

RESUMEN INFORMATIVO SEGURO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES GRAVES INTERNACIONAL

A. INFORMACION GENERAL

1. Compañía de Seguros

El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros

Web: www.pacificoseguros.com

Lima – Sede Principal

Calle Juan de Arona N° 830, San Isidro, Lima.

Teléfono: (01) 513 4000

La COMPAÑIA cuenta con agencias a nivel nacional, cuya información se encuentra en la web.

2. Forma y lugar de pago de la prima

Mediante afiliación a débito automático ya sea con tarjeta de débito o con tarjeta de crédito, o mediante pago directo en las oficinas de la COMPAÑIA.

Los detalles de la forma de pago se encuentran señalados en el Convenio de Pago, que se entrega junto con la Póliza.

3. Lugar autorizado para solicitar la cobertura del seguro

El ASEGURADO cuenta con diferentes formas de atención para solicitar la cobertura, ya sea al crédito en cualquier establecimiento hospitalario de la red de proveedores médicos de la COMPAÑIA o mediante atención por reembolso. En el artículo 9° de las Condiciones Generales se detallan los tipos de atención.

4. Atención de reclamos

En caso de reclamos el ASEGURADO podrá ingresar a la web www.pacificoseguros.com o llamar a la Central de Información y Ventas al teléfono 01 513 5000. Así mismo puede acercarse personalmente a las oficinas de PACIFICO SEGUROS.

5. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias

Se informa al ASEGURADO que existen diferentes instancias para presentar reclamos en contra de la COMPAÑIA, como son:

Defensoría del Asegurado:

En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web: www.defaseg.com.pe Telefax: 01 446-9158, Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:

Plataforma de Atención al Usuario, Teléfono: (511) 630 9005, Dirección: Jr. Junín N° 270, Centro Histórico - Lima, Web: www.sbs.gob.pe

INDECOPI:

Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

6. Cargas que condicionan el riesgo

El presente seguro presenta obligaciones que debe cumplir el ASEGURADO, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización a las que tendría derecho.

7. Agravación del riesgo

Dentro de la vigencia del contrato del seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

1. Principales riesgos cubiertos

El seguro cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento del Cáncer, Cirugías Cardíacas, Cirugías del Sistema Nervioso, Trasplante de órganos, Diálisis por insuficiencia renal, Quemaduras de tercer grado y Politraumatismo sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria. Las principales coberturas oncológicas son:

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Terapias Biológicas
- Patologías por consecuencia del tratamiento oncológico, entre otras.

Las demás coberturas se encuentran señaladas en el artículo 5° de las Condiciones Generales de la Póliza.

2. Exclusiones y gastos no cubiertos

Este seguro tiene 24 exclusiones y gastos no cubiertos. Recomendamos leer el artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.

3. Condiciones de acceso y límites de permanencia

El ASEGURADO para acceder al seguro debe residir en el Perú y gozar de buena salud, salvo lo declarado en la Solicitud de Seguro. La edad límite de ingreso del ASEGURADO y sus dependientes se establece en las Condiciones Particulares. Más especificaciones se detallan en el artículo 2° de las Condiciones Generales

4. Resolución sin expresión de causa

El ASEGURADO podrá resolver el contrato de seguro de manera unilateral y sin expresión de causa, sin más requisito que una comunicación enviada por cualquiera de los mecanismos de comunicación acordados, con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios. En caso de contratación por mecanismos de comercialización a distancia, el ASEGURADO podrá comunicar su decisión de resolver el contrato mediante la misma forma utilizada para la contratación del seguro.

Lo indicado así como las demás causales de resolución del contrato se encuentran señaladas en el artículo 30° de las Condiciones Generales de la Póliza.

5. Modificaciones del contrato durante la vigencia del seguro

De acuerdo a lo establecido en el artículo 30 de la Ley 29946, durante la vigencia del contrato PACÍFICO SEGUROS no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del ASEGURADO, quien tiene

derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

Más especificaciones se detallan en el artículo 22° de las Condiciones Generales

6. Procedimiento para la solicitud de cobertura en caso de un siniestro

El ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos podrán hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza debiendo cumplir con los requisitos y procedimientos siguientes:

- A. Presentarse a una cita con la Consejería Oncológica para tener una reunión de orientación. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento, la orientación se podrá realizar telefónicamente. LA COMPAÑÍA orientará al ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones, exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza.
- B. Presentar en la reunión de Consejería Oncológica en original el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlo en las oficinas de LA COMPAÑÍA.

En caso de requerir atención médica el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

- a) Atención al crédito (en proveedores médicos afiliados a la red de pacífico seguros)
Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.
- b) Atención a reembolso (fuera de la red de proveedores médicos afiliados). Aplica el tarifario Pacífico por lo cual puede no reconocerse la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

Más especificaciones se detallan en el artículo 10° de las Condiciones Generales.

En caso de requerir atención médica en el EXTRANJERO existen los mismos sistemas de atención, pero con procedimientos y alcances diferentes, para lo cual solicitamos leer el artículo 9° de las Condiciones Generales

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES INTERNACIONAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

- Artículo 1° Objeto del seguro
- Artículo 2° Personas asegurables
- Artículo 3° Beneficio máximo asegurado por persona
- Artículo 4° Periodo de carencia
- Artículo 5° Riesgos Asegurados: Beneficios y Gastos Cubiertos
- Artículo 6° Gastos no cubiertos y exclusiones
- Artículo 7° Copago y coaseguro

CONDICIONES OPERATIVAS

- Artículo 8° Sistemas de atención
- Artículo 9° Procedimientos para solicitar la cobertura en caso de siniestro
- Artículo 10° Uso de clínicas y centros médicos de la red de proveedores
- Artículo 11° Uso de clínicas y centros médicos fuera de la red de proveedores
- Artículo 12° Liquidación de gastos y pago de beneficios

CONDICIONES LEGALES

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

Artículo 37°	Prescripción liberatoria
Artículo 38°	Mecanismos de solución de controversias
Artículo 39°	Defensoría del asegurado
Artículo 40°	Tributos
Artículo 41°	Reclamos por insatisfacción de los asegurados
Artículo 42°	Derecho de arrepentimiento
Artículo 43°	Base legal

GLOSARIO DE TÉRMINOS

INTRODUCCIÓN

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

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°

OBJETO DEL SEGURO

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

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

Artículo 2°

PERSONAS ASEGURABLES

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

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

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

Artículo 3°

BENEFICIO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA

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

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

El Beneficio Máximo Anual contratado aplica independientemente para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES y es consumido según las atenciones médicas

que realice cada uno de ellos. En caso de consumir totalmente el Beneficio Máximo Anual no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia de la Póliza, siempre que haya continuidad.

Artículo 4°

PERÍODO DE CARENCIA

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

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

Artículo 5°

RIESGOS ASEGURADOS: BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

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

A. TRATAMIENTO Y CIRUGIA POR CANCER

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

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

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

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

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

Para la aprobación de la cobertura de cada caso oncológico específico a tratar, resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:

- a) Que tanto el tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso en la ***Clinical Practice Guidelines in Oncology*** de los protocolos de la ***National Comprehensive Cancer Network*** (NCCN), según lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- b) Que los procedimientos oncológicos (Cirugía oncológica, Radioterapia, exámenes auxiliares) cuenten con la recomendación de la NCCN, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

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

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Exámenes Inmuno Histoquímico e Histopatológico.
- b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- c) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- d) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- e) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados. Medicina Nuclear, que comprende: Petscan, gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo, de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de la Póliza.
- f) Quimioterapia y Radioterapia, según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- g) Radiología, que comprende: ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía

computarizada y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a la NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos del National Comprehensive Cancer Network (NCCN), según las categorías establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos y/o intermedios

B. CIRUGIA CARDIACA INCLUYENDO ANGIOPLASTIA CON STENT

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

C. CIRUGIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

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

D. TRASPLANTE DE ORGANOS

Cubre el tratamiento quirúrgico de los ASEGURADOS con daños irreversibles en uno o más órganos cubiertos susceptibles de reemplazarse por el trasplante de órganos sanos extraídos a donantes vivos o muertos, incluyendo los gastos médicos y hospitalarios ocasionados por el donante seleccionado, excluyéndose los gastos para la selección del donante. También cubre los tratamientos para evitar el rechazo del órgano trasplantado. Solo se reconocerá el trasplante de cada tipo de órgano por una única vez, independientemente de que esta Póliza sea renovada indefinidamente.

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

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

E. DIALISIS POR INSUFICIENCIA RENAL

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

F. QUEMADURAS DE TERCER GRADO (GRAN QUEMADO)

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

G. POLITRAUMATISMOS O TRAUMA MAYOR

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

Queda entendido y convenido que la presente póliza no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad, cirugía o diagnóstico que no sea las expresamente señaladas en esta Póliza, aún cuando dicha enfermedad, cirugía o diagnóstico haya sido causada, agravada,

complicada o directamente afectada por cualquier tratamiento proporcionado en relación a un riesgo amparado por esta póliza.

Artículo 6°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

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

- a) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.
- b) Cambio de prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.
- c) Chequeos médicos que no se encuentren señalados en la Tabla de Beneficios, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos y de rehabilitación.
- d) Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza.
- e) Compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos.
- f) Compra o alquiler de cualquier equipo médico, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, sillas de ruedas, muletas, equipos ambulatorios para rehabilitación y cualquier otro que surja en el futuro que se considere equipo médico de acuerdo a lo definido en el Glosario.
- g) Contaminación nuclear, así como enfermedades ocupacionales.
- h) Cuidados, atenciones ó tratamientos de enfermería particular, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.
- i) Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica, tales como: implante coclear, neuroestimulador cerebral, marcapaso cardiaco, desfibrilador implantable, cardiovectores, dispositivos intervertebrales o interespinosos y cualquier otro que surja en el futuro que se considere dispositivos o implantes médicos de acuerdo a lo definido en el Glosario.
- j) Enfermedades y/o condiciones preexistentes. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro.
- k) Factores de estimulantes de Eritrocitos (Eritropoyetina y similares).
- l) Gastos pagados directamente por EL ASEGURADO y/o sus dependientes para su tratamiento de Cáncer sin autorización escrita de LA COMPAÑÍA.
- m) Lesiones vasculares, arteriales o venosas extracardiacas.
- n) Procedimientos que NO cuenten con la recomendación de las guías clínicas de la NCCN, según las categorías establecidas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- o) Prótesis vertebrales.
- p) Pruebas de laboratorio y exámenes genéticos de valor pronóstico.
- q) Psicofármacos y productos no medicinales.

- r) Riesgos (los detallados en esta Póliza) que se hayan detectado durante el período de carencia.
- s) Suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre.
- t) Tratamiento de las complicaciones derivadas de las medidas terapéuticas para evitar el rechazo del órgano trasplantado.
- u) Tratamientos de medicina alternativa y/o complementaria.
- v) Tratamientos de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que no se demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y además que NO se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- w) Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- x) Vitaminas y suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, nootrópicos, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.

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

Artículo 7º

COPAGO Y COASEGURO

El Copago es el importe fijo del gasto cubierto que le corresponde asumir directamente al ASEGURADO distinto del Coaseguro, por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la Tabla de Beneficios.

El Coaseguro es el porcentaje del gasto cubierto que le corresponde asumir directamente al ASEGURADO, distinto del Copago por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la Tabla de Beneficios inserta en la Póliza.

Un mismo gasto puede estar afecto a copago y a coaseguro.

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

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

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 8°

SISTEMAS DE ATENCIÓN

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

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

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

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

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

2. A REEMBOLSO (ATENCIÓN FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES)

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá recurrir a una clínica o centro médico en el Perú o en el extranjero, siempre que este sistema de atención se encuentre establecido como tal en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza y siempre que haya sido autorizado por LA COMPAÑÍA. La Tabla de Beneficios especificará los alcances y/o limitaciones de este sistema.

Artículo 9°

REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO.

9.1 REQUISITOS (SOLO PARA EL TRATAMIENTO Y CIRUGIA DE CANCER):

- a) Presentar a LA COMPAÑÍA en original el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista.
- b) Presentar a LA COMPAÑÍA la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados.

I. EN EL PERU:

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

PROCEDIMIENTO:

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO:

- a) LA COMPAÑÍA, luego de haber recibido el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica para tener una reunión de orientación, o en caso de impedimento del ASEGURADO, la orientación se podrá realizar telefónicamente. La información de contacto se señalará en la Tabla de Beneficios que recibirá EL ASEGURADO. LA COMPAÑÍA orientará a EL

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

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

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO:

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

II. EN EL EXTRANJERO:

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

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO

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

El proceso de precertificación consta de los siguientes tres pasos:

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

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

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

9.2 PROCEDIMIENTO PARA LOS DEMAS RIESGOS

I. EN EL PERU

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO

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

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

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

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

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

II. EN EL EXTRANJERO

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A CREDITO

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

Si el ASEGURADO requiere una atención programada en el extranjero, deberá comunicarse con la COMPAÑÍA de preferencia con al menos diez (10) días

hábiles de anticipación, lo que permitirá obtener las mejores condiciones posibles de atención.

El proceso de precertificación consta de los siguientes tres pasos:

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

BAJO EL SISTEMA DE ATENCION A REEMBOLSO

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

Artículo 10°

USO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES

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

Artículo 11

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

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

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

Artículo 12°

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

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

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

a) CUANDO ES ATENCIÓN AL CREDITO:

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

En este caso, EL ASEGURADO deberá siempre atenderse con un proveedor de la red señalada en la Póliza, el cual facturará sus gastos directamente a LA COMPAÑÍA y, deberá cumplir con el procedimiento descrito en la presente Póliza. Asimismo, los gastos por honorarios profesionales deben estar necesariamente incluidos en la Carta de Garantía extendida por LA COMPAÑÍA, no debiendo EL ASEGURADO pactar o pagar honorarios adicionales.

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

b) CUANDO ES POR REEMBOLSO:

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

CONDICIONES LEGALES COMUNES PARA TODO TIPO DE SEGURO DE SALUD

Artículo 13º

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 14º

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 15º

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 16º

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 17º

DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o cuestionarios médicos que le suministre PACÍFICO SEGUROS. 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 folletería 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 18º

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.

Se entenderá que los asegurados son residentes si están en Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza. En consecuencia, el incumplimiento del expresado plazo mínimo de residencia acarreará la suspensión de las coberturas en el extranjero las cuales se activarán nuevamente en la nueva vigencia anual de la Póliza, en el caso que el seguro sea de cobertura internacional. 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 19º

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 20º

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 la compañía 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 21º

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 aceptar 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 22º

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 23º

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 24º

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 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 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 25º

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 26º

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 liberada 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 27º

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 28º

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 29º

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 30º

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 31º

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 32º

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 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 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 35°

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 36°

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

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 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. 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 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 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 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 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 42°

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 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 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 DE TÉRMINOS

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

- **Asegurado:** Persona que se beneficia de las coberturas de la presente Póliza.
- **Beneficio máximo asegurado por persona:** Cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto a EL ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, según los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la Póliza se encuentre vigente.
- **Diálisis renal:** Procedimiento médico realizado o supervisado por las unidades renales de instituciones de salud, acreditadas científica y tecnológicamente.
- **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.
- **Carta de Garantía:** Autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga al centro de salud para realizar la atención médica luego de validar que las coberturas y los procedimientos médicos sean los amparados por la Póliza.
- **Cirugía electiva:** Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.
- **Condiciones de asegurabilidad:** Conjunto de circunstancias (edad y estado de salud) que determinan que una persona pueda ser admitida como Asegurada. Para la evaluación, LA COMPAÑÍA podrá solicitar un examen médico.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.

- **Condiciones Particulares:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene el detalle de la tabla de beneficios y gastos cubiertos en las diferentes clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan oncológico adquirido por el ASEGURADO, y lo diferencian de otros planes dentro del mismo Contrato de Seguro.
- **Declaración de salud:** Es la información que debe brindar el solicitante y sus dependientes a LA COMPAÑÍA acerca de los antecedentes médicos, síntomas, dolencias, enfermedades y/o tratamientos pasados y presentes que permitan evaluar el actual estado de salud de cada uno de los solicitantes. La Declaración de Salud forma parte de la Solicitud del Seguro.
- **Dependiente:** Se considera como DEPENDIENTES asegurables a las siguientes personas:
 - El cónyuge o conviviente de acuerdo a la legislación peruana.
 - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos de cualquiera de los cónyuges, siempre y cuando sean solteros, residan con EL ASEGURADO en el mismo domicilio y sean dependientes económicamente de él.
 - Los padres del ASEGURADO.
- **Diagnóstico:** Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.
- **Dispositivos o implantes médicos:** Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, destinados a fines médicos.
- **Gastos no cubiertos y Exclusiones:** Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en la Póliza.
- **Informe Anatómico Patológico Histológico:** Resultado histopatológico que define el diagnóstico de Cáncer y es emitido por un médico Anatómico Patólogo.
- **Medicina alternativa y/o complementaria:** Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica. La medicina complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica. Incluye, pero no se limita: Acupuntura, Aromaterapia, Ayurveda, Cromoterapia, Dietética, Fitoterapia, Hidroterapia, Hipnosis, Homeopatía, Kinesiología, Medicina folklórica, Medicina holística, Medicina Naturopática, Medicina Osteopática, Medicina tradicional oriental, Quiromasaje, Quiropráctica, Qi gong, Reiki, Reflexoterapia, Sanación pranika, Sofrología, Terapia floral, Terapia de toque, Watsu, Yoga.

- **National Comprehensive Cancer Network (NCCN):** Entidad norteamericana especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer.
- **Período de carencia:** Tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Se cuenta luego de la fecha de inicio de la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este período no estará sujeto a cobertura.
- **PET-scan: (Positron Emission Tomography):** Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano, se utiliza para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer.
- **Póliza de seguro:** Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las condiciones generales, particulares, cláusulas adicionales, endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro.
- **Preexistencias:** Aquellas enfermedades y condiciones que se han iniciado o diagnosticado ANTES de la contratación de la Póliza, o dentro del período de carencia.
- **Prótesis quirúrgicas:** Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.
- **Reclamo:** Sinónimo de Siniestro.
- **Siniestro:** Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de Póliza es el primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, sustentado con el Informe Anátomo Patológico Histológico.
- **Solicitud de reembolso:** Documento pre-impreso y definido por LA COMPAÑÍA, que EL ASEGURADO llena y suscribe resumiendo la relación de pagos realizados directamente a médicos y/o clínicas, que solicita se le reintegren, adjuntando las facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.
- **Solicitud de seguro:** Documento en el que consta la voluntad del asegurado de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por las empresas.
- **Tabla de Beneficios:** Resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados, se encuentra inserto en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Tarifario Pacífico:** Documento que fija los montos para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de LA COMPAÑÍA.
- **Tratamiento y/o procedimiento experimental:** Procedimiento médico o quirúrgico, esquema terapéutico o tecnología que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico. Para el caso

específico del campo de la Oncología, se reconoce únicamente como organización rectora a la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

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