrato de Seguro cuyas cláusulas generalmente modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.
9. **Estudiante:** Persona que cursa estudios en una institución educativa.
10. **Institución Educativa:** Establecimiento destinado a la enseñanza.
11. **Invalidez Permanente Parcial:** Es la pérdida parcial de los miembros u órganos como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
12. **Invalidez Total Permanente:** Para efectos de este seguro, invalidez es la pérdida anatómica total o la pérdida total y definitiva de la función del órgano o miembro lesionado, como consecuencia del accidente cubierto por la póliza, y que se dictamina dentro del período no menor a los seis meses ni posterior a los 12 meses de la fecha del accidente.
13. **Prima:** Es el valor determinado por PACÍFICO SEGUROS como contraprestación por las coberturas otorgadas al ASEGURADO y que tienen con fundamento las bases técnicas de la Póliza, la selección y evaluación del riesgo.
14. **Solicitud de Seguro:** Documento, generalmente pre-impreso y definido por PACÍFICO SEGUROS aseguradora, en el cual consignando la identificación del asegurado, edad, ocupación y/o actividad y beneficiarios, 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 una breve declaración de salud.
15. **Suma Asegurada:** Se entiende como capital asegurado al valor asegurado para cada una de las coberturas contratadas, según los términos, condiciones y límites indicados en las Condiciones Particulares.