

MULTIPLAN

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES OPERATIVAS

1. **Instrucciones para la utilización del seguro**
2. Relación de clínicas afiliadas en Lima
3. Relación de clínicas afiliadas en provincia

CONDICIONES TÉCNICAS

4. Examen de Asegurabilidad
5. Personas aseguradas
6. Beneficio máximo por vida por persona
7. Período de carencia y espera
8. **Beneficios y gastos cubiertos**
9. **Gastos no cubiertos y exclusiones**
10. Deducibles y coaseguros
11. Pago de beneficios

CONDICIONES LEGALES

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

37. Mecanismos de solución de controversias
38. Defensoría del asegurado
39. Tributos
40. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
41. Derecho de arrepentimiento
42. Base legal

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

INTRODUCCIÓN:

De conformidad con la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración Jurada de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, así como con los resultados de la evaluación de ASEGURABILIDAD, en los casos que corresponda; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos que se adjunten; El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada PACÍFICO SEGUROS, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y en caso los tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscritos(s) en la Póliza, en adelante el ASEGURADO, contra los riesgos de ENFERMEDAD y ACCIDENTE, con sujeción a la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Los términos señalados a continuación en mayúsculas, se encuentran definidos en el GLOSARIO de estas CONDICIONES GENERALES.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 1°

INSTRUCCIONES PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO

En caso de requerir atención médica "EL ASEGURADO" podrá optar por las alternativas siguientes:

MEDICOS A DOMICILIO

Servicio de atención programada a domicilio, a través del cual, "EL ASEGURADO" y/o sus dependientes inscritos como tales, podrán atenderse en las especialidades en Cardiología, Pediatría, Medicina Interna, Dermatología, Geriatria y Gastroenterología, pagando el deducible establecido por consulta.

Para acceder a este servicio deberán comunicarse con PACÍFICO ASISTE al teléfono que aparece en su carnet de asegurado.

Este servicio se ofrece sólo dentro de los siguientes límites: Por el Norte, hasta Los Olivos y Comas; por el Sur, hasta Villa (Chorrillos); por el Centro, hasta Ate (Vitarte); y por el Oeste, hasta la Punta (Callao).

CENTROSALUD

Servicio de atención programada en consultorios de PACÍFICO SEGUROS atendidos por médicos en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Gineco Obstetricia, para lo cual "EL ASEGURADO" y/o sus dependientes inscritos deberán comunicarse con Pacífico Responde para programar su cita.

CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD

Programa especialmente diseñado para el manejo, prevención y control de pacientes con enfermedades crónicas, como Hipertensión Arterial, Asma, y Diabetes Mellitus, a cargo de especialistas en Cardiología, Neumología y Endocrinología. Este programa se inicia en los consultorios de CENTROSALUD, pudiendo continuar su atención en este centro o en su

domicilio para lo cual “EL ASEGURADO” y/o sus dependientes inscritos deberán comunicarse con PACÍFICO ASISTE para programar su cita.

SISTEMA DE ATENCIÓN DIRECTA EN CLÍNICAS AFILIADAS

“EL ASEGURADO” y/o sus dependientes inscritos podrán hacer uso de este sistema de acuerdo al siguiente procedimiento:

- **ATENCIÓN AMBULATORIA POR ENFERMEDAD**
Servicio de atención médica en la clínica y con el médico del staff de su preferencia entre las clínicas afiliadas. Es indispensable presentar para este efecto, en Admisión de la clínica, su Credencial y Solicitud de Beneficios.
Sugerimos confirme con el médico tratante si es que presta servicios bajo la presente modalidad de crédito ambulatorio. Caso contrario, los gastos efectuados directamente no serán reembolsados por PACÍFICO SEGUROS, en virtud de que el beneficio de reembolso no es parte de este producto.
- **ATENCIÓN DE EMERGENCIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**
Las situaciones de emergencia por enfermedad serán atendidas por las clínicas afiliadas. En el caso de que la atención sea ambulatoria, ésta se realizará con la entrega de su carnet de ASEGURADO y el pago del deducible por consulta médica y del coaseguro por servicios clínicos y medicamentos. En el caso de que se requiera hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo a las condiciones hospitalarias de su póliza.

Las emergencias accidentales con atención ambulatoria serán cubiertos al 100% sin pago del deducible. En el caso que a consecuencia del accidente se requiera hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo a las condiciones de la Póliza.

- **ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA Y/O QUIRURGICA**
En estos casos PACÍFICO SEGUROS otorgará la garantía para las clínicas afiliadas por los beneficios del seguro, debiendo presentar en sus oficinas la Solicitud de Carta de Garantía complementada con la orden de hospitalización suscrita por el médico tratante y el presupuesto correspondiente. La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, **no debiendo “EL ASEGURADO” y/o sus dependientes inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.**

Sugerimos confirme con el médico tratante si es que presta servicios bajo la presente modalidad de crédito ambulatorio. Caso contrario, los gastos efectuados directamente no serán reembolsados por PACÍFICO SEGUROS, en virtud de que el beneficio de reembolso no es parte de este producto.

SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA A DOMICILIO

Servicio de unidades móviles para la atención de emergencias a domicilio dentro de la ciudad de Lima, durante las 24 horas y todos los días del año, por emergencia médica o emergencia accidental, sin aplicación de deducible o coaseguro alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados. **No podrán gozar de este beneficio los asegurados que hayan contratado el Deducible Adicional por enfermedad o accidente.**

Artículo 2º

RELACIÓN DE CLÍNICAS AFILIADAS EN LIMA

(ver anexo adjunto)

Artículo 3º
RELACIÓN DE CLINICAS AFILIADAS EN PROVINCIAS
(ver anexo adjunto)

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 4º
EXAMEN DE ASEGURABILIDAD

PACÍFICO SEGUROS define, para fines de ASEGURABILIDAD, las políticas y los procesos de SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD y emisión de la póliza, teniendo como documento base la Declaración Jurada de Salud firmada por el ASEGURADO, cuya veracidad y exactitud exigen la manifestación más completa de sus antecedentes, síntomas, dolencias, ENFERMEDADES y tratamientos, así como también los de sus DEPENDIENTES, lo cual es importante para la estimación del riesgo y es base para la celebración del contrato.

El ASEGURADO y sus DEPENDIENTES de ser el caso, debieron haber suministrado toda la información requerida por PACÍFICO SEGUROS sobre su estado de SALUD, antes de la emisión de esta Póliza; y asimismo, autorizaron a los profesionales o instituciones donde hayan sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

Si el ASEGURADO ha pasado por una evaluación de ASEGURABILIDAD a requerimiento de PACÍFICO SEGUROS antes de la emisión de la Póliza, toda la información obtenida pasará a formar parte del archivo personal de SALUD del propuesto ASEGURADO.

Artículo 5º
PERSONAS ASEGURADAS

Esta PÓLIZA cubre al ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO POR VIDA por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con tal de que residan en el Perú, gocen de buena SALUD al momento de su inclusión en la PÓLIZA y en el caso de los DEPENDIENTES además convivan con o dependan económicamente del ASEGURADO TITULAR, siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

La edad límite de ingreso a la cobertura de la póliza para el ASEGURADO TITULAR y su cónyuge o conviviente registrado como DEPENDIENTE, se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

La edad límite de ingreso y la edad límite de permanencia bajo la cobertura de la Póliza para los hijos registrados como DEPENDIENTES se establecerán en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, pudiendo luego continuar ASEGURADOS bajo una Póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro, con las mismas condiciones, pagando la prima correspondiente al rango de edad según tarifa vigente a la fecha de la contratación de la nueva póliza.

El hijo cuyo nacimiento haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y cuyo PARTO tenga derecho de cobertura, podrá ser incluido en el seguro desde el primer día de nacido, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia. Los hijos adoptados y los

hijos del(la) cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR podrán ser incluidos en el seguro desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a PACÍFICO SEGUROS la SOLICITUD DEL SEGURO dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a ello.

Asimismo, el/la cónyuge o conviviente al(a) que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, sólo podrá ser incluido(a) en el seguro desde el primer día de haber adquirido el estado civil o derecho legal correspondiente, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendario posteriores al mismo.

PACÍFICO SEGUROS no está obligada a aceptar a los DEPENDIENTES del ASEGURADO en la Póliza.

Artículo 6°

BENEFICIO MÁXIMO POR VIDA POR PERSONA

La suma de todos los gastos pagados por PACIFICO SEGUROS durante la vida de cada persona asegurada, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo especificado en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Todas las atenciones médicas que efectúe “EL ASEGURADO” como sus dependientes inscritos, consumen el Beneficio Máximo contratado y no está sujeto a rehabilitación de la suma asegurada.

Artículo 7°

PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA

Período de carencia es el período de 30 días calendarios, posteriores al inicio del seguro, durante el cual no se podrá hacer uso del mismo.

Sólo están exceptuadas del período de carencia las atenciones en los casos de accidentes o de enfermedades agudas siguientes: apendicitis, torsión testicular, accidente cerebro vascular (infarto o hemorragia cerebral aguda), infarto agudo de miocardio y hepatitis viral, los cuales, al poner en riesgo la vida demanden una atención por el servicio de emergencia. Estas excepciones no serán de aplicación en los casos en los que los accidentes o las enfermedades mencionadas en este párrafo se identifiquen como enfermedades pre-existentes.

Cualquier otra condición de salud catalogada como emergencia médica, enfermedad o síndrome, necesite o no evacuación, que se inicie dentro de los primeros 30 días de vigencia de esta Póliza, no será cubierta, recibiendo el mismo tratamiento que las enfermedades preexistentes y siendo susceptible de excluirse formalmente de la cobertura de la póliza a través del endoso correspondiente.

Período de espera es el período inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, durante el cual no se podrá hacer uso de la misma. Por consiguiente, los gastos incurridos durante el período de espera no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta Póliza.

Se establecen diferentes períodos de espera para recibir la cobertura de consultas médicas, exámenes de ayuda diagnóstica, tratamientos, cirugías, medicamentos y/o insumos indicados o

relacionados con procesos diagnósticos o de descarte, procedimientos o afecciones de órganos abajo detallados, siempre y cuando no sean preexistentes, en cuyo caso no serán materia de cobertura, los cuales se detallan a continuación:

1. **Para toda condición de maternidad o embarazo, el período de espera es de 18 meses consecutivos, contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza, durante el cual los gastos incurridos no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta Póliza.**
- 2.- **En relación con las atenciones abajo precisadas, el período de espera es de 10 meses:**
 - a) **Enfermedades del útero y/o anexos, quistes y prolapsos génito urinarios.**
 - b) **Enfermedades de la mama.**
 - c) **Hernias de cualquier clase, incluida la hernia de núcleo pulposo de la columna vertebral.**
 - d) **Hemorroides.**
 - e) **Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar.**
 - f) **Cirrosis hepática.**
 - g) **Litiasis del sistema urinario.**
 - h) **Adenoma de próstata.**
 - i) **Catarata, glaucoma.**
 - j) **Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.**
 - k) **Enfermedad cerebrovascular (con excepción del accidente cerebro vascular).**
 - l) **Enfermedad cardiovascular (con excepción de infarto agudo de miocardio), incluida la dislipidemia.**
 - m) **Hipertensión arterial.**
 - n) **Asma; hiperreactividad bronquial.**
 - o) **Diabetes Mellitus.**
 - p) **Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.**
 - q) **Procedimiento de Artroscopía.**
 - r) **Procedimiento de Litotricia.**

El período de carencia prevalece sobre el período de espera. Por consiguiente, durante los primeros 30 días calendarios de vigencia de esta Póliza, aplicarán las condiciones precisadas para el período de carencia mas no aquellas precisadas para el período de espera.

PACÍFICO SEGUROS no reconocerá la continuidad de los derechos de atención o beneficios a los que “El ASEGURADO” haya podido acceder por su permanencia bajo la cobertura de otra póliza.

Artículo 8º

BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Esta Póliza cubre todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una enfermedad o accidente bajo cobertura, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, en el lugar donde se efectúe el tratamiento, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado. También están incluidos bajo este seguro, las coberturas especiales, según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

A tales efectos, “EL ASEGURADO TITULAR” y/o sus dependientes inscritos deberán hacer uso del servicio única y exclusivamente en las clínicas afiliadas para este seguro y de acuerdo con los procedimientos establecidos para los casos por atención médica hospitalaria y/o quirúrgica, tratamientos ambulatorios, así como las coberturas especiales, según las especificaciones que se indican para cada uno de ellos y en las condiciones que se indican en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas a PACÍFICO SEGUROS tres días útiles antes de su utilización, salvo los casos que sean de emergencia.

PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de modificar la relación de clínicas afiliadas cuantas veces sea necesario, a efectos de preservar el derecho de los asegurados a acceder a un servicio de salud de calidad, dando previo aviso a los mismos. En caso que esto suceda y exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en la clínica excluida hasta el alta del paciente. De existir algún otro tratamiento en curso, PACÍFICO SEGUROS orientará al “ASEGURADO” sobre otras alternativas de atención.

a) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:

- Habitación estándar, individual o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el diagnóstico y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea..
- Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado.
- Yeso acrílico. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- Otros servicios que tengan directa relación con el tratamiento médico.

b) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento, así como los procedimientos que la evidencia médica actual y disponible sustente para su adecuado diagnóstico y tratamiento.
- En caso de una cirugía ambulatoria que exija la utilización de sala de operaciones, se cubrirá bajo condiciones de una atención hospitalaria.

c) COBERTURAS ESPECIALES:

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado, otorgándose hasta los límites fijados para cada caso, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por el artículo 9° de la presente Póliza.

Enfermedades oncológicas:

Este seguro cubre los gastos a partir del diagnóstico confirmado por Anatomía Patológica, incluyendo el acto quirúrgico o procedimiento médico que permitió tomar la muestra del tejido, biopsia o pieza operatoria. Las atenciones serán cubiertas de acuerdo a las condiciones establecidas en la Tabla de Beneficios inserta en las condiciones particulares de la Póliza.

Si por excepción, PACÍFICO SEGUROS decidiera dar cobertura a un tratamiento oncológico para una quimioterapia no estándar, es decir, no aprobada por la National Cancer Comprehensive Network (NCCN) o por la National Cancer Institute (NCI), "EL ASEGURADO" asumirá el coaseguro especificado en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTIUCIARES de la Póliza.

En el caso de un cáncer de mama que involucre una Mastectomía Radical, se incluye la cobertura de la Reconstrucción Mamaria como parte del tratamiento integral de dicho cáncer. Dicha cobertura aplica para tratamientos en el Perú según la red de proveedores establecida para dicho fin y que se encuentra precisada en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Prótesis quirúrgicas:

Este seguro cubre el 100% del valor de las prótesis internas que sean quirúrgicamente necesarias, **hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.** No se cubren prótesis externas ni dentales.

Enfermedades congénitas del recién nacido:

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, así como aquellos de tipo genético hereditario, de los hijos cuyo nacimiento fue materia de cobertura por este seguro y cuya inscripción en la Póliza se haya efectuado en el plazo establecido. Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como gastos de hospitalización o gastos de atención ambulatoria según corresponda **hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.**

Enfermedades congénitas no conocidas y no diagnosticadas:

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas no conocidas por el "ASEGURADO" o "ASEGURADO TITULAR" y no diagnosticadas, **hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.**

Gastos oftalmológicos:

Las enfermedades o cirugías de los ojos serán cubiertas como ambulatorio u hospitalario, según corresponda. Los procedimientos de corrección para los trastornos de la refracción, como el excimer láser, así como los lentes de contacto, cristales y anteojos, serán cubiertos en los Centros Afiliados con la aplicación de las condiciones especificadas en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. Dichas condiciones podrán contemplar la aplicación de deducibles y/o coaseguros, o bien, la consideración de descuentos o precios preferenciales negociados por PACÍFICO SEGUROS con los Centros Afiliados.

Chequeos Médicos Preventivos:

Están cubiertos por una vez al año los chequeos Médicos Preventivos siguientes: Cardiológico, Oncológico, Ginecológico, Oftalmológico y Pediátrico, exclusivamente en los Centros Afiliados, con el pago del deducible indicado en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza para cada chequeo.

Atención médica de emergencia a domicilio:

Todos los asegurados bajo esta Póliza, podrán hacer uso del servicio médico a domicilio en caso de emergencia, sin efectuar pago de deducible o coaseguro alguno, siempre que este servicio sea solicitado de acuerdo a lo establecido por los artículos 1º y 7º, este último en referencia al período de carencia.

Gastos ambulatorios por accidentes:

Siempre que el manejo de la emergencia sea de manera exclusivamente ambulatoria, los gastos serán cubiertos sin aplicación de deducible ni coaseguro y hasta la rehabilitación del paciente, por un período máximo de 60 días calendarios. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, afectos al deducible y coaseguro correspondiente. En caso que, a consecuencia del accidente, se requiera hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo a las condiciones de la Póliza, desde el primer día de la atención.

Transporte por evacuación:

Cubre los gastos por traslado en la ambulancia terrestre y/o avión de línea regular de pasajeros dentro del territorio peruano, únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser evacuado a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, previa certificación médica.

Este beneficio se otorga al 100%, siempre que este servicio sea solicitado de acuerdo a lo establecido por los artículos 1º y 7º de la Póliza, este último en referencia al período de carencia.

En caso de menores de edad así como en el caso de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la salud, se cubrirán los gastos de un acompañante.

Sepelio:

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, **hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza**, tales como: ataúd, capilla ardiente, velatorio, obituario, carroza, nicho, cremación, carro para flores y cargadores. Este beneficio se otorgará siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta Póliza.

Maternidad:

Este beneficio no podrá ser utilizado por ningún concepto durante los primeros 18 meses de vigencia del seguro; por lo tanto, todos los gastos efectuados durante este período están excluidos de cobertura.

Podrán gozar de este beneficio las mujeres aseguradas como “ASEGURADO TITULAR” o cónyuge o conviviente, dentro de los límites señalados en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

No gozan de los beneficios otorgados por la cobertura de maternidad, las hijas aseguradas como dependientes.

Este beneficio cubre los gastos por aborto y/o amenaza de aborto y/o amenaza de parto pre-término y el parto, sea vaginal o por cesárea, incluyendo los gastos normales del recién

nacido, hasta los límites especificados en la Tabla de Beneficios inserta en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza, por cada evento.

Se considera aborto y/o amenaza de aborto el producido hasta el sexto mes del embarazo. A partir del séptimo mes, se considerará como una amenaza de parto pre-término.

No están cubiertos los gastos por consultas pre-natales de la madre gestante ni tampoco los gastos derivados de las mismas en la supervisión del embarazo. De la misma manera, no están cubiertos los gastos por consultas o controles post-natales, ni los gastos derivados de las mismas.

Beneficio especial por fallecimiento de "EL ASEGURADO TITULAR":

Se otorga cobertura de un año de seguro sin pago de prima, a partir de la fecha del fallecimiento del "ASEGURADO TITULAR", siempre que la muerte sea causada por una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza.

Se mantendrán asegurados los dependientes inscritos bajo la misma Póliza en que se encontraba asegurado el fallecido.

Cumplido el año, tanto el/la cónyuge o conviviente asegurado(a) así como sus dependientes, podrán continuar con la cobertura, si así lo desean, en calidad de "ASEGURADO TITULAR" y dependientes respectivamente, pagando las primas correspondientes.

Artículo 9º

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) **PREEXISTENCIAS**, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las ENFERMEDADES por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.
- b) **Cuidado podiátrico**, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles.
- c) **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA.**
- d) **Cuidados particulares de enfermería.**
- e) **Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.**
- f) **Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (StemCell), salvo que se requiera para TRASPLANTE de médula ósea.**
- g) **En los casos de HOSPITALIZACIÓN no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.**
- h) **Medicamentos, productos, tratamientos y otros precisados a continuación:**

- i. **Todo medicamento, equipo, dispositivo, IMPLANTE o insumo médico utilizado o de reciente implementación que no haya sido aprobado por la FDA para el DIAGNÓSTICO correspondiente.**
- ii. **Los que no se consideren MÉDICAMENTE NECESARIOS y no cuenten con el sustento médico según la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA con ensayos clínicos de fase III concluidos y con beneficio demostrado en los casos que aplique.**
- iii. **Medicamentos aprobados por la F.D.A, pero prescritos para ENFERMEDADES diferentes para los que fueron aprobados (excepto en casos de CÁNCER).**
- iv. **Medicamentos que aun cuando hayan sido aprobados por la F.D.A, se encuentren señalados expresamente en este artículo como excluido.**
- v. **Medicamentos utilizados con fines placebo.**
- vi. **Recursos terapéuticos naturales (uña de gato, muérdago, etc.), cualquiera sea su forma de presentación.**
- vii. **Tratamientos o procedimientos experimentales.**
- viii. **Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A en la “Clinical Practice Guidelines in Oncology” (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de los Estados Unidos de América. Para mayor información acceder a www.nccn.org.**
- ix. **Productos de higiene personal. Productos COSMÉTICOS, productos dermatocosméticos y bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.**
- x. **Medicamentos para tratamiento de la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.**
- xi. **Psicofármacos: ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes y nootrópicos, anfetamínicos, derivados y afines cuando se indiquen para ENFERMEDADES de la esfera mental (psicológicas o psiquiátricas), así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención (incluido autismo) y del aprendizaje. Curas de reposo o de sueño.**
- xii. **Medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o SÍNDROME de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias o complicaciones infecciosas, degenerativas o neoplásicas. Para estas ENFERMEDADES se concede una cobertura limitada, según se indica en las Coberturas dentro de la TABLA DE BENEFICIOS.**
- xiii. **Vitaminas, minerales y suplementos alimenticios (excepto los utilizados para el ASEGURADO hospitalizado), complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.**
- xiv. **Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria (excepto aspirina, warfarina, clopidogrel, heparinas, metformin, montelukast en asma, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios, los cuales sí se cubrirán).**
- xv. **Inmunoestimulantes. Vacunas (excepto vacuna indicada por isoimmunización materno-fetal y vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica).**
- xvi. **Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.**
- xvii. **Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.**

- xviii. Plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.
- xix. PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
- xx. Dispositivos o **IMPLANTES** médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: **IMPLANTE** coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales si se cubrirán.
- xxi. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario 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.

i) Estudios o procedimientos **DIAGNÓSTICOS** o terapéuticos, tratamientos (médicos o quirúrgicos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

1. **ENFERMEDADES**, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas **CONGÉNITAS** del recién nacido y de **ENFERMEDADES CONGÉNITAS** no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.
2. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
3. Ginecomastia y Gigantomastia.
4. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por **CÁNCER** de Mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta Póliza, para la cobertura Oncológica o en los casos de **ACCIDENTES** cubiertos por la Póliza, debidamente reportados a **PACÍFICO SEGUROS**.
5. Vasectomía y Bloqueo Tubario.
6. Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales, así como gastos de maternidad y del recién nacido (**PREMATURIDAD** y **ENFERMEDADES CONGÉNITAS**) en aquellos casos en que el **EMBARAZO** sea consecuencia de los procedimientos de fertilización indicados en esta exclusión o procedimientos similares cuyo fin es la concepción.
7. Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.
8. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de **PRÓTESIS**.
9. Tratamiento de alopecia androgénica.
10. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.
11. **ENFERMEDADES** y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
12. **ACCIDENTES** sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por

un profesional de la SALUD en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda.

En caso de ACCIDENTE vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo.

Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda o, cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE.

Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.

13. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
14. Cirugía odontológica, ENFERMEDAD periodontal, ortodoncia, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética, cirugía bucal (exodoncia impactada, apicectomía y similares), PRÓTESIS dentales, IMPLANTES dentales y todo lo relacionado a ellos, salvo las atenciones indicadas en el artículo de Beneficios y Gastos Cubiertos como "Gastos Odontológicos".
15. Problemas de la mandíbula incluyendo el SÍNDROME témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.
16. ACCIDENTES de trabajo o ENFERMEDADES ocupacionales.
17. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de actividades, competencias o deportes peligrosos. La siguiente relación es nominativa no excluyente: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puenting, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o cualquier deporte practicado de manera profesional.
18. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.
19. Tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto e intraoculares multifocales.
20. Chequeos médicos y descarte de ENFERMEDADES en una persona sana, así como controles de ENFERMEDADES no cubiertas por esta póliza.
21. Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.

22. Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.
23. Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.
24. Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a DIAGNÓSTICOS o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.
25. Procedimientos de criopreservación o criogenéticos.
26. Gastos incurridos para el cuidado y asistencia de personas con discapacidad.
27. Tratamiento o gastos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados, para el lugar de atención.
28. Tratamientos que no se consideren MÉDICAMENTE NECESARIOS.
29. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas)
30. Pruebas diagnósticas no certificadas y tratamientos desensibilizantes para alergias.
31. Tratamiento con hormona de crecimiento, o cualquier otro tratamiento cuya finalidad sea la de estimular el crecimiento.
32. Dispositivos para columna: separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o neulolisisfacetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.
33. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS que se encuentren bajo el control del Ministerio de SALUD o de cualquier otra entidad gubernamental.
34. Viscosuplementación para patologías articulares, excepto en osteoartrosistibiofemoral de rodilla. No se cubre en condromalacia patelar.
35. Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.

Artículo 10º

DEDUCIBLES Y COASEGUROS

Es el importe fijo y el porcentaje, respectivamente, del gasto cubierto que le corresponde asumir a "EL ASEGURADO" por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

El Deducible Adicional Anual, es aplicado por diagnóstico o enfermedad, bajo cualquier tipo de atención, sea ambulatoria y/o hospitalaria, a todas las coberturas de la póliza.

Artículo 11º

PAGO DE BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica y/o médico de la red de proveedores afiliados a PACÍFICO SEGUROS que haya prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente. Está excluido cualquier reembolso de gastos pagados directamente por "EL ASEGURADO".

La liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en la Tabla de Beneficios inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, previa aplicación y pago por "EL ASEGURADO" a la Clínica y/o médico de los deducibles y coaseguros correspondientes, así como de los importes por gastos no cubiertos.

a) **ATENCIÓN BAJO SISTEMA DE CRÉDITO.**

PACÍFICO SEGUROS, previa emisión de la carta de garantía correspondiente, reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú.

En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una hospitalización se efectuaron gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad o accidente, estos serán cubiertos como gastos hospitalarios, con la aplicación del coaseguro únicamente.

b) **COBERTURAS ESPECIALES:**

En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del Beneficio Máximo Asegurado y se cubrirán hasta por los límites establecidos para cada una de ellas y de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, sólo en las clínicas afiliadas al programa.

CONDICIONES LEGALES

Artículo 12º

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 ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro, si los hubiere.

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

Artículo 13º

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la **ENFERMEDAD** del ASEGURADO TITULAR y sus **DEPENDIENTES** inscritos en la Póliza.

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

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

Artículo 14º

BASES DEL CONTRATO

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

El contrato de seguro está sujeto a que PACÍFICO SEGUROS haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO y la cobertura otorgada mediante el Contrato de Seguro se hará efectiva cuando el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima y/o firmado el CONVENIO DE PAGO obligándose a pagarla.

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

Artículo 15º

DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

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 16º

DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o cuestionarios médicos que le suministre PACÍFICO SEGUROS. 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 tienen efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en las presentes CONDICIONES GENERALES. 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, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por PACÍFICO SEGUROS; y asimismo, ha tenido previamente a su disposición la folleteria informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada y siempre podrá verificar las coberturas ofrecidas en la página web de PACÍFICO SEGUROS (<http://www.pacificoseguros.com>).

Artículo 17º

RESIDENCIA

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

La cobertura nacional para ser efectiva dentro del Perú se mantendrá vigente si el ASEGURADO se encuentra al día en el pago de sus primas.

Si el estado de suspensión es mayor a doce (12) meses, PACÍFICO SEGUROS podrá solicitar al ASEGURADO el llenado de una nueva DECLARACIÓN DE SALUD.

Artículo 18º

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

PACIFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en las demás Condiciones de la Póliza. El seguro contempla exclusiones o gastos no cubiertos por PACIFICO SEGUROS los cuales se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES, Condiciones Especiales, Clausulas Adicionales o Endosos.

Artículo 19º

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

- a) Las ENFERMEDADES preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el periodo inmediato anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo.
- b) La(s) PREEXISTENCIA(s) deberá(n) ser declarada(s) por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS está autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros los antecedentes médicos y los alcances de su seguro anterior, a fin de otorgar la continuidad de la cobertura.
- c) Para que el ASEGURADO tenga derecho a que se le atienda(n) su(s) PREEXISTENCIA(s) es requisito indispensable que PACÍFICO SEGUROS de seguros anterior haya proporcionado a PACÍFICO SEGUROS la información médica solicitada.
- d) En todo lo no establecido en la presente condición se aplicará lo dispuesto por la Ley 28770, la Ley 29946 y la Resolución SBS N° 3203-2013 o normas que las sustituyan y/o modifiquen.

Artículo 20º

VIGENCIA DE LA POLIZA, CONTINUIDAD DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

La cobertura comienza a las doce (12) horas de la fecha establecida en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza para el inicio de vigencia y termina a las doce (12) horas del último día de su vigencia.

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

Independientemente de la fijación de la prima que podrá realizarse inclusive luego de los cinco (5) años antes indicados, PACÍFICO SEGUROS podrá modificar las primas sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos, así como las demás condiciones y términos de la Póliza, al fin de cada vigencia del Contrato de Seguro. Cuando ello ocurra, se considerará que presenta una nueva propuesta u oferta de seguro. La propuesta u oferta será comunicada al ASEGURADO, con una anticipación no menor de treinta (30) días al inicio de la nueva vigencia. El envío de las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que podrá realizar PACÍFICO SEGUROS cada año, se considerará como la nueva propuesta u oferta del seguro. El ASEGURADO tendrá quince (15) días desde la fecha en que recibe dicha propuesta u oferta para expresar su rechazo o aceptación. En caso de rechazo, se considerará que no hay aceptación de la propuesta u oferta y por lo tanto, que no hay Contrato de Seguro. Se considera que existe aceptación tácita a la propuesta u oferta 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 la COMPAÑÍA.

Dentro del plazo de quince (15) días desde la fecha en que EL ASEGURADO recibe la oferta para expresar su rechazo o aceptación, el ASEGURADO deberá remitir a PACÍFICO SEGUROS, por las vías de comunicación habilitadas en acuerdo con ésta última, aquella información complementaria que corrija, actualice y/o complemente las declaraciones de su estado de SALUD realizadas para la emisión de la póliza original.

En caso transcurra el plazo antes señalado sin mediar precisión y/o comunicación adicional por parte del ASEGURADO, se entenderá como confirmado que no existe información complementaria que corrija, actualice y/o complemente las declaraciones de su estado de SALUD realizadas para la emisión de la póliza original. La presente carga de informar se tratará conforme a las reglas del deber de informar sobre la agravación del riesgo de seguro

establecidas en las presente **CONDICIONES GENERALES** y en las **CONDICIONES PARTICULARES** de cada Contrato de Seguro, según corresponda.

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. 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.

Artículo 21º

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará, por cualquiera de las formas convenidas con el ASEGURADO, sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.
- 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.
- e) Si la Póliza contiene una cláusula de renovación automática y PACÍFICO SEGUROS requiere incorporar modificaciones, podrá hacerlo con un aviso por escrito al ASEGURADO con cuarenta y cinco (45) días calendarios de anticipación al vencimiento del contrato, detallando los cambios. El ASEGURADO tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento del contrato para rechazar la propuesta, si no lo hace se consideran aceptadas las nuevas condiciones. Si rechaza la propuesta se considerará terminado el contrato al vencimiento del mismo.

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 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 periodo 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 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

REHABILITACION

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que PACÍFICO SEGUROS no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la póliza previo pago de todas las primas impagas, intereses de mora y los gastos que origine la rehabilitación, así como de la acreditación de las CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD que podrían serle requeridas por PACÍFICO SEGUROS para constatar que se mantienen las condiciones originalmente declaradas, con excepción de las ENFERMEDADES que hayan sido cubiertas por la Póliza. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable PACÍFICO SEGUROS por SINIESTRO alguno ocurrido durante la suspensión.

Artículo 25º

AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

El 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 la SOLICITUD DE SEGURO se podrá señalar una lista – referencial y no taxativa – de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en CULPA INEXCUSABLE o DOLO, en los cuales EL ASEGURADO tiene el deber de informar a PACÍFICO SEGUROS sobre el agravamiento del riesgo asegurado.

En caso EL ASEGURADO haya omitido su deber de informar sobre la agravación del riesgo y ocurre el SINIESTRO, se entenderá que EL ASEGURADO ha incurrido en culpa grave o DOLO en el incumplimiento de su obligación de informar sobre la agravación del riesgo asegurado. En este último supuesto PACÍFICO SEGUROS estará liberado de su prestación.

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, en los siguientes casos:

1. Cuando EL ASEGURADO ha omitido o se ha demorado en informar sobre la agravación del riesgo 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 del asegurador.
3. Si PACÍFICO SEGUROS no resuelve el Contrato de Seguro o lo modifica conforme a lo señalado en el párrafo siguiente.

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.

Artículo 26º

INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- a) El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es la Suma Asegurada y/o BENEFICIO MÁXIMO ANUAL señalados en las CONDICIONES PARTICULARES. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.
- b) Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en el artículo referido al “Procedimiento para Solicitar la Cobertura del Seguro en caso de SINIESTRO”. El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.
- c) La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro, en los casos que corresponda, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO

SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.

- d) Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague directamente la suma asegurada al ASEGURADO y/o proceda la atención con REEMBOLSO, y siempre que conste en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS, tendrá un plazo de 30 días calendarios contados desde que recibió la documentación e información completa exigida en la Póliza para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del SINIESTRO.

Si PACÍFICO SEGUROS requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de haber recibido dicha documentación.

Si PACÍFICO SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo de los treinta (30) días calendarios antes indicados se entenderá que el SINIESTRO ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al SINIESTRO, siguiendo el procedimiento establecido en la ley del contrato de seguros.

Consentido el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización, en caso de pago directo al ASEGURADO.

Artículo 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) 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) Inexistencia de riesgo

Si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.

c) Reticencia y/o declaración inexacta

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, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza.

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el ASEGURADO de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato a PACÍFICO SEGUROS.

El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que PACÍFICO SEGUROS reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión, por cualquiera de los medios de comunicación pactados.

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

Efecto sobre la prima

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

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

a. Por falta de pago de la prima

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba la comunicación de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de las formas convenidas.

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

b. Por agravación del riesgo

PACÍFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los treinta (30) días en que ésta fue debidamente comunicada por el ASEGURADO.

Para los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo PACÍFICO SEGUROS queda liberada de su prestación, si es que el SINIESTRO se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

1. El ASEGURADO incurre 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 no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.

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.

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.

d. Por incumplimiento de cualquier otra obligación prevista en la PÓLIZA DE SEGURO.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b) y c) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al ASEGURADO por cualquiera de los medios convenidos en la Póliza. El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

Efectos sobre la prima

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

Artículo 29º

TERMINACION 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 DEPENDIENTE pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de esta persona.
- c) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- d) Si PACÍFICO SEGUROS no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.
- e) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- f) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES.

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

Artículo 30º

RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

Se considerará que existió DOLO o CULPA INEXCUSABLE del ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa 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 brindó al ASEGURADO una lista – referencial y no taxativa – 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 a el 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.

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. PACÍFICO SEGUROS manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 32º

SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE

El ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando PACÍFICO SEGUROS relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de

cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente Póliza.

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

Artículo 33º

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

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

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

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

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

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

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico que tenga los mismos beneficios en la misma COMPAÑÍA u otra, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en un principio. Si el ASEGURADO decide activar primero el otro seguro, el presente seguro podrá reconocer al 100% el REEMBOLSO de los gastos incurridos por concepto de COPAGOS y COASEGUROS, según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES inserta en la Póliza. No se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro.

Artículo 34º

INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLINICA

El ASEGURADO se encuentra en la obligación de proporcionar a PACÍFICO SEGUROS toda la información que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria para los efectos del pago de la(s) cobertura(es) debida por PACÍFICO SEGUROS, para lo cual ha autorizado expresamente que la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a que exhiban su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, únicamente al momento en que PACÍFICO SEGUROS tenga

necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presente el ASEGURADO en caso de SINIESTRO, como consecuencia de la presente póliza.

PACÍFICO SEGUROS bajo su cuenta y costo, tiene derecho a que el ASEGURADO sea examinado por los médicos designados por ella, para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO o solicitud de cobertura.

Artículo 35°

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.

En caso de contratación por mecanismos de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del seguro o en cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Artículo 36°

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

Artículo 37°

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. El Arbitraje deberá ser de derecho, y el tribunal estar compuesto por tres (3) miembros designados por las partes, para lo cual cada una nombrará un árbitro y los dos (2) así designados nombrarán al tercero, quien presidirá el Tribunal Arbitral.

Para el nombramiento de los árbitros así como el sometimiento a un reglamento arbitral y todo lo referente a la integración del texto o contenido del convenio arbitral, se aplicará lo establecido en la Ley General de Arbitraje, vigente a la fecha del surgimiento de la controversia.

Artículo 38°

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 y/o su Beneficiario y/o sus herederos legales; 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 las demás Condiciones 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

En la oferta de seguros efectuada por los 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 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 la Póliza, para informar sobre el ejercicio de su derecho. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

ARTÍCULO 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 Seguros y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los

términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

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

- **ACCIDENTE DE TRABAJO**
Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 del Capítulo I de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Decreto Supremo 003-98-SA, o la norma legal que la sustituya.

- **ASEGURABILIDAD**
Es el conjunto de circunstancias que deben concurrir en un riesgo para que la cobertura pueda ser aceptada por el asegurador. Con este propósito, los aseguradores suelen disponer la evaluación del riesgo y/o la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados para cada caso.

- **ASEGURADO O ASEGURADOS**
Es el “ASEGURADO TITULAR” y/o sus dependientes inscritos que están cubiertos bajo esta Póliza debidamente registrados en la misma.

- **ATENCION MEDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**
Es el servicio que se brinda para atender cuadros agudos de comienzo repentino o inesperado y que requieren tratamiento médico precoz.
Son considerados bajo este concepto los gastos médicos como consecuencia de:
 - Paro cardíaco y/o respiratorio
 - Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
 - Dolores intensos y/o prolongados
 - Pérdida de conocimiento súbito
 - Crisis hiperglicémica
 - Crisis hipoglicémica
 - Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
 - Heridas cortantes
 - Diarreas severas
 - Deshidratación aguda
 - Vómitos reiterados
 - Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos

- Envenenamiento
- Hemorragias
- Accidentes cerebrovasculares agudos
- Asfixias de cualquier origen
- Quemaduras
- Crisis asmática
- Crisis hipertensiva
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Reacciones alérgicas
- Aborto y/o amenaza de aborto
- Trabajo de parto
- Cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de emergencia por los médicos o paramédicos tratantes.

Este servicio se ofrece dentro de los siguientes límites: Por el Norte, hasta Los Olivos y Comas; por el Sur, hasta Villa (Chorrillos); por el Centro, hasta Ate (Vitarte); y, por el Oeste, hasta La Punta (Callao).

- **BENEFICIO MÁXIMO POR VIDA**
Es la cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto a “EL ASEGURADO TITULAR” y sus dependientes inscritos, sujeto a la reducción del Beneficio Máximo Asegurado previsto en el artículo 6°, durante toda su vida, siempre que la Póliza se encuentre vigente. Dicha cantidad total asegurada se reducirá progresivamente en función de los gastos que vaya pagando LA COMPAÑÍA durante la vida del ASEGURADO.
- **CANCER**
Enfermedad que se manifiesta por el crecimiento anormal de las células, cuyo estudio de anatomía patológica es concluyente de neoplasia maligna.
- **COASEGURO**
Es el porcentaje de los gastos cubiertos que le corresponde pagar al “ASEGURADO”, después de aplicar el deducible correspondiente
- **CORREDOR DE SEGUROS**
Es la persona natural o jurídica que, a solicitud del tomador o contratante, puede intermediar en la celebración de los contratos de seguros y asesorar a los asegurados o contratantes del seguro en materias de su competencia.
- **CREDENCIAL**
Documento expedido por la compañía de seguros que acredita la condición de asegurado.
- **BENEFICIO MÁXIMO POR VIDA**
Se entiende que la cobertura es otorgada de por vida siempre y cuando EL ASEGURADO acepte los nuevos términos y condiciones establecidas en la póliza de seguro, que cada año emitirá la “COMPAÑÍA”, de acuerdo a lo señalado en el artículo 15° de las condiciones generales.

- **DEDUCIBLE**
Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el “ASEGURADO”, el mismo que está indicado en la Tabla de Beneficios.
- **DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL**
Es el importe indicado en la Tabla de Beneficios, contratado por el “ASEGURADO” y que debe ser asumido por él o por cualquier otro seguro que tenga vigente ya sea en esta Compañía o cualquier otra.

La aplicación del deducible adicional es por cada vigencia anual de la Póliza.
- **DEPENDIENTE**
Se considera como dependientes asegurables a las siguientes personas:
 - El cónyuge, o en su defecto la persona de sexo distinto que, viviendo en calidad de conviviente de “EL ASEGURADO TITULAR” esté reconocida como tal y que cuente con menos de 60 años de edad en la fecha de ingreso al seguro.
 - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijastros de “EL ASEGURADO TITULAR” siempre y cuando sean solteros, residan con él en el mismo domicilio, sean dependientes económicamente y sean menores de 26 años de edad..
- **DIAGNÓSTICO**
Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.
- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**
Es toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.
- **EMERGENCIA MEDICO-QUIRURGICA**
Aquel problema de salud que se presenta en forma súbita, como manifestación de una enfermedad aguda o como recurrencia, progresión o complicación de una afección crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.
- **ENFERMEDAD**
Es toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.
- **ENFERMEDAD ADQUIRIDA AL NACER**
Alteración del estado de salud no congénita cuyo origen se establece desde el momento del nacimiento.
- **ENFERMEDAD AGUDA**
Enfermedad de curso menor o igual a un mes.
- **ENFERMEDAD CONGÉNITA**
Se refiere a cualquier enfermedad, defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, aunque no presentara manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina y aún

cuando su evolución orgánico-funcional y/o manifestación clínica se haga evidente por se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo de “EL ASEGURADO”.

- ENFERMEDAD CRONICA
Enfermedad de curso mayor a un mes.
- ENFERMEDAD GENETICO - HEREDITARIA
Enfermedad cuyo origen obedece a leyes de la genética y se transmite a las siguientes generaciones sin necesariamente respetar un orden natural. Se refiere a enfermedades hereditarias autosómico – dominantes.
- ENFERMEDAD PROFESIONAL
Todo estado patológico, permanente o temporal, que sobreviene al trabajador, como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o de medio en que se ha visto obligado a trabajar. Debe existir causalidad con la clase de trabajo que desempeña el trabajador o el ambiente en que labora.
- FECHA DE INICIO DEL SEGURO
Es la fecha que aparece en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza como fecha de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujeto a los períodos de carencia o espera establecidos en la misma.
- MEDICAMENTOS DE EFICACIA TERAPEUTICA NO COMPROBADA Y/O MEDICAMENTOS DE BENEFICIO NO DEMOSTRADO
Grupo de medicamentos que luego de un uso razonable y continuado en la práctica médico clínica y/o en el terreno de la investigación no han logrado demostrar evidencia suficiente que justifique su utilización con fines terapéuticos a la luz de la tecnología actual.
- MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA
Es un 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
- **PRE EXISTENCIA**
Es toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos de “EL ASEGURADO”, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.
 - **SALUD**
Es el completo estado de bienestar físico y mental del individuo.
 - **SÍNDROME**
Es el conjunto de los síntomas que refiere el paciente o que identifica el médico durante el interrogatorio médico, aunado a los signos clínicos que detecta el médico a través del examen físico, pudiendo contar o no para ellos con procedimientos de ayuda al diagnóstico tales como exámenes de laboratorio, imágenes y patología, entre otros.
 - **SOLICITUD DE BENEFICIOS**
Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que “EL ASEGURADO” completa y suscribe resumiendo sus requerimientos de atención médica, sea ambulatoria u hospitalaria, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico competente.
 - **SOLICITUD DE SEGURO**
Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, en el cual consignando la identificación de “EL ASEGURADO TITULAR” y dependientes, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la Declaración de Salud de los solicitantes.
 - **CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA**
Documento que contiene la identificación del asegurado y dependientes, la vigencia del seguro, la prima neta y bruta resultante, la especificación, en su caso, de las condiciones especiales del riesgo, así como la Tabla de Beneficios y Gastos Cubiertos que resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados.

- **SUSCRIPCION DE POLIZAS DE SALUD**
Políticas y procesos definidos por PACÍFICO SEGUROS para fines de asumir o no el riesgo; entre sus instrumentos se incluyen: Declaración de Salud; Examen de Asegurabilidad, interrogatorio ginecológico, perfil de exámenes auxiliares por edad y sexo. Puede incluir además: exámenes adicionales y/o informes médicos.
- **TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL**
Es el procedimiento médico o quirúrgico, 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 como organizaciones rectoras a la National Cancer Comprehensive Network (NCCN) y al National Cancer Institute (NCI).

ANEXO 1**CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS AFILIADOS EN LIMA****ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA, AMBULATORIA Y POR HOSPITALIZACIÓN**

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
CLINICA RICARDO PALMA		
Sede Central	Av. Javier Prado Este # 1066 - San Isidro	224-2224
Sede Cono Norte (*)	Av. Túpac Amaru # 391 Km. 8.5 Urb. Carabaylo - Comas	525-6969
Sede Sur (*)	Prol. Paseo de la República s/n Urb. Matellini –Chorrillos	617-8200
CLINICA SAN PABLO		
Sede Central	Av. El Polo # 789 Urb. El Derby de Monterrico - Surco	610-3333
Sede Cono Norte	Av. C Yzaguirre # 149-153 Pan.Norte Ind-Los Olivos	613-4444
Sede Cono Sur (*)	Av. Belisario Suárez # 998 Zona C San Juan de Miraflores	450-0827
CENTROSALUD PACIFICO (interior C. Tezza) (*)	Av. El Polo # 570 Monterrico	518-4000
CENTRO MEDICO MEDEX (*)	Av. Rep. de Panamá # 3065 P.2° - S. Isidro	442-6284
CENTRO MEDICO SAN JUDAS TADEO(*)	Calle Manuel Raygada # 170 - San Miguel	219-1100
CENTRO MEDICO VESALIO (*)	Av. Oscar R Benavides # 252 Urb. Los Cipreses - Lima	618-9999
CLINICA EL GOLF	Av. A. Miro Quesada # 1030 - San Isidro	264-3300
CLINICA GOOD HOPE	Av. Malecón Balta # 956 - Miraflores	610-7300
CLINICA INTERNACIONAL	Jr. Washington # 1471 - Lima	619-6161
CLINICA JAVIER PRADO	Av. Javier Prado Este # 499 - San Isidro	440-2000
CLINICA LIMATAMBO	Av. Rep. de Panamá # 3606 - San Isidro	442-4670
CLINICA LIMATAMBO – SEDE SAN JUAN DE LURIGANCHO	Av. Próceres de la Independencia # 2701 San Juan de Lurigancho	415-1600
CLINICA MAISON DE SANTE	Jr. Miguel Aljovín # 208 – Lima Av. Chorrillos # 171 – Chorrillos	428-8345 619-6000
CLINICA MEDICA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA	Av. Honorio Delgado # 370 – Urb. Ingeniería – San Martín de Porres	381-5668
CLINICA MONTEFIORI	Av. Separadora Industrial # 380 - La Molina	437-5151
CLINICA SAN GABRIEL	Av. La Marina # 2965 – San Miguel	614-2222
CLINICA SAN JOSE REAÑO R.	Av. Las Gaviotas # 207 - Bellavista - Callao	451-3454
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA	Av. Próceres de la Independencia # 1764 – San Juan de Lurigancho	610-4545
CLINICA SAN LUCAS	Av. Guardia Civil # 385 - San Borja	618-3900
CLINICA SANTA ISABEL	Av. Guardia Civil # 135 - San Borja	475-7777

CLINICA SANTA TERESA	Av. Los Halcones # 410 Urb. Jardín - Surquillo	221-2027
CLINICA STELLA MARIS	Av. Paso de los Andes # 923 - Pueblo Libre	463-6666
CLINICA VESALIO	Calle Uno # 140 Urb. Sto. Tomás - S. Borja	618-9999
ORG. DE SALUD INTERCONTINENTAL(*)	Calle Gonzales Prada # 385 - Miraflores	446-3693

(*) Sólo atención ambulatoria.

CENTROS OFTALMOLOGICOS

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
ARBRAYSS LASER	Calle Francisco Cuellar # 253 Surco	437-1447
CLINICA DE OFTALMOLOGIA MATER DEI	Av. Guardia Civil # 340 - San Isidro	476-6860
CONFIA INSTITUTO OFTALMOLOGICO	Av. Galvez Barrenechea # 356 S. Isidro	475-3320
FUTURO VISION	Av. San Borja Sur # 536 - San Borja	476-0319
INSTITUTO OFTALMO SALUD	Av. Javier Prado Este # 1142 - San Isidro	224-1363
	Av. Carlos Izaguirre # 407 – 413 Los Olivos	523-7777
INSTITUTO OFTALMOLOGICO WONG	Av. Guardia Civil # 554 S. Isidro	226-4452
	Av. Carlos Izaguirre # 789 – A - Los Olivos	485-1169
	Av. San Juan # 1038 San Juan de Miraflores	276-3212
INSTITUTO PERUANO DE LA VISION	Jr. Mayta Cápac # 1398 - Jesús María	266-0659
OFTALMIC SERVICE S.A.C	Av. Geminis H-17 Urb. Papa Juan XXIII San Borja	225-0469
OFTALMICA S.A. INSTITUTO DE LA VISION	Av. San Borja Norte # 783- San Borja	476-8318
TG LÁSER OFTÁLMICA	Av. 2 de Mayo # 666 San Isidro	421-1282

ANEXO 2

CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS AFILIADOS EN PROVINCIAS

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA, AMBULATORIA Y POR HOSPITALIZACIÓN

ZONA NORTE		
Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
CHICLAYO		
CENTRO MEDICO SERVIMEDIC (sólo ambulatorio)	Calle Manuel Maria Izaga 621	221945
CLINICA CHICLAYO	La Florida # 225 - 227 Urb. Sta Victoria	209095
CLINICA DEL PACIFICO	Av. Leonardo Ortíz # 420	232141
CLINICA MILLENIUM	Daniel Alcides Carrión # 151	226494
HOSPITAL METROPOLITANO	Conquista # 420 José Leonardo Ortiz	257777
CHIMBOTE		
CLINICA ROBLES	Jr. Manuel Villavicencio # 512 - 516	322453
CLINICA SAN PEDRO	Jr. Manuel Villavicencio # 479 - 481	321930
HUACHO		
INVERSIONES MEDICAS GALENO	Av. Echenique # 641	232-4841
HUARAL		
POLICLINICO NUEVA ESPERANZA (sólo ambulatorio)	Av. Solar # 295 Huaral	246-1586
PIURA		
ADM. CLINICA SAN MIGUEL	Av. Los Cocos # 111 - 153 - Urb. Club Grau	309300
CLINICA BELEN	Av. Loreto # 1139	308030
CLINICA EL CHIPE	Av. Chirichigno # 321 Urb. El Chipe	329198
CLINICA MIRAFLORES	Las Dalias # A-12, Urb. Miraflores	343037
CENTRO MEDICO PEDIATRICO CARITA FELIZ (sólo ambulatorio)	Jr. Huancavelica # 1039 Urb. 4 de Enero	323017
CLINICA OFTALMOLOGICA DE PIURA (sólo ambulatorio)	Av. Grau # 1026	325708
SULLANA		
CLINICA VIRGEN DEL PILAR	Bolívar # 285	502278
TALARA		
CENTRO OFTALMOLOGICO DE TALARA (sólo ambulatorio)	Av. "B" N° 121	382563
CLINICA TRESA	Av. "A" N° 108 - 110	382213
CLINICA TORRES	Av. "A" # 98 – 2do Piso	381392
CLINICA VIGO 2000 S.C.R.L	Av. "H" # 7	385791
DR. JORGE MADRID ORTIZ (ginecología, sólo ambulatorio)	Urb. Los Pinos H-15	381434
POLICLINICO CENTRAL (sólo ambulatorio)	Av. A - 49 D Lateral – Cercado	386781
POLICLINICO MORE (sólo amb.)	Av. Angamos # 217	381691
TRUJILLO		
CLINICA PERUANO AMERICANA	Av. Mansiche # 810	250277

CLINICA SANCHEZ FERRER	Los Laureles # 436 - Urb. California	285541
CLINICA DE LA MUJER	Calle León XIII # 280 Urb. San Andrés	204652
OFTALMOVISION (sólo ambulatorio)	Av. América Norte # 2120 Urb. Primavera	250922
SOC. VIRGEN DE LA PUERTA	M. Vera Enríquez # 777 - Urb. Primavera	241505
CLINICA SAN PEDRO	Av. Raimondi # 190 San Pedro de Lloc	528164
CLINICA VIRGEN DEL PILAR	Jr. Bolognesi # 561 -565	257251
TUMBES		
CLINICA DE LA FAMILIA	Av. Tumbes Norte # 1079	521251
CLINICA FEIJOO	Av. Mariscal Castilla # 305	525341

ZONA CENTRO		
Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
CAJAMARCA		
CLINICA LIMATAMBO CAJAMARCA	Jr. Puno # 265	364241
CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS	Jr. Miguel Grau # 851	362050
EMP. SERV. MED. CAJAMARCA (sólo ambulatorio)	Av. 13 de Julio # 536	363491
SERV. SALUD LOS FRESNOS (sólo ambulatorio)	Los Nogales # 179 - Urb. El Ingenio	364046
CLINICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA	Av. Mario Urteaga # 500	365926
HUANCAYO		
CLINICA CAYETANO HEREDIA	Av. Huancavelica # 745	247087
CLINICA ORTEGA	Av. Daniel A. Carrión # 1124	235430
CLINICA RUHR GOYZUETA	Av. Huancas # 269	233051
CLINICA SANTO DOMINGO	Av. Fco. Solano # 274 Urb. San Carlos	234012
CLINICA OFTALMOLOGICA REGIONAL (sólo ambulatorio)	Av. Mártires del Periodismo # 1207	201255
HUANUCO		
CLINICA SANTA LUCILA	Av. Ucayali # 637 – Leoncio Prado	561020
HUARAZ		
CLINICA NUESTRA SRA. DE LAS MERCEDES (sólo ambulatorio)	Av. Prolongación Centenario # 502	421879
CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS (sólo ambulatorio)	Av. Raimondi # 751	422663
CLINICA SAN PABLO	Jr. Huaylas # 172 Independencia	428806
FMC MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNOSTICO (sólo ambulatorio)	Jr. Federico Sal y Rosas # 741	427801
HOSPITAL DE APOYO VICTOR RAMOS GUARDIA	Av. Luzuriaga s/n	427508
JUNIN		
CENTRO MEDICO EL MILAGRO (sólo ambulatorio)	Av. Juan Santos Atahualpa Mz I Lt 5 Urb. El Milagro	331279
CLINICA ELERA	Calle Tarma # 194 San Ramón	331527
PASCO		
CLINICA ARMAS (sólo ambulatorio)	Jr. San Cristóbal # 224 2do Nivel	421474

CLINICA GONZALES	Av. Daniel A. Carrión # 099 – Yanacocha	421515
------------------	---	--------

ZONA ORIENTE		
Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
IQUITOS		
CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL	La Marina # 285	252528
CLINICA ESPECIALIZADA SGTO. LORES	Calle Sargento Lores # 425 – 429	242680
SERVICIOS MEDICOS CLINICA SANTA ANITA	Jr. Bolognesi # 1223	266003
PUCALLPA		
CLINICA AMAZONICA	Jr. 28 de Julio # 401 Calleria	578432
CLINICA MONTE HOREB	Jr. Inmaculada # 529	571689
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	Jr. Agustín Cauper # 285	575209
RIOJA		
CLINICA SANTA BEATRIZ	Jr. Santo Toribio # 1315	558338
TARAPOTO		
CLINICA ASOCIACION SAN LUCAS	Jr. Alonso de Alvarado # 1280 Moyobamba	562290
CLINICA SAN MARTIN	Jr. San Martín # 274	523680
INSTITUTO DE GLAUCOMA Y CATARATA (sólo ambulatorio)	Jr. Ramirez Hurtado # 248	523057

ZONA SUR		
Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
AREQUIPA		
CENTRO MEDICO MONTE CARMELO	Calle Francisco Gómez de la Torre # 119	287048
CLINICA AREQUIPA	Esq. Puente Grau Av. Bolognesi s/n	257779
CLINICA SAN MIGUEL	Av. Mariscal Castilla # 320 - 322 - Cercado	282773
GARCIA BRAGAGNINI (sólo ambulatorio)	Av. Trinidad Morán Mz J Lote 2 Urb. León XIII Cayma	272614
HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS	Av. Ejército # 1020	382400
AYACUCHO		
CLINICA DE LA ESPERANZA	Av. Independencia # 355	317436
CLINICA EL NAZARENO	Jr. Quinoa # 428 – Huamanga	314517
CAÑETE		
CLINICA CAMPOS	Av. Mariscal Benavides # 554	581-2082
CLINICA CORAZON DE JESUS	Av. Mariscal Benavides # 565	581-3115
CUSCO		
CLINICA DR. VICTOR PAREDES	Calle Lechugal # 405	225265
CLINICA CENTRO MED. PARDO	Av. De la Cultura # 710 - Wanchaq	240387
CLINICA PANAMERICANA	Urb. Larapa Grande C1-7 San Jerónimo	270000
CHINCHA		

CLINICA DANIEL A. CARRION	Calle Colón # 128	262667
ICA		
CLINICA SEÑOR DE LUREN (sólo amb.)	Av. San Martín # 536	211989
CLINICA TATAJE BARRIGA	Av. Conde de Nieva # 360 - Urb. Luren	232042
CLINICA VIRGEN DEL ROSARIO	Calle Callao # 263	234083
JULIACA		
CLINICA AMERICANA - ASOC. PAST DE SERV. MED. ASIST.	Jr. Loreto # 315	321369
PUNO		
CLINICA PUNO	Jr. Ramón Castilla # 178	368835
TACNA		
CENTRO MED. SAN PEDRO (sólo ambulatorio)	Calle Arica # 246	426700
CLINICA SANTA ANA	Calle Arica # 151	414661
OFTALMO SUR INST. DE OJOS (sólo ambulatorio)	Calle Arica # 246	426700
PROMEDIC	Blondell # 425	427239
UNISER C. MEDICO CRISTO REY DEL NIÑO TRABAJADOR (sólo ambulatorio)	Av. Hipólito Unanue s/n	425396