SEGURO ONCOLÓGICO NACIONAL

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° Cobertura Básica y gastos cubiertos
- Artículo 6° Beneficios especiales
- Artículo 7° Gastos no cubiertos y exclusiones**
- Artículo 8° Copago y coaseguro
- Artículo 9° Relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica en Lima y en provincias

CONDICIONES OPERATIVAS

- Artículo 10° Sistemas de atención
- Artículo 11° **Procedimiento para solicitar la cobertura básica y las coberturas y beneficios especiales, en caso de siniestro**
- Artículo 12° Uso de clínicas y centros médicos fuera de la red de proveedores oncológica
- Artículo 13° Liquidación de gastos y pago de beneficios

CONDICIONES LEGALES

- Artículo 14° Contrato de seguro
- Artículo 15° Objeto del seguro
- Artículo 16° Bases del contrato
- Artículo 17° Diferencias entre la propuesta y la póliza
- Artículo 18° Declaraciones
- Artículo 19° Residencia
- Artículo 20° Coberturas y exclusiones
- Artículo 21° Procedimiento para el tratamiento de las Preexistencias**
- Artículo 22° Vigencia de la póliza, inicio de la cobertura, ajustes y modificaciones del contrato
- Artículo 23° Modificaciones de Condiciones Contractuales**
- Artículo 24° Determinación de la prima y ajuste
- Artículo 25° Incumplimiento del pago de la prima – efectos**
- Artículo 26° Rehabilitación
- Artículo 27° Agravación del riesgo – deber de informar
- Artículo 28° Indemnización de los Siniestros
- Artículo 29° Nulidad del contrato de seguro**
- Artículo 30° Resolución del contrato**
- Artículo 31° Terminación de la cobertura
- Artículo 32° Reticencia y/o declaración inexacta

Artículo 33° Revisión de los siniestros
Artículo 34° Solicitud de cobertura fraudulenta
Artículo 35° Subrogación y otros seguros
Artículo 36° Información médica e historia clínica
Artículo 37° Comunicaciones y domicilio de las partes
Artículo 38° Prescripción liberatoria
Artículo 39° Mecanismos de solución de controversias
Artículo 40° Defensoría del asegurado
Artículo 41° Tributos
Artículo 42° Reclamos por insatisfacción de los asegurados
Artículo 43° Derecho de arrepentimiento
Artículo 44° Base legal
Artículo 45° Cesión de cartera

GLOSARIO DE TÉRMINOS

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el Solicitante, en adelante el ASEGURADO, que incluye una declaración jurada de salud 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 PACIFICO SEGUROS, 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, PACIFICO SEGUROS conviene en amparar al ASEGURADO pagando todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al primer tratamiento de la enfermedad diagnosticada como Cáncer, únicamente a nivel nacional, sea atención médica hospitalaria o ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por Persona, de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza. Es requisito para que se active la Póliza, que la enfermedad esté diagnosticada y sustentada con el correspondiente Informe Anatómo Patológico Histológico con resultado positivo para Cáncer.

El alcance de las coberturas, límites 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, 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 cumpla con los requisitos de asegurabilidad previstos por PACÍFICO SEGUROS. Pueden ser DEPENDIENTES las personas señaladas en el Glosario de Términos y Definiciones, siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

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

PACIFICO SEGUROS 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 PACIFICO SEGUROS durante la vigencia anual de la Póliza, no podrán 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 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 del seguro, siempre que haya continuidad.

Artículo 4°

PERÍODO DE CARENCIA Y DE 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.

La enfermedad de Cáncer que se inicie o se detecte durante el período de carencia, NO se encontrará cubierta por esta Póliza.

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 alguna cobertura especial no se podrá aplicar, la misma que se activará luego del plazo señalado.

En caso de renovación de la Póliza, 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, ya sea con PACIFICO SEGUROS o con la otra compañía de seguros donde haya estado cubierto el ASEGURADO con un seguro de asistencia médica similar durante el periodo inmediato anterior al presente contrato.

Artículo 5°

COBERTURA BASICA Y GASTOS CUBIERTOS

Sujeto a lo establecido en el Artículo 1° de estas Condiciones Generales, este Seguro únicamente cubrirá los gastos derivados del primer tratamiento de la enfermedad de Cáncer a nivel nacional, lo que constituye la cobertura básica de la Póliza. Tendrá 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. Se precisa que se cubre el Cáncer primario.

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

Este seguro otorga para el tratamiento de cáncer los siguientes tratamientos y procedimientos, los que constituyen la cobertura básica: **Cirugía Oncológica, Quimioterapia, Terapia biológica y Radioterapia.**

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

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

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

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

Para la aprobación de la cobertura de cada caso oncológico específico a tratar, resulta indispensable que los tratamientos y procedimientos señalados cumplan, para el tipo de cáncer diagnosticado, simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:

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

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

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

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

La cobertura básica que otorga el seguro comprende lo siguiente:

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

- a) Exámenes Inmuno Histoquímico e Histopatológico.
- b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes y/u otros procedimientos.
- c) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- d) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos prescritos por el médico para el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados.
- e) Medicina Nuclear, que comprende: PETScan, PET/CT, gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- f) Quimioterapia, Radioterapia y Terapia Biológica, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- g) Radiología, que comprende: ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía computarizada y cualquier **otro examen o estudio especializado** requerido y debidamente justificado de acuerdo a la NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- h) Salas de Quimioterapia, operaciones y de recuperación.

II. En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

- a) Todo lo señalado precedentemente en ATENCION AMBULATORIA.
- b) Habitación estándar, individual o bipsersonal.

Artículo 6° COBERTURAS Y BENEFICIOS ESPECIALES

Adicionalmente a las coberturas indicadas, PACIFICO SEGUROS podrá otorgar coberturas y beneficios especiales.

Las coberturas y beneficios especiales y sus alcances se especificarán en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza y podrán ser las siguientes:

1. COBERTURAS ESPECIALES

- Prueba de expresión ONCOTYPE: Coberturas solo para pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos (I Y IIA), con receptores de estrógeno positivos y receptores negativos HER2, sin extensión a los ganglios linfáticos (ganglios negativos).
- Material de Osteosíntesis: Tratamiento quirúrgico de fracturas.

2. ALIMENTACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE

Servicio de alimentación que se otorgará a un (01) acompañante del ASEGURADO hospitalizado, durante el tiempo que dure el internamiento, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

3. AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA

Cubre el traslado del ASEGURADO en ambulancia terrestre, únicamente **desde la clínica o centro médico** a su domicilio u otro proveedor médico que requiera para su tratamiento por falta de capacidad resolutive o después de la respectiva alta hospitalaria y previa indicación médica.

Atención únicamente dentro de los límites geográficos indicados en la TABLA DE BENEFICIOS.

4. CIRUGÍA DE HALLAZGO

Cuando en una cirugía común se encuentra CÁNCER y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; PACIFICO SEGUROS pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, siempre que no haya habido DIAGNÓSTICO presuntivo de Cáncer previo a la cirugía y siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con

el correspondiente INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para Cáncer.

Cubre los gastos, incluso por reembolso, en caso la intervención quirúrgica se haya realizado fuera de la Red de Proveedores Oncológica de PACIFICO SEGUROS, tras lo cual la PÓLIZA queda activa para que el ASEGURADO pueda continuar los tratamientos correspondientes en la Red de Proveedores Oncológica.

5. SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL - PREVIA AUTORIZACIÓN DE PACIFICO SEGUROS.

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

En caso que se obtenga el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO y éste no confirme la enfermedad de CÁNCER, los gastos no estarán cubiertos y serán a cargo del ASEGURADO.

6. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE

Tratamiento que se realiza después de una CIRUGÍA ONCOLÓGICA radical y cuya finalidad es netamente funcional. Según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

7. COBERTURA DE PRÓTESIS INTERNAS

Cubre PRÓTESIS INTERNAS en caso sea medicamente necesario para el ASEGURADO, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS. No están cubiertas las prótesis de las extremidades.

8. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Se otorga en forma temporal asistencia parcial o complementaria para el cuidado del ASEGURADO en el hogar, que incluye la implementación de una cama clínica mecánica, medicamentos, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro de pulso y oxígeno; siempre y cuando tenga la indicación del médico oncólogo tratante. En caso sea médicamente necesario, podrá incluir servicio de enfermería técnica hasta por un máximo de 12 horas sólo en horario diurno.

Se brinda sólo en el Perú y por una única vez a aquél PACIENTE TERMINAL que, debido a su condición médica, sólo requiere tratamiento de sostén y que no requiere tratamiento oncológico (bajo cualquiera de sus modalidades, incluyendo el tratamiento paliativo relacionado directamente a la neoplasia). El tratamiento que se aplicara dentro de este beneficio es únicamente para el manejo del dolor.

9. CONSEJERÍA ONCOLÓGICA

Se brinda asesoría permanente y especializada a pacientes con CÁNCER y a sus familiares acerca de la enfermedad diagnosticada, los tratamientos disponibles y el uso del seguro. Este servicio se brinda en la UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO).

10. KIT DE COLOSTOMIA PARA USO DIARIO DE CANCER DE COLON PRIMARIO

Cubre insumo y equipamiento a pacientes con colostomía por cáncer de colon primario, dotación suministrada directamente al paciente hasta un máximo de 30 bolsas mensuales (Incluye :Caralla, pinza, bolsa y pegamento).

11. DESPISTAJE ONCOLÓGICO GRATUITO

Cubre el despistaje oncológico, el cual es un plan preventivo oncológico diseñado para detectar oportunamente la enfermedad de CÁNCER y al cual el ASEGURADO puede acceder a partir de la primera renovación de su PÓLIZA, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS, una vez por año.

No requiere activación de la PÓLIZA; no es transferible y no puede acumularse en el caso que el ASEGURADO no pueda o decida no someterse a los exámenes y procedimientos cubiertos.

12. PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Cubre únicamente el tratamiento de las patologías indicadas en la TABLA DE BENEFICIOS, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico.

13. GASTOS DE SEPELIO

Cubre los gastos por concepto de funeral en caso de fallecimiento del ASEGURADO por la enfermedad de CÁNCER, siempre y cuando la PÓLIZA haya sido previamente activada, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

14. CONSULTA CON NUTRICIONISTA

Cubre la asesoría nutricional a cargo de un especialista, cuando sea médicamente necesario, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

15. NUTRICIÓN PARENTERAL

Alimentación endovenosa para pacientes que por una cirugía oncológica o progresión del Cáncer no pueden alimentarse en forma enteral, previa aprobación de la compañía. No se brinda a los pacientes que estén usando la cobertura de cuidado paliativo en el hogar. Atención únicamente en clínicas o proveedores afiliados detallados en las CONDICIONES PARTICULARES.

16. PET SCAN Y PET/CT

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. Puede solicitarse como tratamiento ambulatorio u hospitalaria.

17. RADIOCIRUGÍA

Tratamiento con radioterapia de última generación.

18. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Cubre únicamente las técnicas de reconstrucción mamaria con colgajo muscular (TRAM) y reconstrucción mamaria con PRÓTESIS, la expansión de PRÓTESIS hasta 06 sesiones, las PRÓTESIS médicamente necesarias y la reconstrucción de complejo aureola-pezón, en sus diferentes etapas necesarias, siempre que éstas se realicen antes de los doce (12) meses de iniciada la reconstrucción, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de los Estados Unidos de América.

Sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado mastectomía radical o total por CÁNCER de mama durante la vigencia de la PÓLIZA, aun cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro.

Se reconocen las complicaciones de la reconstrucción mamaria que ocurran dentro de las tres (03) semanas posteriores de realizada cada etapa de la reconstrucción.

19. SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO

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

20. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

Cubre el costo de obtener la opinión de otro cirujano, que PACÍFICO SEGUROS gestionará, con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual el ASEGURADO tiene una duda razonable.

21. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

Cubre el costo de obtener la opinión de un cirujano en el extranjero, que PACÍFICO SEGUROS gestionará cuando así lo considere necesario, al existir una duda razonable con respecto a una decisión quirúrgica y en la que las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN no tenga una clara recomendación al respecto. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.

22. TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Sujeto a la permanencia en el presente seguro del ASEGURADO por un plazo mayor a 24 meses, se otorgará esta cobertura a nivel nacional solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA, y de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo los exámenes de histocompatibilidad del donante designado.

En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de la búsqueda del donante, esto incluye gastos de los candidatos y del donante.

23. PRUEBA DE TAMIZAJE A DONANTE

Tamizaje a donante calificados para transfusión de sanguínea efectiva.

24. TRATAMIENTOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia. Solicitar a PACIFICO SEGUROS mediante una carta de garantía.

25. TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL

Siempre que en la localidad donde se encuentre el ASEGURADO no exista la capacidad para resolver su problema médico ni la infraestructura médica necesaria para su atención hospitalaria, y con la previa autorización y certificación del médico tratante, se cubrirán únicamente los gastos de transporte aéreo o terrestre en línea comercial hacia el

establecimiento de salud con capacidad resolutoria más próximo, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares; previa autorización de la COMPAÑIA. Este beneficio no cubre los gastos de alojamiento ni alimentación. Atención únicamente en el Perú.

BENEFICIOS DE SOPORTE EMOCIONAL EN RED EXCLUSIVA

Si el ASEGURADO se atiende en el Centro Oncológico Aliada, tiene además de los beneficios señalados, los siguientes:

1. COACH ALIADA

Servicio personal que lo asistirá en lo médico, emocional y administrativo. Beneficio únicamente en el Centro Oncológico Aliada.

2. PROGRAMA PSICOLÓGICO PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES

Cubre la atención de consultas y terapias psicológicas individuales y/o grupales para el ASEGURADO y sus familiares, en caso sean médicamente necesarias.

No incluye medicinas ni atención por emergencia, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

3. FISIOTERAPIA

Cubre la terapia física y rehabilitación ambulatoria, cuando sea médicamente necesario, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

4. NUTRICIONISTA

Previa prescripción médica se otorga esta cobertura, de acuerdo a lo señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Todas las coberturas y beneficios de soporte emocional se otorgarán hasta por los límites establecidos para cada una de ellas en los términos y condiciones indicados en la TABLA DE BENEFICIOS, de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria u hospitalaria. Los beneficios de soporte emocional podrán variar en cada vigencia y seguirán el mismo procedimiento de comunicación al ASEGURADO que el establecido en caso de modificación de coberturas, señalado en estas Condiciones Generales.

Los gastos generados por las coberturas descritas formarán parte del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO.

Artículo 7°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Queda entendido y convenido que la presente Póliza no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad que NO sea Cáncer, tal como se define en esta Póliza.

Asimismo, este seguro no cubrirá los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- a) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados, entendiéndose como tales aquellas atenciones o procedimientos médicos a los que el ASEGURADO se somete de manera voluntaria y con conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o de las circunstancias que le permiten llegar a dicha conclusión.**

- b) Cambio de prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.
- c) Cáncer que se haya detectado durante el período de carencia, salvo que este ya se hubiere cumplido en la primera vigencia de la Póliza.
- d) Chequeos médicos que no se encuentren señalados en la TABLA DE BENEFICIOS, tratamientos psiquiátricos, kinésicos, estéticos y de rehabilitación, salvo la cobertura de fisioterapia a la que puede acceder el ASEGURADO como parte de los beneficios de soporte emocional en la red exclusiva de PACIFICO SEGUROS.
- d) Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza, excepto la reconstrucción mamaria.
- e) Compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos.
- f) Compra o alquiler de cualquier equipo médico. Ejemplos: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, 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 de términos.
- g) Contaminación nuclear, así como enfermedades ocupacionales.
- h) Cuidados, atenciones o 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, 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. entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por PACIFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.
- k) Gastos pagados directamente por EL ASEGURADO y/o sus dependientes para su tratamiento de Cáncer no reconocidos por esta póliza.
- l) Procedimientos que NO cuenten con la recomendación de las guías clínicas de la NCCN, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América, hayan culminado o no de manera satisfactoria sus estudios de Fase III.
- m) Pruebas y exámenes de laboratorio con fines genéticos, de valor pronóstico.
- n) Prótesis externas e internas, excepto la prótesis mamaria en caso de mastectomía cubierta por ésta póliza y cuando se cubra prótesis internas según lo señalado en las Condiciones Particulares.
- o) Psicofármacos y productos no medicinales.
- p) Suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre.
- q) Tratamientos de medicina alternativa y/o complementaria.
- r) Tratamientos de Quimioterapia así como la(s) terapias (s) oncológica(s) prescrita(s) que NO hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico

(es decir que no se demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y además que NO se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en la Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de América, hayan culminado o no de manera satisfactoria sus estudios de Fase III. Los supuestos señalados deben darse en forma conjunta.

- s) Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- t) Vitaminas y suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutraceuticos, 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, PACIFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error. Lo aquí señalado sólo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

Artículo 8º

COPAGO Y COASEGURO

El Copago es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor oncológico de la red de PACIFICO 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 aplica Copagos se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares.

El Coaseguro es el porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor oncológico de la red de PACIFICO 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 aplica Coaseguros se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS.

Una misma atención puede estar afecta a Copago y Coaseguro.

Artículo 9º

RELACION DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICA EN LIMA Y EN PROVINCIAS

La atención al crédito en el Perú se realizará en las clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica de PACIFICO SEGUROS, que se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La modificación de proveedores médicos durante la vigencia del contrato de seguro será comunicada, 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 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 se diera el cambio de proveedores, y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en el mismo centro médico bajo las mismas condiciones que tenía hasta el alta del ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, PACIFICO SEGUROS orientará al ASEGURADO sobre otras alternativas de atención (en caso de que el ASEGURADO lo solicite).

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 10°

SISTEMAS DE ATENCIÓN

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

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

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

PACIFICO SEGUROS emitirá una Carta de Garantía para reconocer los gastos cubiertos en casos de hospitalización o, de ser el caso, de atención ambulatoria en el Perú.

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

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá recurrir a una clínica o centro médico diferente a los establecidos en la red de proveedores oncológica de PACIFICO SEGUROS cuando la atención no pueda realizarse en dicha red y siempre que este sistema de atención se encuentre permitido y así conste en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, donde se señalarán los alcances y/o limitaciones. Los gastos reconocidos en base al tarifario Pacífico pueden ser menores que los realmente efectuados.

Artículo 11°

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA BÁSICA Y LAS COBERTURAS Y BENEFICIOS ESPECIALES, EN CASO DE SINIESTRO

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

REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA ACTIVAR LA PÓLIZA.

- 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. PACIFICO SEGUROS orientará al ASEGURADO acerca de las coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones, exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza. Para coordinar la cita el ASEGURADO deberá contactarse al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.
- 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 PACIFICO SEGUROS.
- c) Presentar en la reunión de Consejería Oncológica la siguiente documentación en original que sustente el diagnóstico de Cáncer: (i) resultado de exámenes, análisis y radiografías realizadas (ii) informe del médico tratante. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlos en las oficinas de PACIFICO SEGUROS.
- d) Que la cobertura no se encuentre suspendida por falta de pago.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA BASICA

- a) De activarse la Póliza, el ASEGURADO podrá iniciar su tratamiento oncológico bajo el sistema de atención que elija, según lo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores oncológica; presentando a PACIFICO SEGUROS la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante complementado con el resultado positivo para Cáncer del Informe Anátomo Patológico Histológico.
- c) La Carta de Garantía incluirá los gastos por servicios de clínica, incluyendo los medicamentos, exámenes de ayuda diagnóstica, procedimientos y honorarios médicos, no debiendo EL ASEGURADO pactar ni pagar honorarios adicionales fuera de lo establecido en la Carta de Garantía, pues éstos no serán reconocidos por PACIFICO SEGUROS.
- d) Las Cartas de Garantía deberán ser solicitadas tres días útiles antes de su utilización, salvo que se requiera en un plazo menor.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS Y BENEFICIOS ESPECIALES:

En el caso de las COBERTURAS Y BENEFICIOS ESPECIALES, dependiendo de si constan en las CONDICIONES PARTICULARES, el procedimiento a seguir es el siguiente:

- a) ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE (sistema de atención al crédito)

Se solicita directamente en la clínica, como parte de la atención hospitalario. El asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico donde se está atendiendo. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

b) AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA (bajo el sistema de atención al crédito)

Se solicita con una orden del médico tratante del ASEGURADO, llamando al número de teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

c) CIRUGIA DE HALLAZGO (bajo el sistema de atención reembolso)

Se solicita llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios, luego de la cirugía realizada, para lo cual se debe contar con el resultado anatómico patológico positivo de la operación y la orden médica de la cirugía inicial donde se indique que la operación realizada no fue por motivos oncológicos. La clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica donde se atendió el ASEGURADO solicitará la carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS, a solicitud del ASEGURADO. También podrá solicitarse vía reembolso.

d) SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL – PREVIA AUTORIZACIÓN DE PACÍFICO SEGUROS (bajo el sistema de atención a reembolso)

Se solicita presentando todos los exámenes realizados que sustenten que la neoplasia encontrada es no biopsiable y que cuente con alta sospecha de cáncer. El asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS

e) CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE (bajo el sistema de atención al crédito)

Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

f) COBERTURA DE PRÓTESIS INTERNAS (bajo el sistema de atención al crédito)

Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

g) CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR (bajo el sistema de atención al crédito)

Se solita comunicarse con la UNIDAD DE CONSEJERIA ONCOLÓGICA (UCO) al (01) 650-5000. Deberá presentar la indicación del médico tratante que establezca dicha necesidad.

h) CONSEJERIA ONCOLOGICA (bajo sistema de atención al crédito)

Se solicita a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios

i) DESPISTAJE ONCOLÓGICO GRATUITO (bajo el sistema de atención al crédito)

El ASEGURADO deberá comunicarse previamente con PACIFICO SEGUROS al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios para coordinar la cita de atención en los proveedores médicos afiliados. Sólo se podrá hacer uso de los despistajes durante la

vigencia anual de la Póliza y a partir del segundo año de contratada la póliza luego de la primera renovación, esto es en el segundo año de la vigencia se podrá gozar de este beneficio. No es transferible y no puede acumularse en el caso que el ASEGURADO decida no someterse a los indicados despistajes.

j) PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO (bajo el sistema al crédito)

Se solicita como parte de la atención ambulatoria con la orden médica pertinente. Cuando es bajo atención al crédito, el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

k) GASTOS DE SEPELIO (bajo el sistema de atención al crédito)

Se otorga solicitándolo directamente a los proveedores funerarios señalados en la Tabla de Beneficios, o llamando al teléfono señalado en dicha tabla, a elección del BENEFICIARIO, y siempre que el ASEGURADO haya fallecido a consecuencia de la enfermedad de cáncer. Se debe entregar el original del acta de defunción del ASEGURADO al proveedor funerario.

l) CONSULTA CON NUTRICIONISTA (bajo el sistema de atención al crédito)

Se brinda la cobertura únicamente cuando la póliza ya fue activada y con los proveedores médicos de PACIFICO SEGUROS, llamando al teléfono que se señala en la Tabla de Beneficios. No requiere presentar documentación.

m) NUTRICIÓN PARENTERAL (bajo el sistema al crédito)

Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

n) PET SCAN Y PET/CT (bajo el sistema al crédito)

Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

ñ) RADIOCIRUGÍA (bajo el sistema al crédito)

Lo deberá solicitar a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS, y se deberá presentar la orden médica del médico tratante del ASEGURADO.

o) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA (bajo el sistema de atención al crédito y por reembolso)

Se solicita llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios. El asegurado deberá presentar a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica su documento de identidad o carnet de asegurado. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

p) SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO (bajo el sistema de atención al crédito y por reembolso)

Se solicita presentando el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo de la nueva neoplásia, llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

q) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS) (bajo el sistema de atención al crédito)

Se solicita llamando al número de teléfono señalado en la Tabla de Beneficios. Será necesario presentar la orden médica de la cirugía programada a PACIFICO SEGUROS.

r) SEGUNDA OPINIÓN MEDICA INTERNACIONAL (PARA CIGURÍAS PROGRAMADAS) (bajo el sistema de atención al crédito)

Se solicita llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios. Esta cobertura es gestionada directamente por PACIFICO SEGUROS con el médico de su elección a quien se le solicitará la segunda opinión médica.

s) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (bajo el sistema de atención al crédito)

Se solicita como parte de la atención hospitalaria. El ASEGURADO deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

t) TRATAMIENTOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN (bajo el sistema de atención al crédito)
Se solicita como parte de la atención hospitalaria. El ASEGURADO deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

u) TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL (bajo el sistema de atención a reembolso)
Se deberá presentar el informe del médico tratante especificando la falta de capacidad para resolver el problema médico del ASEGURADO y la falta de infraestructura médica para su tratamiento hospitalario.

BENEFICIOS DE SOPORTE EMOCIONAL SOLO EN RED ONCOLOGICA ALIADA

- **COACH ALIADA**

Beneficio únicamente en el Centro Oncológico Aliada. Se solicita llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

- **PROGRAMA PSICOLÓGICO PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES**

Se solicita como parte de la atención ambulatoria. El ASEGURADO deberá solicitarlo al Centro Oncológico.

- **FISIOTERAPIA**

Se solicita como parte de la atención ambulatoria. El ASEGURADO deberá solicitarlo al Centro Oncológico.

- **NUTRICIONISTA**

Se solicita como parte de la atención ambulatoria. El ASEGURADO deberá solicitarlo al Centro Oncológico.

Artículo 12°

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

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

En el mismo caso, si las Condiciones Particulares lo contemplan, 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 accediendo a la web de PACIFICO SEGUROS (ver link en la definición que consta en el Glosario de Términos) o mediante consulta llamando a la central de información de PACIFICO SEGUROS.

Los gastos reconocidos en base al Tarifario Pacífico pueden ser menores que los realmente efectuados.

Artículo 13°

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

Como regla general, las coberturas de la presente Póliza, serán pagadas directamente a la clínica o centro médico de la red de proveedores oncológica de PACIFICO SEGUROS, descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza, que haya prestado al ASEGURADO la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente.

La liquidación de gastos y pago de las coberturas se efectuará de la forma y modo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, de acuerdo con lo siguiente:

a) CUANDO ES ATENCIÓN A 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 cumplir con el procedimiento descrito en la presente Póliza y atenderse con un proveedor de la red oncológica de PACIFICO SEGUROS señalada en la Póliza, el cual facturará sus gastos directamente a PACIFICO SEGUROS.

Asimismo, los gastos por honorarios profesionales deben estar necesariamente incluidos en la Carta de Garantía extendida por PACIFICO SEGUROS, 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 ATENCIÓN POR REEMBOLSO:

EL ASEGURADO debe activar primero la póliza siguiendo el procedimiento establecido para activar la cobertura básica señalado precedentemente. Después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a PACIFICO SEGUROS, a más tardar dentro de los 60 días calendarios siguientes *los documentos señalados a continuación:*

- 1) Solicitud de Reembolso.
- 2) Recibo de Honorarios, Facturas, Boletas, o cualquier otra documentación sustentatoria de los gastos, en original.

De conformidad con lo establecido en el artículo 11° de la Res. SBS N° 3202-2013 Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, PACIFICO SEGUROS podrá solicitar dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los documentos antes indicados, cualquier otra información o documentación que requiera para evaluar el siniestro o determinar su cuantía. Se precisa que el plazo indicado de veinte (20) días) corresponde a los primeros días de los treinta (30) días que tiene PACIFICO SEGUROS para consentir el siniestro.

PACIFICO SEGUROS pagará los gastos de acuerdo al Tarifario Pacífico (ver link para su acceso en la definición que consta en el Glosario de Términos) en el plazo máximo de 30 días calendarios, una vez consentido el siniestro. El reembolso efectuado por PACIFICO SEGUROS puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con lo indicado en el Tarifario Pacífico.

En aquellos casos en que el ASEGURADO haya optado por realizarse un procedimiento médico dentro de la cobertura de Sospecha Inicial, tal como está definido en el Glosario de Términos, PACIFICO SEGUROS reembolsará los gastos

incurridos al 100% siempre y cuando el resultado del Informe Anátomo Patológico Histológico sea positivo. 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.

Son 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 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 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 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. La cobertura otorgada mediante el Contrato de Seguro se hará efectiva cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima y/o firmado el CONVENIO DE PAGO obligándose a pagarla 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

Cuando el texto de la Póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta realizada por PACÍFICO SEGUROS, 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 CONTRATANTE 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 el caso que la normatividad legal permita la comercialización de este producto mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrán tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 32º siguiente de estas 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 CONTRATANTE, 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, entrando a la dirección electrónica de la página web de PACÍFICO SEGUROS: <http://www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1> y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde también se encuentran publicados los productos comercializados por PACÍFICO SEGUROS. Asimismo, el CONTRATANTE

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 meses durante el año de vigencia de la Póliza. El contrato terminará definitivamente en caso que el ASEGURADO permanezca bajo la calidad de no residente al momento de la renovación 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 las demás Condiciones de la Póliza. El seguro contempla exclusiones o gastos no cubiertos por PACIFICO SEGUROS los cuales se especifican en estas CONDICIONES GENERALES, en las CONDICIONES PARTICULARES, Condiciones Especiales, Clausulas Adicionales o Endosos.

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 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) 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 22º
VIGENCIA DE LA POLIZA, INICIO 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 Póliza, 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 a acepta el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago. En el caso que la póliza se pague mediante cargo en cuenta y/o débito automático y/o a través de tarjeta de crédito y/o débito, dicha ratificación también se entenderá realizada si, luego de transcurridos quince (15) días calendario desde que el 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.

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 23º

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito, por cualquiera de las formas convenidas con el contratante, sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.**

- 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 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 24º

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 25º

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 debidamente sustentados que origine la rehabilitación. 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 tiene derecho a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura.

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 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 el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) de comercialización 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 bajo forma de 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 29º

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro (desde el momento de su celebración) 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. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. **PACIFICO SEGUROS**, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.

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** solicite la resolución 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 resolución 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 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 quince (15) días en que ésta fue debidamente comunicada por el contratante o por 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 si se producen los supuestos señalados en los literales precedentes, según corresponda, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En caso que proceda devolución de prima, ésta 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.

Artículo 31º

TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO

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 y/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 incluirá una lista de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en CULPA INEXCUSABLE o DOLO.

Si el Contratante y/o 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 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

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de PACÍFICO SEGUROS y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO, cuando la atención sea por reembolso. Este derecho, así como el de requerir al ASEGURADO aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación que ha presentado debe ser solicitado por PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo de los primeros 20 días de los 30 días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso, que hayan sido solicitados durante el plazo arriba indicado y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de la información adicional solicitada, sea para pagos de reembolsos, beneficios y auditorías, dispensando al médico tratante y/o establecimiento de salud de la reserva de información. PACÍFICO SEGUROS manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 34º

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 que sea un DEPENDIENTE el que presente la solicitud de cobertura fraudulenta, el seguro terminará únicamente respecto de él.

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 35º OTROS SEGUROS

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico de similares características contratado en otra compañía de seguro, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en primer lugar. Si el ASEGURADO decide activar primero el seguro que no es de PACÍFICO SEGUROS, el presente seguro podrá reconocer al 100% los gastos incurridos únicamente por los concepto de COPAGOS y COASEGUROS que ha tenido que pagar en el otro seguro, los que se pagarán en forma de reembolso, hasta los límites establecidos para el presente seguro, según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. Para efectos del reembolso del COPAGO y COASEGURO no se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro.

Artículo 36º

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 37º

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, salvo en los supuestos expresamente contemplados en estas CONDICIONES GENERALES que establecen la obligación de PACIFICO SEGUROS de informar por escrito o cuando la normatividad establezca una forma de comunicación específica.

En los casos que 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.

Artículo 38º

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

Artículo 39º

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 DEFENSORIA DEL ASEGURADO.

Artículo 40º

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 41º

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 42º

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 43º

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En los casos que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por comercializadores, 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 devolver el monto de la prima que haya recibido.

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

ARTÍCULO 44º

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 45º

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 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 (ó Asegurado Dependiente)**
Persona que se beneficia de las coberturas de la presente Póliza.
- **Beneficio máximo asegurado por persona**

Cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, según los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la Póliza se encuentre vigente.

- **Cáncer**

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

- **Carta de Garantía**

Autorización escrita que PACIFICO SEGUROS 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.

- **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 afectada a COPAGO y COASEGURO.

- **Condiciones de asegurabilidad**

Conjunto de circunstancias (edad y estado de salud) que determinan que una persona pueda ser admitida como Asegurada. Para la evaluación, PACIFICO SEGUROS podrá solicitar un examen médico.

- **Condiciones Generales**

Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por PACIFICO 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, 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 PACIFICO SEGUROS. 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.

- **Contratante**

Persona natural o Jurídica que celebra el contrato de seguro. Puede además tener la calidad de asegurado.

- **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 afectada a COPAGO y COASEGURO.

- **Culpa Inexcusable**
Incorre en CULPA INEXCUSABLE quien por negligencia grave no ejecuta una obligación que estaba a su cargo.
- **Declaración de salud**
Es la información que debe brindar el solicitante y sus dependientes a PACIFICO SEGUROS 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 y residan con el ASEGURADO en el mismo domicilio .
 - 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.
- **Dolo**
Procede con DOLO quien deliberadamente no ejecuta la obligación a la cual estaba obligado.
- **Equipo Médico**
Aparatos accesorios e instrumental para uso específico destinados a la atención médica, quirúrgica o procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación médica.
- **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.
- **Interés 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.
- **Medicina alternativa y/o complementaria**
Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica. La medicina complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica. Incluye, pero no se limita: Acupuntura, Aromaterapia, Ayurveda, Cromoterapia, Dietética, Fitoterapia, Hidroterapia, Hipnosis, Homeopatía, Kinesiología, Medicina folklórica, Medicina holística, Medicina Naturopática, Medicina Osteopática, Medicina tradicional oriental, Quiromasaje, Quiropráctica, Qi gong, Reiki, Reflexoterapia, Sanación pranika, Sofrología, Terapia floral, Terapia de toque, Watsu, Yoga.
- **National Cancer Comprehensive Network (NCCN)**

Entidad norteamericana especializada y reconocida internacionalmente que sugiere los tratamientos y procedimientos actualizados del Cáncer.

- **Paciente terminal**

Es la presencia de una enfermedad neoplásica avanzada, progresiva, incurable. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico oncológico. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte. Pronóstico de vida inferior a 3 meses y Zubrod mayor de 3 o Karnofsky menor o igual a 30.

- **Período de carencia**

Tiempo durante el cual las coberturas aún no están activas. Se cuenta luego de la fecha de inicio de la Póliza. Todo diagnóstico y/o enfermedad manifestada durante este período no estará sujeto a cobertura.

- **PET Scan (Positron Emission Tomography)**

Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano, se utiliza para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer.

- **Póliza de seguro**

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

- **Preexistencias**

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.

- **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**

comunicación que presenta el ASEGURADO a través de los diferentes canales de atención disponibles en la empresa, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido o manifestando la presunta afectación de su legítimo interés.

- **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 PACIFICO SEGUROS, 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 PACIFICO SEGUROS.

<http://www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip>

- **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.