

CONDICIONES GENERALES

SEGURO AUXILIO MÉDICO

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

1. Objeto del Seguro
2. Evaluación de Condiciones de Asegurabilidad
3. Personas Aseguradas
4. Beneficio Máximo Anual por persona
5. Período de Carencia
6. Gastos Cubiertos
7. Coberturas
8. Beneficios adicionales
- 9. Gastos No Cubiertos y Exclusiones**
10. Pagos a Cargo del Asegurado

CONDICIONES OPERATIVAS

- 11. Procedimiento para efectuar la Solicitud de la Cobertura – atención al crédito**
12. Red de Proveedores Médicos Afiliados a la Compañía y Red Pacífico
13. Pago de Beneficios

CONDICIONES LEGALES

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

36. Comunicaciones y domicilio de las partes
37. Prescripción liberatoria
- 38. Mecanismos de solución de controversias**
39. Defensoría del asegurado
40. Tributos
41. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
- 42. Derecho de arrepentimiento**
43. Base legal
44. Cesión de cartera

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) inscrito(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 TÉCNICAS

Artículo 1°

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, PACÍFICO SEGUROS conviene en pagar los gastos médicos cubiertos que sufra el ASEGURADO a consecuencia de una EMERGENCIA ACCIDENTAL y/o EMERGENCIA MÉDICO-QUIRURGICA, cubierto por la Póliza, en el Perú, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y hasta los límites y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Las coberturas que otorga esta Póliza son exclusivamente bajo la modalidad de atención al crédito, y solo para atenciones en la red de PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS y en la RED PACIFICO según sea el caso y son efectivas sólo en el territorio de la República del Perú. La presente Póliza no cuenta con el beneficio de reembolso,

Artículo 2°

EVALUACIÓN DE CONDICIONES 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 3°

PERSONAS ASEGURADAS

Esta PÓLIZA cubre al ASEGURADO TITULAR y podrá cubrir a facultad de PACÍFICO SEGUROS a los DEPENDIENTES del ASEGURADO TITULAR, sujetos al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con tal que residan en el Perú y gocen de buena SALUD, es decir que al momento de la contratación no se encuentre padeciendo de una enfermedad o dolencia preexistente salvo que haya sido materia de cobertura por un contrato de seguro anterior a este seguro, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770 y/o que se cumpla con los requisitos de asegurabilidad previstos por PACÍFICO SEGUROS.

En el caso de los DEPENDIENTES se requiere que sean las personas señaladas en la definición contenida en el Glosario de Términos; siempre que se haya pagado la prima correspondiente y consten en las CONDICIONES PARTICULARES.

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

La COMPAÑÍA no está obligada a aceptar como asegurados a los DEPENDIENTES del ASEGURADO TITULAR en la Póliza.

Artículo 4°

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

Los gastos pagados por PACÍFICO SEGUROS durante la vigencia anual de la Póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

El BENEFICIO MÁXIMO ANUAL contratado aplica independientemente para cada ASEGURADO y es consumido según las atenciones médicas cubiertas y pagadas de cada uno de ellos. En caso de consumir totalmente el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia del seguro, siempre que la póliza haya sido renovada y pagada la prima correspondiente.

Artículo 5° PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA

a) Período de Carencia

Es el período de tiempo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. **Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro.**

Las condiciones de SALUD que se presenten dentro de este periodo no serán cubiertas durante la vigencia de la Póliza siendo susceptibles de ser excluidas formalmente de la cobertura a través del endoso correspondiente.

Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las atenciones en los casos de las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS siguientes: apendicitis, ENFERMEDAD cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio, y aquella enfermedad por la que el ASEGURADO y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de enfermedades o asistencia médica diferente; de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 28870.

b) Período de Espera

Es el período establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza durante el cual las EMERGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS por ciertas ENFERMEDADES y procedimientos no están cubiertos. A diferencia del periodo de carencia, estas emergencias sí estarán cubiertas luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera.

Durante el periodo de espera los gastos por EMERGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS relacionados con las ENFERMEDADES y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta Póliza.

El período de espera para las EMERGENCIAS MEDICO-QUIRURGICAS relacionadas con las siguientes ENFERMEDADES y procedimientos será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES:

1. ENFERMEDADES del útero, trompas y/u ovarios.
2. Quistes y prolapso génito urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
3. ENFERMEDADES de la mama (con excepción de cáncer de mama el mismo que iniciará luego de terminado el período de carencia)
4. Hernias de cualquier clase, incluida la hernia de núcleo pulposo de la columna vertebral.
5. Hemorroides.
6. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; ENFERMEDADES de la vesícula biliar.
7. Cirrosis hepática.
8. Litiasis del sistema urinario.
9. Adenoma de próstata.
10. Catarata, glaucoma.
11. ENFERMEDADES tiroideas.
12. ENFERMEDAD cerebrovascular (con excepción del accidente cerebro vascular aguda, isquémico o hemorrágico).
13. ENFERMEDAD cardiovascular incluida la dislipidemia (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable).
14. Hipertensión arterial.
15. Asma.
16. Diabetes Mellitus.
17. Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
18. Procedimiento de Artroscopía.

19. Procedimiento de Litotricia.
20. Hiperhidrosis.
21. Polisomnografía.

El período de espera aplica para enfermedades que se originen a partir de la contratación de la póliza y que no sean preexistentes.

Artículo 6°

GASTOS CUBIERTOS

Esta Póliza cubre los gastos MEDICAMENTE NECESARIOS correspondientes exclusivamente al tratamiento de una EMERGENCIA ACCIDENTAL y/o EMERGENCIA MÉDICO-QUIRURGICA, desde la atención del ASEGURADO a través de la ambulancia, atención ambulatoria y/o hasta su hospitalización a consecuencia de la EMERGENCIA ACCIDENTAL o MÉDICO-QUIRURGICA de ser el caso, incluyendo los gastos de curación ya sea mediante atención ambulatoria u hospitalaria, únicamente bajo la modalidad de atención al crédito, exclusivamente en las redes de PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS y en caso se requiera hospitalización únicamente en la RED PACIFICO, hasta los límites establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES.

Los gastos cubiertos objeto de cobertura bajo la presente Póliza son únicamente los siguientes:

a) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

- Honorarios médicos por tratamiento en EMERGENCIA.
- Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al DIAGNÓSTICO, tratamientos y procedimientos, sustentados por la evidencia médica actual y disponible, siendo suficiente la solicitud y justificación del médico a cargo del tratamiento.
- CIRUGÍA AMBULATORIA.

b) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:

- Habitación 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, siendo suficiente la solicitud y justificación del médico a cargo del tratamiento.
- Yeso acrílico o convencional. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) DONANTE(s) EFECTIVO(s), incluyendo los exámenes de compatibilidad sanguínea y los exámenes de descarte de enfermedades infecciosas de transmisión por hemoderivados de las unidades utilizadas.

Artículo 7°

COBERTURAS

En todos los casos, las coberturas se otorgarán hasta por los límites y en los términos y/o condiciones establecidos para cada una de ellas detalladas en las Condiciones Particulares y, de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por la presente Póliza.

Existen coberturas aplicables a todos los planes de seguros y otros beneficios adicionales que para gozar de ellas deben estar especificados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Todos los alcances de las coberturas incluyendo el límite asegurado, así como los términos y condiciones de las mismas se detallan en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Las coberturas son exclusivamente bajo la modalidad de atención al crédito; esta póliza no cubre atenciones médicas a reembolso.

Las coberturas que brinda este seguro son las siguientes:

a. AMBULANCIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL O MÉDICO-QUIRÚRGICA:

Servicio de unidades móviles para la atención de EMERGENCIAS ACCIDENTALES o MÉDICO-QUIRÚRGICAS durante las 24 horas y todos los días del año, sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que le sean suministrados al ASEGURADO.

El médico encargado de la atención bajo responsabilidad, es quien determina si la condición es de EMERGENCIA. Si se considera que la condición no es una EMERGENCIA será tratada como una URGENCIA MÉDICA.

Los casos considerados EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS bajo este concepto son los siguientes:

- Paro cardíaco y/o respiratorio.
- Dolor torácico de origen cardíaco (coronario).
- Pérdida de conocimiento súbito.
- Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones.
- Heridas cortantes.
- Diarreas severas.
- Deshidratación severa.
- Shock.
- Vómitos reiterados con intolerancia oral.
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos.
- Abdomen agudo.
- Envenenamiento.
- Hemorragias.
- Accidentes cerebrovasculares agudos.
- Asfixias de cualquier origen.
- Quemaduras.
- Crisis asmática.
- Crisis hipertensiva.
- Insuficiencia respiratoria aguda.

- Convulsiones.
- Intoxicaciones.
- Reacciones alérgicas.

Asimismo, cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA por los médicos o paramédicos tratantes.

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

El ASEGURADO deberá hacer uso del servicio de atención al crédito en el proveedor médico afiliado a la COMPAÑÍA.

b. ATENCIÓN AMBULATORIA y/u HOSPITALARIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL:

El plazo máximo para ser atendido por EMERGENCIA ACCIDENTAL y contar con la cobertura, es dentro las 24 horas de ocurrido el ACCIDENTE. Los gastos ambulatorios y/u hospitalarios serán cubiertos sin aplicación de COPAGO ni COASEGURO, hasta la rehabilitación del paciente por un período máximo de 90 días calendarios o hasta consumir el límite de la suma asegurada, lo que ocurra primero. El límite de la suma asegurada contratada y el periodo de tiempo de 90 días calendarios se contarán desde que el ASEGURADO ingresa al proveedor médico afiliado. La atención ambulatoria y hospitalaria, de ser el caso, se deberá realizar en la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO deberá hacer uso del servicio de atención al crédito en el proveedor médico afiliado a la COMPAÑÍA.

c. ATENCIÓN AMBULATORIA y/u HOSPITALARIA POR EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA:

El plazo máximo para ser atendido por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA y contar con la cobertura, es dentro las 24 horas de ocurrida la EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA. Los gastos ambulatorios y/u hospitalarios serán cubiertos sin aplicación de COPAGO ni COASEGURO, hasta la rehabilitación del paciente por un período máximo de 90 días calendarios o hasta consumir el límite de la suma asegurada, lo que ocurra primero. El límite de la suma asegurada contratada y el periodo de tiempo de 90 días calendarios se contarán desde que el ASEGURADO ingresa al proveedor médico afiliado. La atención ambulatoria se deberá realizar en la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a la COMPAÑÍA, sin embargo, si a consecuencia de la EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA el ASEGURADO requiere atención hospitalaria, ésta se deberá realizar exclusivamente en la RED PACIFICO, para lo cual la COMPAÑÍA se encargará de su traslado.

La atención hospitalaria está sujeta a un periodo de carencia especificado en las Condiciones Particulares, salvo las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS señaladas en el literal a) del presente artículo.

El ASEGURADO deberá hacer uso del servicio de atención al crédito en el proveedor médico afiliado a la COMPAÑÍA.

d. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL:

EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O EMERGENCIA ACCIDENTAL:

Si el ASEGURADO sufre una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL y no haya la capacidad profesional y/o equipamiento médico en el lugar en que el ASEGURADO se encuentra, PACÍFICO SEGUROS pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano bajo las siguientes condiciones:

- a) Coordinación previa del equipo médico de PACÍFICO SEGUROS con el médico que atiende al ASEGURADO herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre o avión de línea comercial) hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.
- b) En el caso de traslado por avión de línea aérea comercial por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL, se cubre hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (sólo por motivos de evacuación). Previa coordinación y aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS.
- c) Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. **No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.**

EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN (SÓLO EN PROVINCIAS):

Cubre los gastos por traslado en avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano únicamente para casos de HOSPITALIZACIÓN que no puedan ser atendidos en el lugar donde se encuentra el ASEGURADO por carecer de infraestructura médica. Se requiere que haya previa coordinación y aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS. Se cubre hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos.

Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o emergencia médico quirúrgica como en caso de HOSPITALIZACIÓN, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. **No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.**

Artículo 8°

BENEFICIOS ADICIONALES

El seguro otorga adicionalmente a las coberturas relacionadas con EMERGENCIAS ACCIDENTALES y/o MÉDICO-QUIRÚRGICAS exclusivamente bajo la modalidad de atención al crédito (no cubre atenciones médicas a reembolso) los beneficios adicionales siguientes:

a. MÉDICO EN LÍNEA:

Servicio de atención médica mediante llamada telefónica a PACÍFICO ASISTE, por la cual médicos orientarán al ASEGURADO ante una EMERGENCIA ACCIDENTAL o MÉDICO-QUIRÚRGICA, las 24 horas del día, los 365 días del año.

b. MÉDICOS A DOMICILIO:

Atención médica ambulatoria programada a domicilio exclusivamente para ENFERMEDADES AGUDAS que incluye medicinas, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico especializado en medicina general, interna o pediatría, debiendo pagar el COPAGO establecido por CONSULTA MÉDICA.

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

c. EMERGENCIA ACCIDENTAL ODONTOLÓGICA:

Se cubre cualquier emergencia que amerite atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios odontológicos para tratar el dolor y/o hemorragia originada por un traumatismo dentoalveolar: concusión, subluxación, luxación intrusiva, luxación extrusiva, luxación lateral, avulsión, fractura coronal y/o radicular. **Por lo anterior, no se considerará como tratamiento de una emergencia accidental odontológica lo siguiente: i) Extracción dental por motivos ortodónticos y/o ortopédicos; ii) Ferulización con alambre y resina cuando el diagnóstico incluya fractura radicular; iii) Reducción de fractura de maxilares. No se cubren los gastos de sala de operaciones ni materiales para la osteosíntesis (miniplacas, tornillos, ni malla de titanio); iv) Reposición de implantes dentales perdidos por causa de un accidente; y v) Exámenes auxiliares, tomografías, ni radiografía panorámica.**

d. GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL:

Cubre los gastos por concepto de servicio funerario de acuerdo al paquete descrito en las CONDICIONES PARTICULARES. Este beneficio se otorgará siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un ACCIDENTE o condición médica derivada de un ACCIDENTE cubierto por esta Póliza.

e. TARIFA PREFERENCIAL POR CONSULTA MEDICA:

Para casos que no sean considerados EMERGENCIAS, se otorga un programa de descuentos en servicios médicos a ser realizados exclusivamente en la RED PACIFICO.

f. CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS:

Están cubiertos una vez al año por ASEGURADO, CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS exclusivamente en la RED PACIFICO.

Esta cobertura está sujeta a un periodo de espera y tiene limitaciones que se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES.

Artículo 9°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

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

- a) **Los accidentes ocurridos cuando el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol y/o drogas conforme lo establezca el médico tratante con el examen de alcoholemia o toxicológico por el que debe pasar el ASEGURADO, (se considerará que hay presencia de alcohol en la sangre cuando el dosaje o examen médico arroje cualquier porcentaje de alcohol o drogas), siempre que el ACCIDENTE sea consecuencia directa de esos estados; o cuando se encuentre en estado de sonambulismo.**
Para efectos de esta exclusión, se presume que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si se niega a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
En caso específico de accidentes de tránsito y con relación a bebidas alcohólicas, el grado de alcohol en la sangre será causal de exclusión cuando supere el límite legal permitido y será determinado por la Policía Nacional del Perú. Las partes convienen en establecer para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del ACCIDENTE, que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr./lt. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional. Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje presencia de intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida o alteración de la conciencia.
- b) **Actos que se realicen en contra de leyes, normas o reglamentos vigentes.**
- c) **Los accidentes que se produzcan en la práctica profesional o como aficionado de deportes y actividades de riesgo: carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas o caminata de montaña, concursos o prácticas hípcas, equitación, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, canotaje, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, parapente, puenting, caza de fieras, escalamiento de montañas, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales y en general por la participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellos donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas.**
- d) **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.

- e) Lesiones o enfermedades que el ASEGURADO sufre en el servicio militar, en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo; en actos delictuosos, en que el ASEGURADO participe, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- f) Accidentes o enfermedades ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- g) Lesiones causadas voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativas de suicidio.
- h) Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.
- i) Gastos relacionados al embarazo, parto y puerperio.
- j) Enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas de reposo.
- k) Pruebas diagnósticas, tratamientos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- l) Las PRE-EXISTENCIAS al momento de contratar este seguro, salvo que hayan sido materia de cobertura por un contrato de seguro anterior a este seguro, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770.
- m) 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 (stem cell).
- n) PRÓTESIS externas, aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
- o) Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno, comprendidos en las clases II o III de la FDA. Ejemplos: IMPLANTE coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos, excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, cajetillas para columna vertebral, los cuales sí se cubrirán hasta los límites establecidos.
- p) Equipos mecánicos o electrónicos para uso extrahospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: glucómetro, termómetro, tensiómetro y muletas.
- q) Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, discolisis laser, discectomía láser, infiltración o nucleolisis facetaria, vertebroplastia, discografía, radiofrecuencia, rizotomía o neurolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.
- r) Dispositivos para columna: separadores interespinosos e intervertebrales (coflex, diam, DCI y similares).
- s) Viscosuplementación para patologías articulares.
- t) Todo medicamento, equipo, dispositivo, IMPLANTE o insumo médico utilizado o de reciente implementación que no haya sido aprobado por la F.D.A. (Administración de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos de América) para el DIAGNÓSTICO correspondiente.

- u) **Psicofármacos: ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antipsicóticos, antidepressivos, psicoestimulantes y nootrópicos, anfetamínicos, derivados y afines cuando se indiquen para enfermedades de la esfera mental (psicológica o psiquiátrica).**
- v) **Vitaminas, minerales y suplementos alimenticios (excepto los utilizados para el ASEGURADO hospitalizado).**
- w) **Terapia inhaladora ambulatoria para asma o hiperreactividad bronquial.**
- x) **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.**
- y) **Cuidados particulares de enfermería o técnicas de enfermería, sean durante la hospitalización o en domicilio u otro centro de internamiento.**
- z) **Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originadas por la negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación.**
- aa) **Cirugía plástica o estética, cosmética o reconstructiva y tratamiento de cicatrices queloides.**
- bb) **Infección por virus de inmunodeficiencia humana, así como sus complicaciones y consecuencias en cualquiera de sus estadios.**
- cc) **Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o hereditarios.**
- dd) **Medicina alternativa o complementaria.**
- ee) **Compra o alquiler de equipos médicos.**
- ff) **Gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.**
- gg) **Servicios y gastos de ambulancia aérea.**
- hh) **Medicamentos o tratamientos prescritos con fines preventivos.**

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, la COMPAÑÍA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error. Se precisa que la no continuidad de la cobertura sólo será posible en caso se descubran las causales de liberación con posterioridad.

Artículo 10°

PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO

Para todo gasto cubierto incurrido a consecuencia de EMERGENCIAS ACCIDENTALES y/o MÉDICO-QUIRÚRGICAS amparadas por la Póliza, así como en el caso de los beneficios adicionales cubiertos por la Póliza, el ASEGURADO tendrá como obligación el pago del COPAGO y COASEGURO establecidos para cada una de las coberturas y/o los beneficios adicionales, según se especifican en la CONDICIONES PARTICULARES. Las definiciones de COPAGO, COASEGURO, se encuentran señaladas en el GLOSARIO de la Póliza.

Asimismo, el ASEGURADO tendrá como obligación pagar los gastos no cubiertos por la Póliza.

El exceso de gastos que superen el límite máximo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES deberá ser asumido y pagado directamente por el ASEGURADO al proveedor médico afiliado a la COMPAÑÍA, o al proveedor médico de la RED PACÍFICO, según sea el caso.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 11º

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA – ATENCIÓN AL CRÉDITO

El ASEGURADO deberá realizar el siguiente procedimiento:

- 11.1 Para las coberturas de **AMBULANCIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL O MÉDICO-QUIRURGICA**, **ATENCIÓN AMBULATORIA Y/U HOSPITALARIA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL** y **ATENCIÓN AMBULATORIA y/u HOSPITALARIA POR EMERGENCIA MEDICO-QUIRÚRGICA**, así como *para los beneficios adicionales de MÉDICO EN LÍNEA, MÉDICOS A DOMICILIO, y EMERGENCIA ACCIDENTAL ODONTOLÓGICA*, el ASEGURADO podrá llamar a *Pacífico Asiste* (ver número telefónico en las **CONDICIONES PARTICULARES** o, en los casos que corresponda, podrá acudir a cualquier proveedor médico afiliado a la red de la **COMPAÑÍA** especificado en dichas condiciones, presentando su documento de identidad.

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria deberá atenderse exclusivamente en la RED PACÍFICO. En dicho caso sólo tiene que presentar al proveedor médico de la RED PACÍFICO su documento de identidad. El proveedor médico de la RED PACÍFICO solicitará la carta de garantía a la COMPAÑÍA. La Carta de Garantía es la autorización escrita que la COMPAÑÍA otorga al proveedor médico para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el DIAGNÓSTICO presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

Siempre y cuando la atención hospitalaria esté cubierta, la COMPAÑÍA otorgará la carta de garantía solicitada por el proveedor médico de la RED PACÍFICO.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión de dicha carta.

- 11.2 Para las coberturas o beneficios adicionales de:

GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL

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

TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL

*Se deberá llamar a la Central de Información y Ventas al teléfono especificado en las **CONDICIONES PARTICULARES**, para las coordinaciones y la obtención de la aprobación de **PACIFICO SEGUROS**. Una vez aprobada la cobertura se deberá presentar el informe del médico tratante a **PACIFICO SEGUROS**.*

CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS.

El ASEGURADO o beneficiario según corresponda, deberá llamar a la Central de Información y Ventas al teléfono especificado en las CONDICIONES PARTICULARES. No hay requisitos adicionales.

11.3 Para el beneficio adicional de:

TARIFAS PREFERENCIALES, los descuentos en servicios médicos se realizarán en el proveedor médico de la RED PACIFICO. El ASEGURADO deberá comunicarse directamente con el proveedor médico para programar su cita y posteriormente acudir presentando su documento de identidad.

Artículo 12º

RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A LA COMPAÑÍA Y RED PACIFICO

La relación de los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a PACÍFICO SEGUROS se muestra en un anexo de la PÓLIZA DE SEGURO.

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

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

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

En caso que esto suceda y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en el centro médico bajo las mismas condiciones que tenía hasta el alta del ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, no hospitalario, PACÍFICO SEGUROS orientará al ASEGURADO sobre otras alternativas de atención (en caso de que el ASEGURADO lo solicite).

Artículo 13º

PAGO DE BENEFICIOS

PACÍFICO SEGUROS, reconocerá los gastos cubiertos de todas las coberturas señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, salvo la cobertura de tarifas preferenciales que supone descuentos sobre precios de lista, pagando directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, a nivel nacional, o donde se le prestó el servicio funerario en caso de la cobertura de sepelio por muerte accidental.

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

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

CONDICIONES LEGALES

Artículo 14º

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 15º

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES a cubrir los gastos médicos que sufra el 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 CONTRATANTE se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en los términos pactados en el CONVENIO DE PAGO, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro. En caso de siniestro el ASEGURADO y el beneficiario son solidariamente responsables respecto del pago de la prima pendiente.

Artículo 16º

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 queda condicionada al pago y/o firma del convenio de pago, y/o a la ocurrencia del siniestro, si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima.

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

Artículo 17º

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 CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando PACÍFICO SEGUROS advierte al CONTRATANTE, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por PACÍFICO SEGUROS, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

Artículo 18º

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. Cuando el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por mecanismos de comercialización a distancia, el ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de SALUD, de ser requerida.

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO podrán tener efecto sobre la validez del contrato. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de SALUD del ASEGURADO TITULAR del seguro y/o de sus DEPENDIENTES (incluyendo lo referido a PREEXISTENCIAS), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

- i) Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de SALUD y la Solicitud del Seguro;
- ii) La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso; y,
- iii) La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

El CONTRATANTE, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las Condiciones Especiales (incluye Cláusulas Adicionales) que hubiere, accediendo a la dirección electrónica: www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1 de PACIFICO SEGUROS y asimismo en la web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por PACIFICO SEGUROS. Asimismo, el ASEGURADO ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

Artículo 19º **RESIDENCIA**

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

Para los efectos de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá que los ASEGURADOS son residentes si están en el Perú un total de nueve (9) meses durante el año de vigencia de la Póliza.

Artículo 20º **COBERTURAS Y EXCLUSIONES**

PACIFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en estas CONDICIONES GENERALES, en las CONDICIONES PARTICULARES y demás Condiciones de la Póliza.

Artículo 21º **PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS**

- a) Las ENFERMEDADES preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el periodo inmediato anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo. Lo establecido aplica aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. La nueva póliza podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.***

- b) La(s) PREEXISTENCIA(s) deberá(n) ser declarada(s) por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS esta se encuentra autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros los antecedentes médicos y los alcances de su seguro anterior, a fin de otorgar la continuidad de la cobertura.***

c) En todo lo no establecido en la presente condición se aplicará lo dispuesto por la Ley 28770, la Ley 29946 y la Resolución SBS N° 3203-2013 o normas que las sustituyan y/o modifiquen.

Artículo 22°

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 nuevos términos y condiciones que podría proponer PACÍFICO SEGUROS, que pueden incluir el aumento de primas y/o COASEGUROS y/o COPAGOS, de ser el caso, salvo que se haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; en cuyo caso el ASEGURADO tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia. Queda establecido que la prima, aún después de los mencionados cinco años podrá variarse. Los criterios y procedimientos de actualización de la prima se encuentran señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

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

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

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

Queda establecido que de existir períodos de carencia y/o de espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. La diferencia entre dichos periodos se encuentra señalada

en el artículo 5° de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, en caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva SOLICITUD DE SEGURO ni una nueva DECLARACIÓN JURADA DE SALUD. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la SOLICITUD DE SEGURO y llenar la correspondiente DECLARACIÓN JURADA DE SALUD y se iniciará nuevamente el cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia, previa aprobación de la Solicitud por parte de PACÍFICO SEGUROS.

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

Artículo 23°

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

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

Artículo 24°

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 25°

INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

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

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

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE 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 26º

REHABILITACION

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que PACÍFICO SEGUROS no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la póliza previo pago de todas las primas impagas, intereses de mora y los gastos que origine la rehabilitación debidamente sustentados. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable PACÍFICO SEGUROS por SINIESTRO alguno ocurrido durante la suspensión.

Artículo 27º

AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

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

En el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS tendrá la facultad de comunicar al CONTRATANTE, 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 CONTRATANTE dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de PACÍFICO SEGUROS. En caso opte por resolver el Contrato, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente PACIFICO SEGUROS tiene derecho a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura.

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

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

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

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

Artículo 28º

INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- a) ***El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL señalado en las CONDICIONES PARTICULARES. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.***
- b) ***Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en el artículo 11º PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA – ATENCION AL CREDITO”.***
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) ***En caso el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por comercializadores, la solicitud de cobertura presentada ante ellos, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.***

Artículo 29º

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, si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE y/o 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 30º

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 CONTRATANTE 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, la misma que podrá ser enviada por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, precisándose que el CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para desvincularse de éstos.

En el caso que el CONTRATANTE sea una persona distinta del ASEGURADO, será el obligado a comunicar por escrito a éste sobre la resolución del contrato, dejando constancia de ello frente a PACIFICO SEGUROS.

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

B. Por incumplimiento de obligaciones

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro 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 CONTRATANTE reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.

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

b. Por agravación del riesgo

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

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

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

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

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) y d) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. El contrato se

considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE 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 31º

TERMINACION DEL CONTRATO

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) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- c) Si PACÍFICO SEGUROS no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.
- d) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- e) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza.

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

Artículo 32º

RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

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

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

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

- i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima

se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del CONTRATANTE respecto de la revisión de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, 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 33º

SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

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

Artículo 34º

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

PACÍFICO SEGUROS tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de accidentes causados por terceros al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos que lleven a la activación de este seguro.

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.

Artículo 35º

INFORMACION MÉDICA 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 36º

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

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

Artículo 37°

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

Artículo 38°

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

Artículo 39°

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 40°

TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las primas, o sumas aseguradas o indemnizaciones por SINIESTROS serán de cargo del ASEGURADO, salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de PACÍFICO SEGUROS y no puedan ser trasladados.

Artículo 41°

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

En caso de CONSULTAS y/o quejas y/o reclamos, el ASEGURADO puede contactarse con PACÍFICO SEGUROS en el lugar indicado en el Resumen de la Póliza o ingresando a la Página Web de PACÍFICO SEGUROS. Las quejas y/o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

Artículo 42º

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Siempre que el marco regulatorio permita la venta de este seguro por comercializadores, incluyendo la banca seguros, el CONTRATANTE tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional, debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES o en la Solicitud de Seguro, de ser el caso, utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medio que se usó para la contratación del seguro, para informar sobre el ejercicio de su derecho. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios desde que el CONTRATANTE ejerció su derecho de arrepentimiento.

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

ARTÍCULO 43º

BASE LEGAL

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

ARTÍCULO 44º

CESION DE CARTERA

EL ASEGURADO declara conocer que PACIFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la cartera de seguros del que forma parte este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por el Reglamento de Cesión de Cartera de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 8420-2014, o la norma que la modifique.

A tal efecto, PACIFICO SEGUROS pondrá en conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, el inicio del proceso de cesión, a través de cualquiera de los medios de comunicación directos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, otorgándole el plazo de sesenta (60) días para que se pronuncie, luego del cual se entenderá como aceptada la decisión por parte del

contratante y/o asegurado, aun cuando no haya manifestado su consentimiento expreso.

Queda establecido que por tratarse esta póliza de un seguro de salud, la empresa cesionaria, es decir la que reciba la cartera de pólizas de seguros, considerará esta póliza como una renovación de contrato, siempre que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya renovado sucesiva e ininterrumpidamente su póliza en los últimos cinco (5) años.

Esta cláusula se incorpora con el objeto de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO esté informado sobre la existencia del derecho de PACIFICO SEGUROS de efectuar una cesión de cartera de pólizas de seguro, la misma que se realizaría siguiendo estrictamente los requisitos señalados por la normatividad vigente. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso su contrato de seguro terminará a la finalización de su vigencia anual.

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

- **ACCIDENTE**
Se considera como tal a la lesión corporal que sufra el ASEGURADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **ASEGURADO**
Dentro de esta definición se considera indistintamente tanto al ASEGURADO TITULAR, como a los DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, como personas que gozan de las coberturas.
- **ASEGURADO TITULAR**
Es el CONTRATANTE del seguro obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza. El ASEGURADO TITULAR y el CONTRATANTE pueden ser la misma persona.
- **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**
Monto total anual ASEGURADO bajo esta Póliza con respecto a cada ASEGURADO TITULAR o sus dependientes, que se renueva anualmente cuando se haya consumido durante el periodo anual.
- **CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS**
Exámenes médicos determinados por la COMPAÑÍA, que el ASEGURADO puede realizarse, de manera gratuita una vez al año y cuya finalidad es la prevención.

- **CIRUGÍA AMBULATORIA**

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

- **COASEGURO**

Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe asumir y pagar directamente cada vez que se le brinden las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican COASEGUROS se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a COPAGO y COASEGURO.

- **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

Conjunto de circunstancias que surgen de las respuestas del solicitante a la SOLICITUD DE SEGURO para que un riesgo pueda ser aceptado por PACÍFICO SEGUROS. Con este propósito PACÍFICO SEGUROS evaluará el riesgo y determinará el PLAN DE SEGURO que le corresponde al solicitante; asimismo podrá disponer la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados, para que el solicitante pase a ser ASEGURADO.

- **CONDICIONES GENERALES**

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por PACÍFICO SEGUROS para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la PÓLIZA DE SEGURO.

- **CONDICIONES PARTICULARES**

Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del ASEGURADO, descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene la TABLA DE BENEFICIOS. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al PLAN DE SEGURO adquirido por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

- **CONTRATANTE**

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

- **CONSULTA**

Acto mediante el cual el profesional de la salud atiende a la solución de un problema que guarda relación con alguna condición de salud del ASEGURADO.

- **COPAGO**

El COPAGO es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de PACÍFICO SEGUROS en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican

COPAGOS se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a COPAGO y COASEGURO.

- **DEPENDIENTES**

Podrán asegurarse como DEPENDIENTES del ASEGURADO TITULAR las siguientes personas:

- El cónyuge y/o conviviente (sin impedimento legal).
- Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos del cónyuge y/o conviviente del ASEGURADO. La edad máxima de permanencia se señalará en las CONDICIONES PARTICULARES.

Para que los DEPENDIENTES puedan tener derecho a las coberturas de ésta póliza, ellos deberán estar necesariamente incluidos en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **DIAGNÓSTICO**

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

- **DONANTE CALIFICADO**

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

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**

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

Debe ser determinada por el médico tratante.

- **EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**

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

- Abdomen agudo.
- ACCIDENTES cerebrovasculares agudos.
- Anafilaxia.
- Asfixias de cualquier origen.
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos.
- Convulsiones.
- Crisis asmática severa.
- Deshidratación severa.
- Dolor torácico de origen cardiaco (coronario).
- Emergencia hipertensiva.
- Envenenamiento e Intoxicaciones agudas
- Hemorragias.

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Paro cardíaco y/o respiratorio.
- Pérdida de conocimiento súbito.
- Quemaduras.
- Shock.

Asimismo, cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA por los médicos o paramédicos tratantes

- **ENFERMEDAD**

Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

- **ENFERMEDAD AGUDA**

ENFERMEDAD de curso menor o igual a un mes.

- **FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (F.D.A)**

Agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la Administración y regulación de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos de América.

Para mayor información, puede acceder a: www.fda.gov.

- **GASTOS DE HOSPEDAJE**

Gastos vinculados al alojamiento en una ciudad distinta a la del domicilio o residencia del ASEGURADO.

- **GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO**

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

- **IMPLANTE**

Es todo aquel material inerte que se inserta parcial o totalmente en el cuerpo humano, con finalidad terapéutica o estética (por ejemplo: IMPLANTES de mama de silicona, stent coronario, entre otros). Para su aplicación no es imprescindible retirar el órgano en el que se implanta.

- **INTERES ASEGURABLE**

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

- **MEDICAMENTO NECESARIO**

Se refiere al tratamiento, medicamento o procedimiento que, reúna todas las siguientes condiciones:

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

- b) No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un DIAGNÓSTICO o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Haya sido prescrito por un médico.
- d) Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio.

Los supuestos arriba indicados tienen que cumplirse en forma conjunta.

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**

Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la SALUD, práctica y productos, que **no** son considerados como parte de la medicina científica.

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.

- **POLIZA DE SEGURO**

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

- **PREEXISTENCIA**

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

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

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

- **PRÓTESIS**

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

- **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS**

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

- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**

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

- **RED PACÍFICO**

Conjunto de establecimientos de salud tales como clínicas, centros médicos que se encuentran afiliados a la COMPAÑÍA y que se detallan en la póliza del ASEGURADO en un anexo.

- **SINIESTRO**

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

- **SOLICITUD DE SEGURO**

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

- **TRABAJADORES DEL HOGAR**

Personas naturales que trabajan en los términos definidos y regulados por la Ley 27986 y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 015-2003-TR, o la norma que lo modifique o reemplace, dentro del domicilio del ASEGURADO TITULAR.

- **TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL**

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

- **URGENCIA MÉDICA**

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