

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES INTERNACIONAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

- Artículo 1° Objeto del seguro
- Artículo 2° Personas asegurables
- Artículo 3° Beneficio máximo asegurado por persona
- Artículo 4° Periodo de carencia**
- Artículo 5° Riesgos Asegurados: Beneficios y Gastos Cubiertos**
- Artículo 6° Gastos no cubiertos y exclusiones**
- Artículo 7° Copago y coaseguro
- Artículo 8° Relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores

CONDICIONES OPERATIVAS

- Artículo 9° Sistemas de atención
- Artículo 10° Requisitos y procedimientos de atención para la utilización del seguro
- Artículo 11° Uso de clínicas y centros médicos de la red de proveedores
- Artículo 12° Uso de clínicas y centros médicos fuera de la red de proveedores
- Artículo 13° Liquidación de gastos y pago de beneficios

CONDICIONES LEGALES

- Artículo 14° Del Contrato del Seguro
- Artículo 15° Declaraciones
- Artículo 16° Avisos y comunicaciones
- Artículo 17° Residencia
- Artículo 18° Vigencia de la Póliza
- Artículo 19° Ajuste de primas y modificaciones
- Artículo 20° Observaciones a la Póliza
- Artículo 21° Renovación de la Póliza
- Artículo 22° Pago de la prima
- Artículo 23° Nulidad del Contrato de Seguro
- Artículo 24° Resolución del Contrato
- Artículo 25° Terminación de la cobertura
- Artículo 26° Revisión de los reclamos
- Artículo 27° Declaración falsa y/o reticente
- Artículo 28° Reclamación fraudulenta
- Artículo 29° Subrogación y otros seguros
- Artículo 30° Prescripción liberatoria
- Artículo 31° Predominio de condiciones y/o cláusulas
- Artículo 32° Defensoría del Asegurado
- Artículo 33° Solución de controversias
- Artículo 34° Reclamos por insatisfacción de productos
- Artículo 35° Tributos
- Artículo 36° Glosario de términos

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el Solicitante, en adelante el ASEGURADO cuya veracidad constituye causa determinante para la celebración del presente contrato; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES INTERNACIONAL, y en las Condiciones Particulares, Especiales, Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza, El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada LA COMPAÑÍA, conviene en asegurar al ASEGURADO y a sus DEPENDIENTES de ser el caso, contra los riesgos expresamente señalados en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, LA COMPAÑÍA conviene en amparar al ASEGURADO contra los riesgos asegurados señalados más adelante, pagando y/o reembolsando única y exclusivamente los gastos amparados por la Póliza, a nivel nacional e internacional, sea atención médica hospitalaria o ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por Persona, de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza.

El alcance de los beneficios, límites, coberturas y los aspectos importantes del seguro se establecerán en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 2°

PERSONAS ASEGURABLES

Sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, podrá asegurarse cualquier persona que goce de buena salud y que haya pasado por el proceso de evaluación de LA COMPAÑÍA. Este seguro ampara al ASEGURADO y podría amparar también a sus padres, cónyuge, conviviente e hijos, siempre que hayan sido aceptados y registrados como DEPENDIENTES en la Póliza.

La edad de ingreso de los ASEGURADOS y DEPENDIENTES se establecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los DEPENDIENTES, que no se incluyeron al inicio de la vigencia de la Póliza, sólo podrán incluirse al inicio de la siguiente vigencia, de continuar el ASEGURADO con el seguro.

Artículo 3°

BENEFICIO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA

La COMPAÑÍA será responsable de amparar las coberturas establecidas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza durante la vigencia de la misma y hasta los límites establecidos en ella.

Los gastos pagados por la COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la Póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo Anual especificado en la Tabla de Beneficios.

El Beneficio Máximo Anual contratado aplica independientemente para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES y es consumido según las atenciones médicas que realice cada uno de ellos. En caso de consumir totalmente el Beneficio Máximo Anual no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia de la Póliza, siempre que haya continuidad.

Artículo 4°

PERÍODO DE CARENCIA

La Póliza estará sujeta a un periodo de carencia cuya duración se establecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las enfermedades que amparan esta Póliza que inicien o se detecten durante el período de carencia, NO se encontrarán cubiertas por el seguro.

Artículo 5°

RIESGOS ASEGURADOS: BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Sujeto a lo establecido en el Artículo 1° de estas Condiciones Generales, este Seguro cubrirá los gastos señalados a continuación, a nivel nacional e internacional. El ASEGURADO gozará de las coberturas señaladas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por Persona.

A. TRATAMIENTO DEL CANCER

Para los términos de la presente Póliza se entenderá por Cáncer a la enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos.

Los tratamientos cubiertos bajo la presente Póliza comprenderán únicamente los siguientes: **Cirugía Oncológica, Quimioterapia, Terapia biológica y Radioterapia.**

Se entiende por **Cirugía Oncológica**, la realizada por un médico con especialidad de Cirujano Oncólogo.

Se entiende por **Quimioterapia**, a los esquemas de tratamiento de oncología clínica con fármacos antineoplásicos.

Se entiende por **Terapia Biológica** a los tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia.

Se entiende por **Radioterapia**, la aplicación de radiaciones ionizantes emitidas por equipos como el acelerador lineal, diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores localizados.

Para la aprobación de la cobertura de cada caso oncológico específico a tratar, resulta indispensable que los tratamientos de Quimioterapia, Terapia Biológica, así como las demás terapias oncológicas prescritas cumplan simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:

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

Adicionalmente los procedimientos oncológicos (Cirugía oncológica, Radioterapia, exámenes auxiliares) deberán contar con la recomendación de la NCCN, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A.

Para mayor información sobre la organización *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN). Sírvase revisar la siguiente página web: www.nccn.org.

Los gastos cubiertos por la cobertura de Tratamiento del Cáncer se detallan a continuación y sus alcances se establecerán en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza:

En caso de ATENCION AMBULATORIA (sin hospitalización) se cubrirá:

- a) Exámenes Inmuno histoquímico e Histopatológico.
- b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes y/u otros procedimientos.
- c) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- d) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificado.
- e) Medicina Nuclear, que comprende: PETScan, PET/CT, gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de la Póliza.
- f) Quimioterapia Radioterapia y Terapia Biológica, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- g) Radiología, que comprende: ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía computarizada y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a la *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- h) Salas de Quimioterapia, operaciones y de recuperación.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Exámenes Inmuno Histoquímico e Histopatológico.
- b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes y/u otros procedimientos.
- c) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- d) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- e) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados. Medicina Nuclear, que comprende: PETScan, PET/CT, gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo, de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de la Póliza.
- f) Quimioterapia Radioterapia y Terapia Biológica, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- g) Radiología, que comprende: ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía computarizada y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a la *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*

de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.

- h) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos y/o intermedios.

B. CIRUGIA CARDIACA INCLUYENDO ANGIOPLASTIA CON STENT

La **Cirugía Cardíaca** es la especialidad quirúrgica que se ocupa del corazón o grandes vasos, realizada por un cirujano cardíaco.

Están cubiertas las cirugías de lesiones: musculares, valvulares, coronarias y cirugías de grandes vasos emergentes del corazón del aparato cardiovascular.

Serán cubiertos todos los gastos efectuados durante los 30 días anteriores y posteriores a la cirugía u hospitalización requerida para dicha cirugía.

En caso de ATENCION AMBULATORIA (sin hospitalización) se cubrirá:

- a) Honorarios médicos.
- b) Medicinas, resonancias magnéticas, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes pertinentes.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- d) Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio pertinente.
- e) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o por visita hospitalaria, ayudantía, o administración de anestesia.
- f) Prótesis cubiertas: stent, válvulas e injertos de grandes vasos.

C. CIRUGIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Cubre las intervenciones quirúrgicas de las enfermedades tumorales o vasculares del sistema nervioso central que incluyen: el cerebro, otras estructuras intracraneales y la medula espinal. También cubre lesiones radicales ocasionadas por patologías de la columna vertebral.

Serán cubiertos todos los gastos efectuados durante los 30 días anteriores y posteriores a la cirugía u hospitalización requerida para dicha cirugía.

En caso de ATENCION AMBULATORIA (sin hospitalización) se cubrirá:

- a) Honorarios médicos.
- b) Medicinas, resonancias magnéticas, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes pertinentes.
- c) Terapia física de rehabilitación.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- d) Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio pertinente.
- e) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o por visita hospitalaria, ayudantía, o administración de anestesia.
- f) Prótesis discuales y de cuerpos vertebrales siempre y cuando haya lesión neurológica.

D. TRASPLANTE DE ORGANOS

Cubre el tratamiento quirúrgico de los ASEGURADOS con daños irreversibles en uno o más órganos cubiertos susceptibles de reemplazarse por el trasplante de órganos sanos extraídos a donantes vivos o muertos, incluyendo los gastos médicos y hospitalarios ocasionados por el donante seleccionado, excluyéndose los gastos para la selección del donante. También cubre los tratamientos para evitar el rechazo del órgano trasplantado.

Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son:

- | | |
|-------------|----------------|
| 1) Riñones | 5) Páncreas |
| 2) Corazón | 6) Córnea |
| 3) Hígado | 7) Médula Ósea |
| 4) Pulmones | |

Sólo se reconocerá el trasplante de cada tipo de órgano por una única vez, independientemente de que esta Póliza sea renovada indefinidamente.

En caso de ATENCION AMBULATORIA (sin hospitalización) se cubrirá:

- a) Honorarios médicos.
- b) Medicinas, resonancias magnéticas, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes especiales pertinentes.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- d) Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio pertinente.
- e) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o por visita hospitalaria, ayudantía, o administración de anestesia.
- f) Servicios y equipos requeridos para el trasplante de órganos

Los trasplantes solo se podrán realizar en centros autorizados por MINSAs y ONDT a nivel nacional y a nivel internacional en centros autorizados por la institución respectiva de cada país.

E. HEMODIALISIS POR INSUFICIENCIA RENAL

Cubre los casos por consecuencia del deterioro progresivo o agudo, sea o no irreversible de la función renal que requiera un tratamiento de diálisis.

En caso de ATENCION AMBULATORIA (sin hospitalización) se cubrirá:

- a) Honorarios médicos.
- b) Medicinas, resonancias magnéticas, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes pertinentes.
- c) Infección del catéter.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- d) Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio pertinente.
- e) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o por visita hospitalaria, ayudantía, o administración de anestesia.
- f) Hemodiálisis.
- g) Infección del catéter.
- h) Creación de fístula arteriovenosa.

Independientemente de la causa del internamiento solo se cubren los gastos de hospitalización correspondientes a la hemodiálisis.

No se cubren la diálisis peritoneal.

F. QUEMADURAS DE TERCER GRADO (GRAN QUEMADO)

Cubre los casos de quemaduras que afecten o comprometan un mínimo del 30% de la superficie corporal, que además éstas sean de tercer grado.

La cobertura inicia desde la atención de la emergencia hasta finalizar la etapa reconstructiva (no se cubre cirugía estética).

En caso de ATENCION AMBULATORIA (sin hospitalización) se cubrirá:

- a) Honorarios médicos
- b) Medicinas, resonancias magnéticas, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes pertinentes.
- c) Terapia física de rehabilitación hasta por 1 año después de la reconstrucción.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- d) Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio pertinentes.
- e) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o por visita hospitalaria, ayudantía, o administración de anestesia.
- f) Injertos (autoinjertos y aloinjertos).

G. POLITRAUMATISMOS O TRAUMA MAYOR

Cubre los casos de trauma severo con compromiso de dos o más sistemas orgánicos que necesariamente requiera manejo por la unidad de cuidados intensivos.

La cobertura inicia desde la atención de la emergencia y finaliza hasta 30 días después del alta hospitalaria.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- d) Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio pertinentes.
- e) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o por visita hospitalaria, ayudantía, o administración de anestesia.
- f) Incluye prótesis mecánicas de extremidades Materiales, electrónicas, biónicas.

Comentario [A1]: Revisar con EVA ASCENCIOS y ALFREDO BUENO

En caso de ATENCION AMBULATORIA (sin hospitalización) se cubrirá:

- a) Honorarios médicos.
- b) Medicinas, resonancias magnéticas, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes pertinentes.
- c) Terapia física de rehabilitación únicamente para la afección de los sistemas osteomuscular, cardíaca y respiratoria hasta por 1 año después de la reconstrucción.

BENEFICIOS ADICIONALES

Adicionalmente a las coberturas indicadas, LA COMPAÑÍA podrá otorgar coberturas y beneficios especiales. Las coberturas y beneficios especiales y sus alcances se especificarán en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza:

Para la cobertura de tratamiento del Cáncer:

- a) **CHEQUEOS ONCOLÓGICOS PREVENTIVOS**
Otorga al ASEGURADO descuentos preferenciales con proveedores designados por la COMPAÑÍA. Atención únicamente en Perú.
- b) **CIRUGÍA DE HALLAZGO**
Cuando en una cirugía común se encuentra Cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; LA COMPAÑÍA pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo de Cáncer previo a la cirugía y siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con el correspondiente Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer. Atención únicamente en el Perú.
- c) **CUIDADOS PALIATIVOS DEL DOLOR EN EL HOGAR**
Servicio temporal de asistencia parcial o complementaria que estará sujeto a evaluación médica de parte del médico oncólogo a cargo del caso. Dicho servicio incluye la implementación de una cama clínica mecánica, medicamentos,

soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro, oxígeno y servicio de enfermera o técnica en enfermería hasta un máximo de 12 horas en horario diurno, siempre y cuando tenga la indicación del médico designado por LA COMPAÑÍA y otros de acuerdo a evaluación del médico de la cobertura.

Este beneficio es únicamente para aquél paciente terminal, que debido a su condición médica sólo requiera tratamiento de sostén, y que no requiera tratamiento oncológico (bajo cualquiera de sus modalidades, incluyendo el tratamiento paliativo relacionado directamente a la neoplasia).

Se otorga una única vez, y únicamente en el Perú.

LA COMPAÑÍA brindará el servicio de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares.

d) DESPISTAJE ONCOLÓGICO GRATUITO

Plan preventivo oncológico diseñado para detectar oportunamente la enfermedad de Cáncer según edad, sexo y tiempo de permanencia en el seguro a partir de la primera renovación de acuerdo a lo indicado en las condiciones particulares de la póliza. Atención únicamente en el Perú.

e) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Se reconocerá la operación de reconstrucción mamaria independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América. Sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se le haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama durante la vigencia de la póliza, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Se reconocerán las complicaciones de la reconstrucción mamaria que ocurran dentro de las 3 semanas posteriores de realizada cada fase de la reconstrucción, la cual no podrá tener una duración mayor a un año. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezones. Atención únicamente en el Perú.

f) SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO

Se cubre cualquier otro cáncer diferente histológicamente al primero cubierto por la Póliza.

g) SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

Para aquellos casos en que no sea factible realizar la biopsia o cirugía, previa evaluación y aprobación de LA COMPAÑÍA, y siempre que la documentación alcanzada sustente el Cáncer con exámenes auxiliares y de ayuda diagnóstica, se cubrirán los gastos incurridos para el tratamiento, seguimiento y control del Cáncer desde la fecha de dicha aprobación.

En caso que se obtenga el informe Anatómico Patológico Histológico y éste no confirme la enfermedad de Cáncer, los gastos serán cubiertos por el ASEGURADO.

h) TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Se cubrirán únicamente las patologías que se presenten, dentro de los plazos establecidos en las condiciones particulares de la póliza, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico (Quimioterapia, Radioterapia, Terapia Biológica o Cirugía Oncológica). Sólo se cubrirán las patologías señaladas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares.

Para las coberturas de Tratamiento del Cáncer, Cirugía cardiaca incluyendo angioplastia con stent, Cirugía del sistema nervioso central, Trasplante de órganos, HemodDiálisis por insuficiencia renal, Quemaduras de tercer grado (gran quemado), Politraumatismos o trauma mayor

i) ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE

Servicio de alimentación gratuita compuesto por 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena estándar por día, que la clínica servirá a UN acompañante del paciente oncológico hospitalizado, durante el tiempo que dure el internamiento. Atención únicamente en el Perú.

j) AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA

Cubre el traslado del ASEGURADO desde la clínica o centro médico a su domicilio, previa indicación médica. Tiene limitaciones geográficas según se establece en la Tabla de Beneficios. Atención únicamente en el Perú.

k) CONSULTA CON NUTRICIONISTA

En caso sea medicamente necesario que el ASEGURADO acuda a un nutricionista a consecuencia de las enfermedades oncológicas y en grandes quemados, LA COMPAÑÍA brindará el servicio de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares. Atención únicamente en el Perú.

l) GASTOS DE SEPELIO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO por las enfermedades o tratamientos cubiertos por esta póliza, y siempre y cuando la póliza haya sido activada, se cubre los gastos por concepto de funeral. Atención sólo en el Perú de acuerdo a lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.

m) NUTRICIÓN PARENTERAL

Alimentación endovenosa para pacientes que por una cirugía oncológica o progresión del Cáncer, o en grandes quemados, no pueden alimentarse en forma enteral, previa aprobación de la compañía. No se brinda a los pacientes que estén usando el beneficio de cuidado paliativo en el hogar.

n) RADIOCIRUGÍA

Tratamiento con radioterapia de última generación para tratamientos oncológicos y neurovasculares.

o) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS)

Se cubre la opinión de otro cirujano con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual EL ASEGURADO tiene una duda razonable. Aplicable para pacientes ambulatorios.

p) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS)

Se cubre la opinión de un cirujano en el extranjero que LA COMPAÑÍA gestionará cuando así lo considere necesario al existir una duda razonable. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero. Aplicable para pacientes ambulatorios.

q) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Otorga al ASEGURADO descuentos preferenciales con proveedores designados por la COMPAÑÍA. Atención únicamente en el Perú.

r) TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL

Siempre que en la localidad donde se encuentre el ASEGURADO no exista la capacidad resolutive ni la infraestructura médica necesaria para su atención hospitalaria, y con la previa autorización y certificación del médico tratante, se cubrirán únicamente los gastos de transporte aéreo o terrestre en línea comercial hacia el establecimiento de salud con capacidad resolutive más próximo, de acuerdo a lo establecido en el condicionado particular; previa autorización de la COMPAÑÍA. Este beneficio no cubre los gastos de alojamiento ni alimentación.

Queda entendido y convenido que la presente póliza no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad, cirugía o diagnóstico que no sea las expresamente señaladas en esta Póliza, aún cuando dicha enfermedad, cirugía o diagnóstico haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por cualquier tratamiento proporcionado en relación a un riesgo amparado por esta póliza.

Artículo 6°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Queda entendido y convenido que la presente Póliza no cubre ningún tratamiento o gasto derivado y/o relacionado y/o a consecuencia de, o como resultado de:

- a) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- b) Cambio de prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.
- c) Chequeos médicos que no se encuentren señalados en la Tabla de Beneficios, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos y de rehabilitación.
- d) Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza, excepto la reconstrucción mamaria post mastectomía cubierta por ésta póliza y cirugía reparadora por quemaduras de tercer grado.
- e) Compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos.
- f) Equipos mecánicos o electrónicos de uso extrahospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, glucómetro y muletas.
- g) Contaminación nuclear, así como enfermedades ocupacionales.
- h) Cuidados, atenciones ó tratamientos de enfermería particular, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.
- i) Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: implante coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, marcapaso cardiaco, desfibrilador implantable, cardiovectores, dispositivos intervertebrales o interespinosos y cualquier otro que surja en el futuro que se considere dispositivos o implantes médicos de acuerdo a lo definido en el Glosario, salvo los detallados específicamente en la pólizaExcepto: marcapaso cardíaco, stent, prótesis osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales sí se cubrirán
- j) **ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES PREEXISTENTES.** No se considera enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aún cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades y/o asistencia médica diferente siempre que haya sido contratada en la misma COMPAÑÍA.

- k) Gastos pagados directamente por EL ASEGURADO y/o sus dependientes para su tratamiento no reconocidos por esta póliza.
- l) Factores de estimulantes de Eritrocitos (Eritropoyetina y similares).
- m) Diálisis Peritoneales.
- n) Enfermedades del sistema vascular periférico, arterial o venoso.
- o) Procedimientos oncológicos que NO cuenten con la recomendación de las guías clínicas de la NCCN, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- p) Espaciadores interespinosos o intervertebrales y procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, vertebroplastia, discectomía laser o por radiofrecuencia y nucleolisis facetaria.
- q) Pruebas de laboratorio y exámenes genéticos de valor pronóstico.
- r) Psicofármacos, recursos naturales y productos no medicinales.
- s) Diagnósticos (los detallados en esta Póliza) que se hayan detectado durante el período de carencia.
- t) Suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre.
- u) Tratamiento de las complicaciones derivadas de las medidas terapéuticas para evitar el rechazo del órgano trasplantado.
- v) Tratamientos de medicina alternativa y/o complementaria.
- w) Tratamientos de Quimioterapia así como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que no se demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y además que NO se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- x) Tratamientos o procedimientos catalogados como preventivos o profilácticos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- y) Vitaminas y suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, nootrópicos, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido en la Póliza hubiese sido cubierto por error, LA COMPAÑÍA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.

Artículo 7º

COPAGO Y COASEGURO

El Copago es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor oncológico de la red de LA COMPAÑÍA 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 aplica Copagos se especifican en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares.

El Coaseguro es el porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor oncológico de la red de LA COMPAÑÍA 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 aplica Coaseguros se especifican en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares.

Una misma atención puede estar afecta a Copago y Coaseguro.

Artículo 8°

RELACION DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES.

La atención en el Perú se realizará en las clínicas y centros médicos de la red de proveedores de la COMPAÑÍA, que se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑÍA podrá modificar la relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores en Lima y provincias en caso fuera necesario, buscando preservar un servicio de salud de calidad. En caso que esto suceda y exista una hospitalización en curso, se otorgará la atención en la clínica excluida hasta el alta del ASEGURADO y/o DEPENDIENTE.

En caso de atenciones en el extranjero, EL ASEGURADO podrá elegir la clínica o centro médico de su preferencia debiendo para ello cumplir con el procedimiento establecido en el artículo "REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO".

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 9°

SISTEMAS DE ATENCIÓN

El ASEGURADO podrá hacer uso del seguro únicamente a través de uno de los Sistemas de Atención señalados a continuación, en los términos que se establecerán en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza:

1. A CRÉDITO (DIRECTA EN CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA COMPAÑÍA)

Bajo este sistema el ASEGURADO deberá acudir exclusivamente a las clínicas y centros médicos de la red de proveedores indicada en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑÍA emitirá una Carta de Garantía para reconocer los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú.

Bajo este sistema, en el extranjero, el ASEGURADO deberá pasar por el proceso de precertificación y seguir el procedimiento establecido en estas condiciones.

2. POR REEMBOLSO (ATENCIÓN FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES DE LA COMPAÑÍA)

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá recurrir en el Perú a una clínica o centro médico diferente a los establecidos en la red de proveedores de LA COMPAÑÍA o en el extranjero, sin previa certificación, siempre que este sistema de atención se encuentre establecido en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, donde se señalarán los alcances y/o limitaciones.

Artículo 10°

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO.

10.1 REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA ACTIVAR LA PÓLIZA (SOLO PARA EL TRATAMIENTO Y CIRUGIA DE CANCER):

- a) Presentarse a una cita con la Consejería Oncológica para tener una reunión de orientación. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento, la orientación se podrá realizar telefónicamente. LA COMPAÑÍA orientará al ASEGURADO

acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones, exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza.

- b) Presentar en la reunión de Consejería Oncológica en original el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlo en las oficinas de LA COMPAÑÍA.
- c) Presentar en la reunión de Consejería Oncológica la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlos en las oficinas de LA COMPAÑÍA.
- d) Encontrarse al día en el pago de las primas.

I. ATENCIÓN EN EL PERU:

El ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, luego de haber cumplido con los requisitos indicados en este artículo, podrán hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza debiendo cumplir con el siguiente procedimiento:

PROCEDIMIENTO:

ATENCION BAJO EL SISTEMA AL CREDITO:

- a) De activarse la Póliza, el ASEGURADO podrá iniciar su tratamiento oncológico bajo el sistema de atención que elija, según lo establecido en la Tabla de Beneficios, inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores oncológica; presentando a LA COMPAÑÍA la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante complementado con el resultado positivo para Cáncer del Informe Anátomo Patológico Histológico.
- c) La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por LA COMPAÑÍA.
- d) Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.
- e) DESPISTAJE ONCOLOGICO: El ASEGURADO deberá comunicarse previamente con la COMPAÑÍA para hacer uso de esta cobertura a los teléfonos señalados en la Tabla de Beneficios. Sólo se podrá hacer uso de los despistajes durante la vigencia anual de la Póliza y a partir del segundo año de contratada la póliza luego de la primera renovación. No es transferible y no puede acumularse en el caso que el ASEGURADO decida no someterse a los indicados despistajes.

II. ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO:

El ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, luego de haber cumplido con los requisitos indicados en este artículo, deberá comunicarse previamente con la COMPAÑÍA para pasar por el proceso de precertificación como requisito adicional previo

para hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, debiendo cumplir el siguiente procedimiento:

BAJO EL SISTEMA DE ATENCIÓN AL CREDITO:

Si el ASEGURADO requiere una atención programada en el extranjero, deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA de preferencia con al menos diez (10) días hábiles de anticipación, lo que permitirá obtener las mejores condiciones posibles de atención.

El proceso de precertificación consta de los siguientes tres pasos:

- 1) El ASEGURADO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA.
- 2) LA COMPAÑÍA entregará al ASEGURADO una carta de precertificación dirigida al centro de salud autorizando la atención requerida, en el caso de encontrarse con cobertura.
- 3) EL ASEGURADO deberá acudir al centro de salud con la carta de precertificación emitida por la COMPAÑÍA.

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

En el caso que las Condiciones Particulares establezcan este sistema de atención, y haya sido autorizado por la COMPAÑÍA, el ASEGURADO deberá cumplir con lo establecido en el literal b) del artículo 13° siguiente

10.2 PROCEDIMIENTO PARA LOS DEMAS RIESGOS

I. ATENCIÓN EN EL PERU

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO

a) En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores; presentando a LA COMPAÑÍA la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante.

b) La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por LA COMPAÑÍA.

c) Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

En el caso que las Condiciones Particulares establezcan este sistema de atención, y haya sido autorizado por la COMPAÑÍA, el ASEGURADO deberá cumplir con lo establecido en el literal b) del artículo 13° siguiente.

II. EN EL EXTRANJERO

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO

EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, deberá comunicarse previamente con la COMPAÑÍA para pasar por el proceso de precertificación como requisito adicional previo para hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, debiendo cumplir el siguiente procedimiento:

- Si el ASEGURADO requiere una atención programada en el extranjero, deberá comunicarse con la COMPAÑÍA de preferencia con al menos diez (10) días hábiles de anticipación, lo que permitirá obtener las mejores condiciones posibles de atención.

El proceso de precertificación consta de los siguientes tres pasos:

- 1) EL ASEGURADO deberá comunicarse con la COMPAÑÍA.
- 2) LA COMPAÑÍA entregará al ASEGURADO una carta de precertificación dirigida al centro de salud autorizando la atención requerida, en el caso de encontrarse con cobertura.
- 3) EL ASEGURADO deberá acudir al centro de salud con la carta de precertificación emitida por la COMPAÑÍA.

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

En el caso que las Condiciones Particulares establezcan este sistema de atención, y haya sido autorizado por la COMPAÑÍA, el ASEGURADO deberá cumplir con lo establecido en el literal b) del artículo 13° siguiente

Artículo 11°

USO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES

En el caso que el ASEGURADO requiera atención ambulatoria u hospitalaria deberá acudir a una clínica, centro médico y/o médico que pertenezca a la red de proveedores médicos de la COMPAÑÍA señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 12°

USO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

En caso que el tratamiento hospitalario o ambulatorio en el Perú, NO se pueda llevar a cabo en la red de proveedores, LA COMPAÑÍA podrá autorizar el tratamiento en otra clínica y/o centro médico. Los gastos serán reconocidos por LA COMPAÑÍA de la misma manera como si la atención hubiera sido efectuada con un proveedor de la red bajo el sistema al crédito, de acuerdo con las condiciones señaladas en la Tabla de Beneficios, inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En el mismo caso, si las Condiciones Particulares lo contempla, el ASEGURADO podrá usar el sistema de reembolso, en cuyo caso los gastos serán pagados al ASEGURADO con base al Tarifario Pacífico, que éste tendrá a su disposición a través de la página web de LA COMPAÑÍA o mediante consulta llamando a la central de información de LA COMPAÑÍA.

Artículo 13°

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica o centro médico de la red de proveedores de LA COMPAÑÍA, descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza, que haya prestado al ASEGURADO la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, en el Perú.

La liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en la Tabla de Beneficios, de acuerdo con lo siguiente:

a) CUANDO ES ATENCIÓN AL CREDITO:

La atención médica bajo este sistema se realizará según lo indicado en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En este caso, EL ASEGURADO deberá siempre atenderse con un proveedor de la red señalada en la Póliza, el cual facturará sus gastos directamente a LA COMPAÑÍA y, deberá cumplir con el procedimiento descrito en la presente Póliza.

Asimismo, los gastos por honorarios profesionales deben estar necesariamente incluidos en la Carta de Garantía extendida por LA COMPAÑÍA, no debiendo EL ASEGURADO pactar o pagar honorarios adicionales.

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una hospitalización se efectuaron gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad, éstos serán cubiertos como gastos hospitalarios.

b) CUANDO ES POR REEMBOLSO:

EL ASEGURADO después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a LA COMPAÑÍA, a más tardar dentro de los 60 días calendarios siguientes, la Solicitud de Reembolso, adjuntando toda la documentación sustentatoria de los gastos, con facturas, boletas o cualquier documento en original que sustituya su utilización así como, en su caso, el Informe médico ampliatorio de ser requerido, y cualquier otra información y/o documento que LA COMPAÑÍA le solicite que guarde relación con la atención médica realizada. Una vez aprobada la documentación presentada LA COMPAÑÍA pagará los gastos de acuerdo al Tarifario Pacífico en el plazo máximo de 30 días calendarios. Los reembolsos efectuados por la COMPAÑÍA pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

En aquellos casos en que el ASEGURADO haya optado por realizarse un procedimiento médico dentro del beneficio de Sospecha Inicial, tal como está definido en el Glosario de Términos, la COMPAÑÍA reembolsará los gastos incurridos al 100% siempre y cuando el resultado del Informe Anatómo Patológico Histológico sea positivo.

CONDICIONES LEGALES

Artículo 14°

DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual LA COMPAÑÍA se obliga a cambio del pago de la prima, a indemnizar al ASEGURADO o a su BENEFICIARIO, según corresponda, 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 Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Cláusulas adicionales, Endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE o ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro, y que son condiciones esenciales para la celebración del presente contrato.

La presente Póliza se emite de acuerdo con las Condiciones Generales, Particulares y Especiales que hubieren, teniendo como base la Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud realizada por EL ASEGURADO, las declaraciones adicionales que le sean requeridas para la debida evaluación del riesgo, todas las cuales se consideran parte de la misma, de tal forma que cualquier omisión, inexactitud, ocultación o falsedad en la información proporcionada dará lugar a la nulidad del Contrato de Seguro, quedando LA COMPAÑÍA relevada de cualquier pago o indemnización y con derecho a retener la prima cobrada.

EL ASEGURADO deberá facilitar a LA COMPAÑÍA el acceso a toda la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de, en su caso, verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración de Salud realizada, autorizando desde ya

expresamente a la clínica, centro médico u hospital, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica en caso se requiera, liberándolos del secreto profesional correspondiente.

La cobertura de la Póliza estará sujeta a los términos establecidos en el presente documento y condicionada a que LA COMPAÑÍA haya aprobado la Solicitud del Seguro; y, que EL ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima en la forma establecida o haber celebrado el convenio de pago respectivo y haber realizado al pago fraccionado correspondiente.

Artículo 15° DECLARACIONES

La Solicitud de Seguro, la Declaración de Salud y la Póliza, y sus eventuales endosos, firmados por el ASEGURADO y los funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA, respectivamente, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. LA COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

El ASEGURADO debe devolver a LA COMPAÑÍA una copia de la Póliza, así como cualquier otro documento que se requiera debidamente firmada al domicilio de LA COMPAÑÍA.

El ASEGURADO declara que, antes de la suscripción de la Póliza, ha tomado pleno conocimiento de todas las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Cláusulas Adicionales y Condiciones Especiales que hubieren, a cuyas estipulaciones queda sujeto el Contrato de Seguros, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 380° del Código de Comercio. ("Artículo 380°.- Régimen normativo del contrato: El contrato de seguro se registrará por los pactos lícitos consignados en cada póliza o documento, y, en su defecto, por las reglas contenidas en esta sección".)

Artículo 16° AVISOS Y COMUNICACIONES

Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes deberán ser formulados necesariamente por escrito.

De acuerdo con lo anterior, LA COMPAÑÍA dará por válidas las comunicaciones escritas que le sean remitidas a su domicilio por el ASEGURADO a través de cualquier medio directo, manual, mecánico, electrónico u otro análogo.

El Corredor de Seguros, en su caso, representa al ASEGURADO, en los términos y con las facultades y limitaciones establecidas en la normatividad vigente; encontrándose facultado únicamente para realizar actos administrativos de representación, mas no de disposición, salvo que en este último caso, el ASEGURADO le haya conferido facultades expresas para ello mediante instrumento público el mismo que, para su validez, deberá estar inscrito en el registro correspondiente.

Cuando haya de por medio una carta de designación remitida y aceptada por LA COMPAÑÍA, las comunicaciones dirigidas al corredor de seguros surten efecto en relación a su representado.

Artículo 17° RESIDENCIA

Es condición esencial para la emisión de esta Póliza que el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos residan necesariamente en la República del Perú. En caso de que alguno de los asegurados cambiara de país de residencia o se estableciera en otro país por un tiempo mayor de 3 meses consecutivos, o 6 meses no consecutivos en los últimos

dos años, durante toda la vigencia de la Póliza, todas las coberturas y beneficios de la misma quedarán automáticamente suspendidas, incluyendo el pago de la prima, sin necesidad de comunicación previa, hasta su retorno al país. Si el estado de suspensión supera los doce meses, LA COMPAÑÍA podrá solicitar al ASEGURADO el llenado de una nueva declaración de salud. Esta suspensión opera siempre y cuando no se dé el supuesto de mora en el pago de las primas y la consecuente resolución automática del contrato.

Artículo 18°

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Una vez aceptada la solicitud de seguro presentada por el ASEGURADO, LA COMPAÑÍA procederá a la emisión de la Póliza la cual tendrá una vigencia anual contada desde la fecha y hora que figure como inicio y fin de su vigencia en las respectivas Condiciones Particulares de la póliza. No habrá renovación automática.

Una vez culminada la vigencia anual LA COMPAÑÍA seguirá otorgando la cobertura al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, siempre y cuando éste haya aceptado previamente y por escrito los nuevos términos y/o condiciones del contrato de seguros que cada año podrá establecer LA COMPAÑÍA.

Artículo 19°

AJUSTE DE PRIMAS Y MODIFICACIONES

Las primas de seguro se podrán establecer de acuerdo al sexo y edad de las personas aseguradas. La edad alcanzada por el ASEGURADO y los DEPENDIENTES durante la vigencia de la Póliza, en cada facturación, determinará el monto de la prima a pagar. Las primas se señalarán en las Condiciones Particulares de la Póliza por cada Plan de Seguro contratado.

LA COMPAÑÍA podrá modificar el monto de las Primas, los Copagos, el Coaseguro, Tarifario Pacífico, así como cualquier otra condición y/o término de la Póliza. La modificación en el monto de las Primas, Copagos, Coaseguros, y el cambio del "Tarifario Pacífico" se realizarán cuando los resultados del programa así lo requieran, el mismo que siempre se encontrará sustentado en criterios objetivos (p.e. la siniestralidad). La edad alcanzada en cada emisión de Póliza será tomada en cuenta para la determinación del rango para el cálculo de las nuevas primas y condiciones.

Estando a lo señalado en los párrafos anteriores, a efectos de determinar los nuevos términos y/o condiciones del seguro, LA COMPAÑÍA deberá enviar al ASEGURADO el nuevo texto de la Póliza en la que se incluyan los nuevos términos y/o condiciones que regirán durante el año siguiente, con una anticipación de treinta (30) días calendarios antes del vencimiento de cada vigencia, salvo que el ASEGURADO haya comunicado por escrito previamente a LA COMPAÑÍA, su voluntad de no continuar con el contrato.

Una vez recibidos los nuevos términos y/o condiciones de la Póliza por el ASEGURADO éste tendrá un plazo de quince (15) días calendarios contados desde su recepción para comunicar la aceptación de los nuevos términos y/o condiciones propuestos. Transcurrido dicho plazo sin que el ASEGURADO haya expresado su rechazo a los nuevos términos y condiciones propuestos, se entenderá que ha aceptado la Póliza, con la prima y las nuevas condiciones generales o particulares en ella establecidas.

En el caso que el ASEGURADO rechace o no acepte los nuevos términos y/o condiciones de la Póliza, se entenderá que no ha continuado con la cobertura y que ésta terminó automáticamente al término del plazo fijado en la Póliza que feneció, cesando toda obligación de cobertura para LA COMPAÑÍA.

Queda establecido que los plazos de espera y de carencia se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. Asimismo, en caso de renovación de la Póliza o de emisión continua de pólizas no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva declaración de salud. Ambas concesiones se darán en tanto exista relación de continuidad en la vigencia de la Póliza, caso contrario, se deberán presentar nuevamente y se iniciará nuevamente el cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia. Los plazos o períodos de espera y carencia se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

No existe obligación de emitir una nueva Póliza y/o la cobertura no se considerará otorgada en aquellos casos de falta de pago de primas, o cuando haya declaración falsa y/o reticente al momento de contratar la primera Póliza, o cuando exista reclamación fraudulenta, de acuerdo a lo dispuesto en este condicionado, durante la vigencia de cualesquiera de las pólizas que se suscriban.

Artículo 20°

OBSERVACIONES A LA PÓLIZA

El ASEGURADO podrá observar los términos y condiciones establecidos en la Póliza, debiendo solicitar por escrito su rectificación, dentro de los quince (15) días útiles posteriores a su recepción.

La Solicitud de Rectificación se entenderá como una propuesta de modificación del contrato (contraoferta) y no obliga a LA COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al ASEGURADO, en un plazo de quince (15) días útiles de recibida la Solicitud de Rectificación, su decisión de aceptar o no las modificaciones solicitadas. La falta de respuesta en ese plazo por parte de LA COMPAÑÍA se entenderá como una respuesta negativa a lo solicitado. El ASEGURADO, luego de los quince (15) días útiles antes indicado tendrán un plazo de cinco (05) días útiles para aceptar o rechazar la Póliza, vencido dicho plazo sin su pronunciamiento se tendrá por aceptada la Póliza en los términos en que fue emitida originalmente.

Artículo 21°

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Póliza podrá renovarse automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, según se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza. En este caso la cobertura se iniciará inmediatamente vencida la vigencia de la póliza o renovación que la preceda, entendiéndose que la cobertura que se renueva se extiende en los mismos términos y condiciones de la que vence. El ASEGURADO cuenta con un plazo de treinta (30) días calendario, previos al vencimiento de la vigencia de la póliza para comunicar por escrito a la COMPAÑÍA su decisión de no renovarla.

En caso de renovación sin modificación de condiciones, LA COMPAÑÍA no estará obligada a emitir una nueva Póliza o Certificado de Seguro.

La cobertura no se considerará otorgada en los casos de falta de pago de primas, o por declaración falsa y/o reticente realizada por el ASEGURADO al contratar la primera Póliza, o por reclamación fraudulenta durante la vigencia de cualquiera de las Pólizas y/o Certificados que se emitan.

Artículo 22°

PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los contratos de seguros, la Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

a) El pago de la prima debe efectuarse al contado o se fracciona en cuotas y debe

realizarse en la(s) fecha(s) y forma establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Convenio de Pago que se anexa a la Póliza. El Contrato surtirá efecto siempre que la prima haya sido pagada.

- b) La falta de pago o el atraso en el pago de la prima, sea total o parcial, en las fechas establecidas origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. LA COMPAÑÍA no será responsable por ningún reclamo durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.
- c) La cobertura de la póliza volverá a tener efecto en el momento en que el ASEGURADO TITULAR cumpla con el íntegro del pago del monto de la prima adeudada por el período en que aquélla se mantuvo en suspenso. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida. La cobertura se reiniciará a partir del momento en que el ASEGURADO TITULAR cumpla con el pago de lo adeudado por primas. En caso de haber transcurrido el período de espera o el de carencia, este se entenderá también cumplido en caso se dé el reinicio de la cobertura luego que la misma estuvo suspendida por falta de pago; no así, en caso que la póliza hubiera sido resuelta por falta de pago. Los plazos o períodos de espera y carencia se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas durante más de treinta (30) días calendario, la cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso o comunicación previa.

En caso de resolución por falta de pago (es decir por incumplimiento del contrato), LA COMPAÑÍA tiene el derecho a cobrar la prima correspondiente por el período corrido desde el inicio de la cobertura hasta la fecha de resolución, incluyendo intereses, tributos y gastos originados por la emisión de la Póliza, aplicando la tabla de período corto señalado en estas Condiciones Generales. Para todo lo no estipulado en esta cláusula y las siguientes referidas al pago de la prima serán de aplicación la Resolución SBS N° 225-2006, que aprobó el Reglamento de Pago de Primas o la norma legal que la sustituya. De igual manera, se aplicará la resolución automática del contrato en aquellos casos en que habiéndose efectuado abonos a los documentos por cobrar a cargo de EL ASEGURADO, por operaciones de descuento de letras u otras similares en empresas del sistema financiero, éstos sean devueltos por incumplimiento de pago por parte de EL ASEGURADO.

- d) El pago de la prima, efectivamente realizado por EL ASEGURADO sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que LA COMPAÑÍA, el centro de pagos o la entidad financiera, autorizados para el cobro según lo establecido en la Póliza o el Convenio de Pago, perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de pago.

Artículo 23°

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo de pleno derecho, en lo que respecta al ASEGURADO, en los siguientes casos:

- a) Por la mala fe probada de alguna de las partes al momento de celebrarse el contrato.
- b) Por la inexacta declaración del ASEGURADO, aún hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.
- c) Por la omisión u ocultación, por el ASEGURADO, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.

En caso que la nulidad del Contrato de Seguro se produjera por las causales b) y c) señaladas en el presente artículo, LA COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas por el

ASEGURADO, descontando un monto equivalente a todos los gastos en los que hubiera incurrido LA COMPAÑÍA en relación con este seguro, siempre que no haya existido mala fe probada.

En el caso que hubiera mediado mala fe probada del ASEGURADO, el importe de las primas quedará totalmente a favor de LA COMPAÑÍA por concepto de penalidad, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios causados.

En caso de nulidad, el ASEGURADO, no tendrán derecho a reclamar cobertura o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si hubiese recibido algún beneficio relacionado con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma desembolsada por ésta, conjuntamente con los intereses compensatorios y/o moratorios a las tasas máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 24°

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Además de lo previsto en este condicionado sobre pago de primas, queda establecido que el contrato de seguro quedará resuelto automáticamente, sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, con respecto a cada ASEGURADO, perdiendo todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que ocurra una reclamación fraudulenta, según lo establecido en el presente condicionado.

Artículo 25°

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura del Seguro terminará para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) En caso se produzca la resolución automática del Contrato de Seguro.
- b) A solicitud del ASEGURADO, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de LA COMPAÑÍA, con un mínimo treinta (30) días calendario de anticipación. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en el aviso; la que sea posterior.
- c) Cuando un ASEGURADO pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de la persona que pierde su calidad de ASEGURADO, de acuerdo con los términos de este Contrato.
- d) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- e) A iniciativa de LA COMPAÑÍA, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio del ASEGURADO y/o CONTRATANTE con mínimo treinta (30) días calendario de anticipación, debiendo señalar la razón para dicha terminación. LA COMPAÑÍA no podrá terminar la cobertura fundamentándose en causas que sean, de manera directa, imputables a ella misma. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en dicho aviso; la que sea posterior.

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

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

Si LA COMPAÑÍA da por terminado el Contrato de Seguro sin que medie causal de resolución automática en los demás términos pactados en la presente Póliza, procederá a devolver al ASEGURADO la parte de la prima neta correspondiente al tiempo que falte para

el vencimiento de la Póliza, calculada proporcionalmente al periodo que falte para su vencimiento. Se entiende por prima neta el importe de la prima antes de aplicar los gastos e impuestos de ley.

Si el Contrato de Seguro termina por resolución solicitada por el ASEGURADO o por causal de resolución imputable al ASEGURADO se liquidará la prima neta a periodo corto, devengándose en favor de LA COMPAÑÍA, por cada mes o fracción de mes de vigencia del Seguro, la prima resultante de la aplicación de la siguiente tabla:

TABLA DE CANCELACIÓN A PERÍODO CORTO:			
MES	% DE LA PRIMA ANUAL	MES	% DE LA PRIMA ANUAL
1	25	6	80
2	40	7	85
3	55	8	90
4	65	9	95
5	75	10	100

Artículo 26°

REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

LA COMPAÑÍA tiene derecho a hacer examinar al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de LA COMPAÑÍA y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo o 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 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. LA COMPAÑÍA manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 27°

DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE

Este contrato se fundamenta en las declaraciones y se sustenta en el principio de la buena fe entre las partes específicamente respecto de las declaraciones contenidas en la declaración de salud y demás realizadas por el ASEGURADO, y que son condiciones esenciales para la aceptación de la cobertura por parte de LA COMPAÑÍA. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia del presente contrato, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada LA COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la Póliza, a partir de la fecha de dicha declaración.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.

La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de la situación de salud del ASEGURADO o sus DEPENDIENTES inscritos, formulada de manera

intencional o no. Asimismo, se considerará como reticencia a la negativa reiterada e injustificada del ASEGURADO, de entregar la información relacionada con un siniestro que LA COMPAÑÍA le requiera por escrito en más de dos oportunidades y que sean necesarias para el análisis de la cobertura.

La declaración falsa y la declaración reticente del ASEGURADO constituyen causal de nulidad de la Póliza, aún cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por LA COMPAÑÍA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive anularlo.

Artículo 28°

RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

LA COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho derivado de esta Póliza, procediéndose a la resolución automática de la misma en el caso que, en cualquier tiempo el ASEGURADO, o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento o sus DEPENDIENTES, empleen medios o documentos falsos o adulterados para sustentar una reclamación o para derivar beneficios de la cobertura otorgada por la presente Póliza.

En caso LA COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende un reclamo 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 y tributos que correspondan.

Artículo 29°

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

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

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

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

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

- a) Firmar el convenio respectivo y subrogar a LA COMPAÑÍA 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 LA COMPAÑÍA en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

Asimismo, en caso de que el ASEGURADO y/o sus dependientes inscritos gozaran de otro u otros seguros que cubran los mismos riesgos, los importes a reembolsar por LA COMPAÑÍA, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto reconocido.

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico similar en la misma COMPAÑÍA u otra, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en un principio. El segundo seguro podrá reconocer al 100% el reembolso de los gastos incurridos por concepto de Copagos y Coaseguros, mas no de los gastos por exceso de Honorarios y Gastos no cubiertos. Esto será de aplicación siempre y cuando el reclamo, la atención médica u hospitalaria sean materia de cobertura.

Artículo 30°

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana. LA COMPAÑÍA quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el siniestro, a menos que esté en tramitación una acción judicial relacionada con la reclamación.

Artículo 31°

PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS

En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Cláusulas Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales, y las primeras sobre las últimas.

Artículo 32°

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

La presente cláusula establece el derecho del ASEGURADO y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para procurar resolver las controversias que surjan entre él y la COMPAÑÍA, siempre que la controversia este comprendida en los alcances de la competencia de la Defensoría del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en su reglamento, el mismo que se encuentra en la página web: www.defaseg.com.pe.

El ASEGURADO podrá recurrir a la Defensoría en caso que no se encuentre conforme con la decisión de la COMPAÑÍA en la atención de su controversia.

Condiciones específicas:

- a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los ASEGURADOS o usuarios de los servicios de seguro, por controversias comprendidas en el ámbito de su competencia.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o usuario.
- c) Procede sólo para atender reclamos comprendidos en el ámbito de su competencia 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 LA COMPAÑÍA.
- d) Quedan excluidos del ámbito de competencia los reclamos provenientes de siniestros del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia, Gastos de Sepelio y Rentas de Jubilación del Sistema Privado de Pensiones.
- e) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de ciento ochenta (180) días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por la COMPAÑÍA.
- f) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de completado el expediente. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.
- g) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la COMPAÑÍA cuando es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada, siempre y cuando no exista ningún pedido de revisión pendiente.

- h) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de cinco (05) días hábiles de su notificación, debiendo indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión general. La Defensoría del Asegurado resuelve dentro del plazo de diez (10) días hábiles.
- i) En caso se interponga un recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el inciso anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.

La Defensoría del Asegurado está domiciliada en el Jirón Arias Aragüez n° 146 distrito de Miraflores, su teléfono es 446 9158 y su página web: www.defaseg.com.pe.

Artículo 33°

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes convienen que, en caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, se someterán a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley.

Artículo 34°

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DEL PRODUCTO

En caso de consultas y/o reclamos EL ASEGURADO puede contactarse con LA COMPAÑÍA a través de su central de información y consultas llamando a los teléfonos de LA COMPAÑÍA indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, o ingresando a la Página Web: www.pacificosegueros.com. Asimismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico en la Av. Juan de Arona Nro. 830 San Isidro, Lima.

Artículo 35°

TRIBUTOS

Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo del ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan ser trasladadas. Empero, si en este último caso, LA COMPAÑÍA se viera afectada por mayores costos, podrá reajustar inmediatamente el monto de las primas, sin perjuicio del derecho del ASEGURADO de solicitar la resolución del contrato de seguro.

Artículo 36°

GLOSARIO DE TÉRMINOS

La definición de los siguientes términos le será de utilidad para comprender las coberturas de su seguro de Enfermedades Graves Internacional que se especifican en la Póliza:

- **Asegurado:** Persona que se beneficia de las coberturas de la presente Póliza.
- **Angioplastia con Stent:** Procedimiento basado en cateterismo en el cual un Stent (un pequeño tubo de malla de alambre de acero inoxidable expandible) es insertado en una arteria enferma para mantenerla abierta.
- **Beneficio máximo asegurado por persona:** Cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, según los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la Póliza se encuentre vigente.
- **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos.

- **Carta de Garantía:** Autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga al centro de salud para realizar la atención médica luego de validar que las coberturas y los procedimientos médicos sean los amparados por la Póliza.
- **Cirugía cardiaca** es la especialidad quirúrgica que se ocupa del corazón o grandes vasos, realizada por un cirujano cardiaco.
- **Cirugía electiva:** Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.
- **Cirugía estética:** cirugía electiva dirigida a pacientes sanos para mejorar zonas del cuerpo, por considerarlas antiestéticas o mejorables.
- **Cirugía reconstructiva** (estructura y función): reconstruir el área anatómica perdida o afectada.
- **Condiciones de asegurabilidad:** Conjunto de circunstancias (edad y estado de salud) que determinan que una persona pueda ser admitida como Asegurada. Para la evaluación, LA COMPAÑÍA podrá solicitar un examen médico.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA 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, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene el detalle de la tabla de beneficios y gastos cubiertos en las diferentes clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan oncológico adquirido por el ASEGURADO, y lo diferencian de otros planes dentro del mismo Contrato de Seguro.
- **Declaración de salud:** Es la información que debe brindar el solicitante y sus dependientes a LA COMPAÑÍA acerca de los antecedentes médicos, síntomas, dolencias, enfermedades y/o tratamientos pasados y presentes que permitan evaluar el actual estado de salud de cada uno de los solicitantes. La Declaración de Salud forma parte de la Solicitud del Seguro.
- **Dependiente:** Se considera como DEPENDIENTES asegurables a las siguientes personas:
 - El cónyuge o conviviente de acuerdo a la legislación peruana.
 - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos de cualquiera de los cónyuges, siempre y cuando sean solteros, residan con el ASEGURADO en el mismo domicilio y sean dependientes económicamente de él.
 - Los padres del ASEGURADO.
- **Diagnóstico:** Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.
- **Diálisis renal:** Procedimiento médico realizado o supervisado por las unidades renales de instituciones de salud, acreditadas científica y tecnológicamente. Es el tratamiento que se utiliza cuando los riñones han dejado de funcionar. Permite eliminar las impurezas de la sangre y evacuar el exceso de agua del organismo.
- **Dispositivos o implantes médicos:** Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, destinados a fines médicos.
- **Gastos no cubiertos y Exclusiones:** Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en la Póliza.
- **Informe Anátomo Patológico Histológico:** Resultado histopatológico que define el diagnóstico de Cáncer y es emitido por un médico Anátomo Patólogo.
- **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. La medicina complementaria se emplea en simultáneo con la medicina

científica. La medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica. Incluye, pero no se limita: Acupuntura, Aromaterapia, Ayurveda, Cromoterapia, Dietética, Fitoterapia, Hidroterapia, Hipnosis, Homeopatía, Kinesiología, Medicina folklórica, Medicina holística, Medicina Naturopática, Medicina Osteopática, Medicina tradicional oriental, Quiromasaje, Quiropráctica, Qi gong, Reiki, Reflexoterapia, Sanación pranika, Sofrología, Terapia floral, Terapia de toque, Watsu, Yoga.

- **National Cancer Comprehensive Network (NCCN):** Entidad norteamericana especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer.
- **Paciente terminal:** Es la presencia de una enfermedad neoplásica avanzada, progresiva, incurable. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico oncológico. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte. Pronóstico de vida inferior a 3 meses y Zubrod mayor de 3 o Karnofsky menor o igual a 30.
- **Período de carencia:** Tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Se cuenta luego de la fecha de inicio de la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este período no estará sujeto a cobertura.
- **PET Scan (Positron Emission Tomography):** Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano, se utiliza para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer.
- **Póliza de seguro:** Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las condiciones generales, particulares, cláusulas adicionales, endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro.
- **Preexistencias:** Aquellas enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado ANTES de la contratación de la Póliza, o dentro del período de carencia. No se considera enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aún cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades y/o asistencia médica diferente siempre que haya sido contratada en la misma COMPAÑÍA.
- **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.
- **Reclamo:** Sinónimo de Siniestro.
- **Siniestro:** Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de Póliza es el primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, sustentado con el Informe Anatómico Patológico Histológico.
- **Solicitud de reembolso:** Documento pre-impreso y definido por LA COMPAÑÍA, 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 en el que consta la voluntad del asegurado de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por las empresas.
- **Tabla de Beneficios:** Resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados, se encuentra inserto en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Tarifario Pacífico:** Documento que fija los montos 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 LA COMPAÑÍA.
- **Tratamiento y/o procedimiento experimental:** Procedimiento médico o quirúrgico, esquema terapéutico o tecnología 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. Para el caso específico del campo de la Oncología, se reconoce únicamente como organización rectora a la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

- **Tumor maligno:** Conjunto de células cancerosas que conforman una lesión anormal que aumenta de volumen, invade tejidos vecinos y que puede migrar por vía sanguínea.

**ANEXO 1:
CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES**

RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICOS		
Nombre	Dirección	Teléfono
LIMA		
Oncocare	Av. José Gálvez Barrenechea N° 1044 - San Isidro	01 224-4088
Centro de Radioterapia de Lima	Calle 22 N° 202 – San Borja	01 224-9310
Clínica British American Hospital	Cl. Alfredo Salazar Cdra. 3 - San Isidro	01 712-3000
Clínica Centenario Peruano Japonesa	Av. Paso de los Andes N° 675 - Pueblo Libre	01 218-1075
Clínica El Golf	Av. A. Miro Quesada N° 1030 - San Isidro	01 264-3300
Clínica Internacional – sede Lima	Jr. Washington N° 1471 – Lima	01 619-6161
Clínica Internacional - sede San Borja	Av. Guardia Civil N° 385 – San Borja	01 619-6161
Clínica Javier Prado	Av. Javier Prado Este N° 499 - San Isidro	01 440-2000
Clínica Maison de Sante – sede Chorrillos	Av. Chorrillos N° 171 – Chorrillos	01 619-6000
Clínica Maison de Sante – sede Lima	Jr. Miguel Aljovín N° 208 – Lima	01 428-8345
Clínica Padre Luis Tezza	Av. El Polo N° 570 - Urb. Derby – Monterrico	01 610-5050
Clínica Ricardo Palma - sede central	Av. Javier Prado Este N° 1066 - San Isidro	01 224-2224
Clínica San Borja	Av. Guardia Civil N° 337 - San Borja	01 475-4000
Clínica San Felipe	Av. Gregorio Escobedo N° 650 - Jesús María	01 219-0000
Clínica San Pablo – (Jesús del Norte)	Av. Carlos Izaguirre N° 153 – Independencia	01 613-4444
Clínica San Pablo - sede central	Av. El Polo N° 789 Urb. El Derby de Monterrico – Surco	01 610-3333
Clínica Stella Maris	Av. Paso de los Andes N° 923 - Pueblo Libre	01 463-6666
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)	Av. Angamos Este N° 2520 - Surquillo	01 201-6500
Instituto Oncológico de Lima	Calle 22 N° 202 - San Borja	01 225-7085
Instituto Oncológico Miraflores	Jr. Independencia N° 1055 – Miraflores	01 222-2208
Oncomedical	AV. Guardia Civil N° 585 - San Borja	01 223-0166
Radioncología	Paseo de la República N° 3650 - San Isidro	01 422-5520

RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICOS		
Nombre	Dirección	Teléfono
CHICLAYO		
Clínica del Pacífico	Av. Leonardo Ortiz N° 420	23-2141
Hospital Metropolitano	Conquista N° 420 José Leonardo Ortiz	25-7777
Unidad Oncológica Chiclayo	Av. José Leonardo Ortiz 423	22-5437
Hospital Privado Juan Pablo II	Av. Miguel Grau 1461. Distrito La Victoria Chiclayo	22-6070
PIURA		
Administradora Clínica San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153 - Urb. Club Grau	30-9300
Clínica Belén	Av. Loreto N° 1139	30-8030
Clínica Miraflores	Las Dalias N° A-12, Urb. Miraflores	34-3037
TRUJILLO		
Clínica Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	25-0277
Clínica Sánchez Ferrer	Los Laureles N° 436 - Urb. California	28-5541
Clínica San Antonio	Av. Víctor Larco N° 630, Urb. San Andrés – Trujillo	20-2597
HUANCAYO		
Clínica Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N° 745	24-7087
Clínica Ortega	Av. Daniel A. Carrión N° 1124	23-5430
Clínica Santo Domingo	Av. Fco. Solano N° 274 Urb. San Carlos	23-4012
AREQUIPA		
Centro Médico Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119	28-7048
Galeno IEM S.A.C	Avenida Bolognesi N° 134, Yanahuara – Arequipa	27-4675
Clínica Arequipa	Esq. Puente Grau Av. Bolognesi s/n	25-7779
Policlínico García Bragagnini	Av. Trinidad Moran J-2, Urb. León XIII –Cayma, Arequipa	27-2422
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército N° 1020	38-2400
Instituto de Enfermedades Neoplásicas - CEEN	Av. Parra N° 211	20-0092
CUSCO		
Clínica Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710 - Wanchaq	24-0387
Clínica San José	Av. Los Incas N° 1408 Wanchaq	24-3367

RED DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA LIMA		
Nombre	Dirección	Teléfono
Clínica Javier Prado	Av. Javier Prado Este N° 499 - San Isidro	01 440-2000
Clínica Stella Maris	Av. Paso de los Andes N° 923 - Pueblo Libre	01 463-6666

RED DE CENTROS MEDICOS PARA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	
Nombre	Teléfono
LIMA	
Talent Group	01 225-8646
Psicosalud	01 243-6305
AREQUIPA	
Clínica Arequipa	59-9000
Galeno IEM	27-4675
CHICLAYO	
Clínica del Pacífico	23-6378
TRUJILLO	
Clínica Sánchez Ferrer	28-5541
PIURA	
CM Pediátrico Carita Feliz	32-3017
Clínica Belén	30-1285
Clínica Tresa	38-6781

**RED DE FUNERARIAS AFILIADAS
LIMA Y PROVINCIAS**

Nombre	Teléfono
Funeraria La Molina	01 436-2222
Funeraria Jardines de la Paz	01 710-5000
Funeraria San Isidro	01 226-4444
Funeraria Agustín Merino	01 471-0105
Funeraria Finisterre	01 213-7373
Funeraria Santa María	60-4848
Serv. Funerarios Luz de Paz	25-2245
Funeraria Valdivia	28-2889
Funeraria La Fé	28-4561