

## **RESUMEN INFORMATIVO SEGURO ONCOLOGICO NACIONAL**

### **A. INFORMACION GENERAL**

#### **1. Compañía de Seguros**

El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros

Web: [www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com)

Lima – Sede Principal

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

Teléfono: (01) 513 4000

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

#### **2. Forma y lugar de pago de la prima**

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

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

#### **3. Lugar autorizado para solicitar la cobertura del seguro**

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

Podrá llamar a la Central de Emergencias y Asistencias al 01 415 1515 o acercarse personalmente a las oficinas de PACIFICO SEGUROS.

#### **4. Atención de reclamos**

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

#### **5. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias**

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

##### **Defensoría del Asegurado:**

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

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

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

**INDECOPI:**

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

**6. Cargas que condicionan el riesgo**

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

**7. Agravación del riesgo**

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

**B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO**

**1. Principales riesgos cubiertos**

El seguro cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento del Cáncer, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria. Las principales coberturas oncológicas son:

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

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

**2. Exclusiones y gastos no cubiertos**

Este seguro tiene 21 exclusiones y gastos no cubiertos. Recomendamos leer el artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.

**3. Condiciones de acceso y límites de permanencia**

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

**4. Resolución sin expresión de causa**

El ASEGURADO podrá resolver el contrato de seguro de manera unilateral y sin expresión de causa, sin más requisito que una comunicación enviada por cualquiera de los mecanismos de comunicación acordados, con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios. En caso de contratación por mecanismos de comercialización a distancia, el ASEGURADO podrá comunicar su decisión de resolver el contrato mediante la misma forma utilizada para la contratación del seguro. Lo indicado así como las demás causales de resolución del contrato se encuentran señaladas en el artículo 30° de las Condiciones Generales de la Póliza.

**5. Modificaciones del contrato durante la vigencia del seguro**

De acuerdo a lo establecido en el artículo 30 de la Ley 29946, durante la vigencia del contrato PACÍFICO SEGUROS no puede modificar los términos contractuales pactados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### CONDICIONES OPERATIVAS

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

#### CONDICIONES LEGALES

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

## ADECUADO A LEY 29946

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

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

## **INTRODUCCIÓN**

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

## **CONDICIONES TÉCNICAS**

### **Artículo 1°**

#### **OBJETO DEL SEGURO**

En virtud del presente Contrato de Seguro, LA COMPAÑÍA conviene en amparar al ASEGURADO pagando todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al 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 Anátomo Patológico Histológico con resultado positivo para Cáncer.

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

### **Artículo 2°**

#### **PERSONAS ASEGURABLES**

Sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, podrá asegurarse cualquier persona que goce de buena salud y que haya pasado por el proceso de evaluación de LA COMPAÑÍA. Este seguro ampara al ASEGURADO y podría amparar como DEPENDIENTES al cónyuge o conviviente así como a sus familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad. EL DEPENDIENTE se considerará asegurado siempre que aparezca como tal en las condiciones particulares de la POLIZA.

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

### **Artículo 3°**

#### **BENEFICIO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA**

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

Los gastos pagados por la COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la Póliza, no 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**

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

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

#### **Artículo 5°**

##### **BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS**

Sujeto a lo establecido en estas Condiciones Generales, este Seguro únicamente cubrirá los gastos derivados del tratamiento de la enfermedad de Cáncer a nivel nacional. Tendrá las coberturas señaladas en la Tabla de Beneficios, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por Persona.

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

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

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

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

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

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

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

Hayan concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico), y se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso 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. b) Que los procedimientos oncológicos (Cirugía oncológica,

Radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren dentro de los protocolos establecidos por la NCCN, según las categorías 1 o 2A.

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

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

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

- a) Exámenes Inmuno Histoquímico e Histopatológico.
- b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes y/u otros procedimientos.
- c) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- d) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente 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.

**En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:**

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

#### **Artículo 5 COBERTURAS Y BENEFICIOS ESPECIALES**

Adicionalmente a las coberturas indicadas, LA COMPAÑÍA podrá otorgar coberturas y beneficios especiales.

Las coberturas y beneficios especiales y sus alcances se especificarán en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza:

##### **a) ALIMENTACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE**

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

**b) AMBULANCIA TERRESTRE**

Cubre el traslado del ASEGURADO desde la clínica o centro médico a su domicilio u otro proveedor médico que requiera para su tratamiento por falta de capacidad resolutive, previa indicación del médico tratante. Tiene limitaciones geográficas según se establece en la Tabla de Beneficios.

**c) CIRUGÍA DE HALLAZGO**

Cuando en una cirugía común se encuentra Cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; LA COMPAÑÍA pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo de Cáncer previo a la cirugía y siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con el correspondiente Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer.

**d) CIRUGIA POR SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL**

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

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

**e) CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE**

Se reconocerá la reconstrucción en caso se dé una operación de extirpación y está dañe alguna parte estructural del cuerpo, se realizara una cirugía reconstructiva para solucionar o mitigar el daño. No es considerada una operación estética. No garantiza recuperación funcional.

**f) COBERTURA DE PRÓTESIS INTERNAS**

Se cubrirá una prótesis interna, en caso fuera necesario, para recuperar la estructura afectada del cuerpo. No están cubiertas las prótesis de las extremidades.

**g) CUIDADO PALIATIVO EN EL HOGAR Y TERAPIA DEL DOLOR**

Servicio temporal de asistencia parcial o complementaria que estará sujeto a evaluación médica de parte del médico oncólogo designado por la COMPAÑÍA. Dicho servicio incluye la implementación de una cama clínica mecánica, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro, oxígeno y servicio de enfermera o técnica en enfermería hasta un máximo de 12 horas en horario diurno, siempre y cuando tenga la indicación del médico designado por LA COMPAÑÍA y otros de acuerdo a evaluación del médico y de la cobertura.

Este beneficio es únicamente para aquél paciente terminal, que debido a su condición médica sólo requiera solo manejo exclusivo del dolor, y que no requiera 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.

Se otorga una única vez

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

**h) CONSEJERÍA ONCOLÓGICA**

La Unidad de Consejería Oncológica (UCO) se encarga de asesorar permanentemente a los ASEGURADOS y sus familiares sobre la enfermedad diagnosticada y los tratamientos disponibles. Asimismo, los orientan sobre el uso del seguro y todos sus beneficios.

**i) DESPISTAJE ONCOLÓGICO**

Plan preventivo oncológico diseñado para detectar oportunamente la enfermedad de Cáncer según edad, sexo y tiempo de permanencia en el seguro, que se hace efectivo a partir de la primera renovación de la POLIZA, de acuerdo a lo indicado en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza.

**j) CHEQUEOS ONCOLÓGICOS PREVENTIVOS**

Plan preventivo oncológico diseñado para detectar oportunamente la enfermedad del Cáncer, otorga al ASEGURADO consistente en descuentos preferenciales a cargo del ASEGURADO con proveedor(es) designado(s) en las CONDICIONES PARTICULARES.

**k) TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO**

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

**l) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

Otorga al ASEGURADO descuentos preferenciales con proveedores designados por la COMPAÑÍA.

**m) GASTOS DE SEPELIO**

En caso de fallecimiento del ASEGURADO por la enfermedad de Cáncer, y siempre y cuando la póliza haya sido activada, se cubre los gastos por concepto de funeral. Atención de acuerdo a lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.

**n) NUTRICIONISTA**

En caso sea medicamente necesario que el ASEGURADO acuda a un nutricionista a consecuencia de la enfermedad de Cáncer, LA COMPAÑÍA brindará únicamente la consulta de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares.

**o) 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 el beneficio de

cuidado paliativo en el hogar. Atención únicamente en clínicas o proveedores afiliados detallados en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

**p) 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.

**q) RADIOCIRUGÍA**

Tratamiento con radioterapia de última generación.

**r) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y DE PEZÓN**

Se reconocerá la operación de reconstrucción mamaria independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A 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, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Se reconocerán las complicaciones de la reconstrucción mamaria que ocurran dentro de las 3 semanas posteriores de realizada cada fase de la reconstrucción, la cual no podrá tener una duración mayor a un año. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezón.

**s) SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO**

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

**t) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS)**

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

**u) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (PARA CIRUGÍAS ELECTIVAS)**

Se cubre la opinión de un cirujano en el extranjero que LA COMPAÑÍA gestionará cuando así lo considere necesario al existir una duda razonable en cuanto una decisión quirúrgica y en la que la NCCN no tenga una clara definición. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.

**v) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**

Sujeto a la permanencia en el presente seguro por un plazo mayor a 24 meses, el cual tiene prioridad frente al periodo de espera de la NCCN, 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.

**w) TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL**

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

**x) TRATAMIENTOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN**

Tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia.

**y) COACH ALIADA**

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

**z) FISIOTERAPIA**

Terapia física y rehabilitación ambulatoria, cuando sea médicamente necesario. Beneficio únicamente en el Centro Oncológico Aliada

**aa) PELUCAS, TURBANTES Y PAÑUELOS**

Uso de pelucas, turbantes y pañuelos. Beneficio únicamente en el Centro Oncológico Aliada.

**Artículo 6°**

**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.
- b) Cambio de prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.
- c) Cáncer que se haya detectado durante el período de carencia.
- d) Chequeos médicos que no se encuentren señalados en la Tabla de Beneficios, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos y de rehabilitación.
- e) 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.
- f) Compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos.
- g) Compra o alquiler de cualquier equipo médico, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, sillas de ruedas, muletas, equipos ambulatorios para rehabilitación y cualquier otro que surja en el futuro que se considere equipo médico de acuerdo a lo definido en el Glosario de términos.

- h) Contaminación nuclear, así como enfermedades ocupacionales.
- i) 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.
- j) 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.
- k) 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 la COMPAÑÍA 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.
- l) Gastos pagados directamente por EL ASEGURADO y/o sus dependientes para su tratamiento de Cáncer no reconocidos por esta póliza.
- m) 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 y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III. .
- n) Pruebas de laboratorio y exámenes genéticos de valor pronóstico para el tratamiento del Cáncer.
- o) Prótesis externas e internas, excepto la prótesis mamaria en caso de mastectomía cubierta por ésta póliza.
- p) Psicofármacos y productos no medicinales.
- q) Suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre, como excepción para el Trasplante de Medula
- r) Tratamientos de medicina alternativa y/o complementaria.
- s) 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 y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- t) Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- u) Vitaminas, complementos y suplementos alimenticios o nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, nootrópicos, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales, estimulantes del apetito y anabólicos

*Si uno o varios siniestros que debieron ser rechazados por encontrarse excluidos en la Póliza hubiese sido cubierto por error, LA COMPAÑÍA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error.*

**Artículo 7°**

**COPAGO Y COASEGURO**

El Copago es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor oncológico de la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplica Copagos se especifican en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares.

El Coaseguro es el porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor oncológico de la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplica Coaseguros se especifican en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares.

Una misma atención puede estar afecta a Copago y Coaseguro.

**Artículo 8°**

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

La relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica en Lima y en provincias se especificarán en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

**CONDICIONES OPERATIVAS**

**Artículo 9°**

**SISTEMAS DE ATENCIÓN**

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

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

LA COMPAÑÍA emitirá una Carta de Garantía para reconocer los gastos cubiertos en casos de hospitalización o 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 LA COMPAÑÍA, 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 10°**

**REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO**

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

**REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA ACTIVAR LA PÓLIZA:**

- c) Presentarse a una cita con la Consejería Oncológica para tener una reunión de orientación. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento, la orientación se podrá realizar telefónicamente. LA COMPAÑÍA orientará al ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones, exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza.
- d) Presentar en la reunión de Consejería Oncológica en original el Informe Anatómo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlo en las oficinas de LA COMPAÑÍA.
- e) Presentar en la reunión de Consejería Oncológica la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlos en las oficinas de LA COMPAÑÍA.
- f) Encontrarse al día en el pago de las primas.

**PROCEDIMIENTO:**

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

de Beneficios. Sólo se podrá hacer uso de los despistajes durante la vigencia anual de la Póliza y a partir del segundo año de contratada la póliza luego de la primera renovación. No es transferible y no puede acumularse en el caso que el ASEGURADO decida no someterse a los indicados despistajes.

**Artículo 11°**

**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 COMPAÑÍA podrá autorizar el tratamiento en otra clínica y/o centro médico a nivel nacional dentro o fuera de la red de proveedores de LA COMPAÑÍA. Si el tratamiento es realizado por un proveedor de la red, los gastos serán reconocidos por la COMPAÑÍA bajo el sistema de Crédito. Si el tratamiento es realizado en otra clínica o centro médico que no es proveedor de la COMPAÑÍA, los gastos serán reconocidos bajo el sistema de reembolso.

EL ASEGURADO también podrá usar el sistema de Reembolso, en cuyo caso los gastos serán pagados al ASEGURADO con base al Tarifario Pacífico y según el coaseguro establecido en las CONDICIONES PARTICULARES, que éste tendrá a su disposición a través de la página web de LA COMPAÑÍA o mediante consulta llamando a la central de información de LA COMPAÑÍA.

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

**Artículo 12°**

**LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS**

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica o centro médico de la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑÍA, 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 beneficios 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 siempre atenderse con un proveedor de la red oncológica señalada en la Póliza, el cual facturará sus gastos directamente a LA COMPAÑÍA, y deberá cumplir con el procedimiento descrito en la presente Póliza.

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

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

**b) CUANDO ES POR REEMBOLSO:**

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

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

## **CONDICIONES LEGALES COMUNES PARA TODO TIPO DE SEGURO DE SALUD**

### **Artículo 13º**

#### **CONTRATO DE SEGURO**

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual PACÍFICO SEGUROS se obliga, mediante el cobro de la prima, a asumir los gastos incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por las coberturas convenidas, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Es parte del Contrato de Seguro, las presentes CONDICIONES GENERALES y las CONDICIONES PARTICULARES así como las Cláusulas adicionales, Endosos, Anexos y los documentos que contengan declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro, si los hubiere.

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

### **Artículo 14º**

#### **OBJETO DEL SEGURO**

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

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

El ASEGURADO se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en los términos pactados en el CONVENIO DE PAGO,

a efectos de mantener vigente el contrato de seguro. Se precisa que la cobertura queda condicionada al pago de la prima, a la firma del CONVENIO DE PAGO o a la ocurrencia del siniestro, si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima.

#### **Artículo 15º**

##### **BASES DEL CONTRATO**

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

El contrato de seguro está sujeto a que PACÍFICO SEGUROS haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO y la cobertura queda condicionada al pago de la prima y/o a la firma del CONVENIO DE PAGO, 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 16º**

##### **DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA**

En caso la Póliza se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por PACÍFICO SEGUROS, y el contenido de esta Póliza difiera de dicha propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el ASEGURADO si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando PACÍFICO SEGUROS advierte al ASEGURADO, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por PACÍFICO SEGUROS, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

#### **Artículo 17º**

##### **DECLARACIONES**

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o cuestionarios médicos que le suministre PACÍFICO SEGUROS. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, el ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud, de ser requerida.

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO podrán tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 30º las presentes CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de salud del ASEGURADO Titular del seguro y/o de sus dependientes (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

- i) Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de Salud y la Solicitud del Seguro;

- ii) La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso; y,
- iii) La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.
- iv) El Historial Clínico en aquellas clínicas donde EL ASEGURADO haya sido atendido.

El ASEGURADO, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere, 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 ASEGURADO ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

#### **Artículo 18º** **RESIDENCIA**

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

Para efecto de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá que los asegurados son residentes si están en Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza. En consecuencia, el incumplimiento del expresado plazo mínimo de residencia acarreará la suspensión de las coberturas en el extranjero las cuales se activaran nuevamente en la nueva vigencia anual de la Póliza, en el caso que el seguro sea de cobertura internacional. La cobertura nacional para ser efectiva dentro del Perú se mantendrá vigente si el ASEGURADO se encuentra al día en el pago de sus primas.

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

#### **Artículo 19º** **COBERTURAS Y EXCLUSIONES**

PACÍFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en estas CONDICIONES GENERALES, en las CONDICIONES PARTICULARES, Condiciones Especiales, Clausulas Adicionales o Endosos, de ser el caso.

#### **Artículo 20º** **PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS**

- a) Las enfermedades preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el periodo inmediato

anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo. 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 21°**

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

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

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

Independientemente de la modificación de la prima sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos que podrá realizarse inclusive luego de los cinco (5) años antes indicados, PACÍFICO SEGUROS podrá modificar las demás condiciones de la Póliza, al término de la vigencia de la misma. Cuando ello ocurra, se considerará que presenta una nueva propuesta u oferta de seguro. La propuesta u oferta será comunicada al ASEGURADO, con treinta (30) días previos al término de la vigencia de la Póliza enviando un ejemplar completo de la Póliza. El ASEGURADO tendrá quince (15) días desde la fecha en que recibe dicha propuesta u oferta para expresar su rechazo o aceptación. En caso de rechazo, se considerará que no hay aceptación de la propuesta u oferta y por lo tanto, que no hay Contrato de Seguro. Se considera que existe aceptación tácita a la propuesta u oferta si, vencido el plazo anteriormente señalado, el ASEGURADO procede a pagar la prima o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagarla o a aceptar el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago. En el caso que la póliza se pague mediante cargo en cuenta y/o débito automático y/o a través de tarjeta de crédito y/o débito, dicha ratificación también se entenderá realizada si, luego de transcurridos quince (15) días calendario desde que el ASEGURADO reciba su primer estado de cuenta, donde figure el primer cargo efectuado con el nuevo monto, éste no manifieste estar en desacuerdo con dicho cargo realizado por la COMPAÑÍA.

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

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

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

Queda establecido que de existir períodos de carencia y/o de espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. La diferencia entre dichos periodos se encuentra señalada en el artículo 5° de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, en caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva SOLICITUD DE SEGURO ni una nueva DECLARACIÓN JURADA DE SALUD. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la SOLICITUD DE SEGURO y llenar la correspondiente DECLARACIÓN JURADA DE SALUD y se iniciará nuevamente el cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia, previa aprobación de la Solicitud por parte de PACÍFICO SEGUROS.

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

#### **Artículo 22º**

#### **MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro, usando los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES.
- b) El ASEGURADO tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.

- c) EL ASEGURADO podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.
- d) Si el ASEGURADO no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.

#### **Artículo 23º**

##### **DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE**

La prima de seguro tiene el objeto de garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES.

El monto de la prima a pagar por el CONTRATANTE se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de salud contenido en la Solicitud de Seguro, a la siniestralidad del programa, a los costos de los proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### **Artículo 24º**

##### **INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS**

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

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

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

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

En caso PACÍFICO SEGUROS no reclame el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para pagar la prima se entiende que el contrato se extinguió. Esta disposición operará inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago. PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima devengada.

#### **Artículo 25º**

##### **REHABILITACION**

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

#### **Artículo 26º**

##### **AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR**

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

En el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS tendrá la facultad de comunicar al ASEGURADO, dentro de los quince (15) días desde comunicada la agravación del riesgo, su decisión de: (i) resolver el Contrato de Seguro, o (ii) proponerle el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato de no mediar aceptación del ASEGURADO dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de PACÍFICO SEGUROS. En caso opte por resolver el Contrato, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido, entendiéndose con las primas canceladas a la fecha de la Resolución.

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

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

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

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

#### **Artículo 27º**

##### **INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS**

- a) ***El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL señalado en las CONDICIONES PARTICULARES. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.***
- b) ***Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en los Artículos 10° y 11° de las Condiciones Generales, referidos al “Procedimiento para solicitar la Cobertura en el Perú” y “Procedimiento para solicitar la Cobertura en el Extranjero”.***
- c) ***El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.***
- d) ***La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro, en los casos que corresponda, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.***
- e) ***Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague al ASEGURADO bajo la forma de REEMBOLSO, 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 Seguro.***

***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 28°**

##### **NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO**

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración.

La Póliza es nula por las siguientes causales:

- a) **Por 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) **Por 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) **Por reticencia y/o declaración inexacta**

Reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO— de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

#### **Efectos sobre la prima**

En caso de nulidad de la Póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima acordada para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

#### **Artículo 29º**

#### **RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza.

La resolución del contrato puede darse:

#### **A. Sin expresión de causa**

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

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

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

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

#### **Efecto sobre la prima**

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

#### **B. Por incumplimiento de obligaciones**

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

##### **a. Por falta de pago de la prima**

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba la comunicación 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 ASEGURADO, según lo establecido en el artículo precedente sobre AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR, de estas CONDICIONES GENERALES.

**a) Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta**

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

**b) Por la falta de aceptación del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO 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 ASEGURADO 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 ASEGURADO reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

**Efectos sobre la prima**

*PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata, si se producen los supuestos señalados en los literales precedentes, según corresponda hasta el momento en que se efectuó la resolución.*

**Artículo 30º**

**TERMINACION DE LA COBERTURA**

Adicionalmente a las causales de nulidad y resolución del contrato antes señaladas, el contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de esta persona.
- c) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- d) Si PACÍFICO SEGUROS no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.
- e) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- f) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza, o no acepte mantener la cobertura nacional cuando informó a PACIFICO SGUROS que dejaría el país por un periodo igual o mayor a nueve meses

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

**Artículo 31º**

**RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA**

Se considerará que existió DOLO o CULPA INEXCUSABLE del ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa 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 ha brindado al ASEGURADO una lista de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en culpa inexcusable o dolo.

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

- i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS presentará al ASEGURADO una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el ASEGURADO en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del ASEGURADO respecto de la revisión de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO respecto del ASEGURADO, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a PACÍFICO SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un SINIESTRO que goza de cobertura según los términos de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

**Artículo 32º**

**REVISIÓN DE LOS SINIESTROS**

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de PACÍFICO SEGUROS y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO. La solicitud debe ser efectuada por PACIFICO SEGUROS dentro del plazo de los primeros 20 días de los 30 días de recibida la documentación completa indicada en la póliza

**Artículo 33º**

**SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA**

El ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando PACÍFICO SEGUROS relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras

personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente Póliza.

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

#### **Artículo 34º**

##### **SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS**

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

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

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

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

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

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

#### **Artículo 35º**

##### **INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLINICA**

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

cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, únicamente al momento en que PACÍFICO SEGUROS tenga necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presente el ASEGURADO en caso de siniestro, como consecuencia de la presente póliza.

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

#### **Artículo 36°**

##### **COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES**

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

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

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

#### **Artículo 37°**

##### **PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

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

#### **Artículo 38°**

##### **MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

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

#### **Artículo 39°**

##### **DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe), para resolver las controversias que surjan entre él y PACÍFICO

SEGUROS sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) El procedimiento es voluntario y gratuito.
- b) Procede sólo para atender solicitudes de cobertura formulados por ASEGURADOS que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de PACÍFICO SEGUROS.
- c) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del ASEGURADO dentro de ciento ochenta (180) días computados a partir de la fecha en que es denegado por PACÍFICO SEGUROS.

#### **Artículo 40°**

##### **TRIBUTOS**

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

#### **Artículo 41°**

##### **RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS**

En caso de consultas y/o quejas y/o reclamos, el ASEGURADO puede contactarse con PACÍFICO SEGUROS en el lugar indicado en el Resumen de la Póliza o ingresando a la Página Web de PACÍFICO SEGUROS.

Las quejas y/o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

#### **Artículo 42°**

##### **DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

En la oferta de seguros efectuada por los comercializadores, incluyendo la banca seguros, el ASEGURADO tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o de la nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

El ASEGURADO para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en 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 43°**

##### **BASE LEGAL**

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguros y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de

discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

- **Asegurado:** Persona que se beneficia de las coberturas de la presente Póliza.
- **Beneficio máximo asegurado por persona:** Cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, según los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la Póliza se encuentre vigente.
- **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos.
- **Carta de Garantía:** Autorización escrita que LA COMPAÑIA otorga al centro de salud para realizar la atención médica luego de validar que las coberturas y los procedimientos médicos sean los amparados por la Póliza.
- **Cirugía electiva:** Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.
- **Condiciones de asegurabilidad:** Conjunto de circunstancias que surgen de las respuestas del solicitante a la SOLICITUD DE SEGURO para que un riesgo pueda ser aceptado por PACÍFICO SEGUROS. Con este propósito PACÍFICO SEGUROS evaluará el riesgo y asimismo podrá disponer la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados, para que el solicitante pase a ser ASEGURADO.
- **Condiciones Generales:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑIA para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.
- **Condiciones Particulares:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene el detalle de la tabla de beneficios y gastos cubiertos en las diferentes clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica de LA COMPAÑIA. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan oncológico adquirido por el ASEGURADO, y lo diferencian de otros planes dentro del mismo Contrato de Seguro.
- **Declaración de salud:** Es la información que debe brindar el solicitante y sus dependientes a LA COMPAÑIA acerca de los antecedentes médicos, síntomas, dolencias, enfermedades y/o tratamientos pasados y presentes que permitan evaluar el actual estado de salud de cada uno de los solicitantes. La Declaración de Salud forma parte de la Solicitud del Seguro.
- **Dependiente:** Se considera como DEPENDIENTES asegurables a las siguientes personas:
  - El cónyuge o conviviente de acuerdo a la legislación peruana.
  - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos de cualquiera de los cónyuges, siempre y cuando sean solteros, residan con el ASEGURADO en el mismo domicilio y sean dependientes económicamente de él.

- Los padres del ASEGURADO.
- **Diagnóstico:** Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.
- **Dispositivos o implantes médicos:** Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, destinados a fines médicos.
- **Gastos no cubiertos y Exclusiones:** Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en la Póliza.
- **Informe Anatómico Patológico Histológico:** Resultado histopatológico que define el diagnóstico de Cáncer y es emitido por un médico Anatómico Patólogo.
- **Medicina alternativa y/o complementaria:** Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica. La medicina complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica. Incluye, pero no se limita: Acupuntura, Aromaterapia, Ayurveda, Cromoterapia, Dietética, Fitoterapia, Hidroterapia, Hipnosis, Homeopatía, Kinesiología, Medicina folklórica, Medicina holística, Medicina Naturopática, Medicina Osteopática, Medicina tradicional oriental, Quiromasaje, Quiropráctica, Qi gong, Reiki, Reflexoterapia, Sanación pranika, Sofrología, Terapia floral, Terapia de toque, Watsu, Yoga.
- **National 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:** Sinónimo de Siniestro.
- **Siniestro:** Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de Póliza es el primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, sustentado con el Informe Anatómico Patológico Histológico.
- **Solicitud de reembolso:** Documento pre-impreso y definido por LA COMPAÑÍA, que el ASEGURADO llena y suscribe resumiendo la relación de pagos realizados directamente

a médicos y/o clínicas, que solicita se le reintegren, adjuntando las facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.

- **Solicitud de seguro:** Documento en el que consta la voluntad del asegurado de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por las empresas.
- **Tabla de Beneficios:** Resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados, se encuentra inserto en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Tarifario Pacífico:** Documento que fija los montos para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de LA COMPAÑÍA.
- **Tratamiento y/o procedimiento experimental:** Procedimiento médico o quirúrgico, esquema terapéutico o tecnología que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico. Para el caso específico del campo de la Oncología, se reconoce únicamente como organización rectora a la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- **Tumor maligno:** Conjunto de células cancerosas que conforman una lesión anormal que aumenta de volumen, invade tejidos vecinos y que puede migrar por vía sanguínea.