

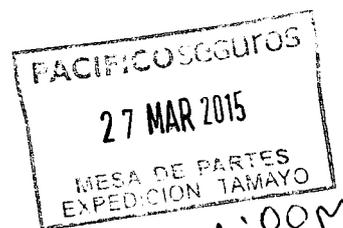


# SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 25 de marzo de 2015

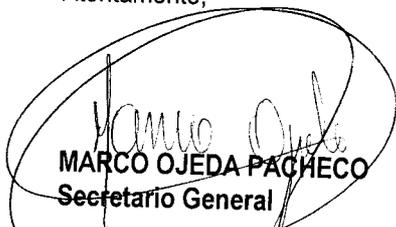


## OFICIO N° 10696-2015-SBS

Señor  
Gerente General  
**El Pacífico Peruano Suiza Compañía  
de Seguros y Reaseguros**  
Av. Juan de Arona N° 830, Piso 5  
San Isidro

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de alcanzarle la transcripción de la Resolución SBS N° 1878-2015 para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

  
**MARCO OJEDA PACHECO**  
Secretario General



epa

Expediente N° 2014-3488



**SUPERINTENDENCIA**  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Lima, 25 MAR. 2015

*Resolución S.B.S*

*N° 1878-2015*

*El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica*

**VISTOS:**

La solicitud presentada por Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 15 de enero de 2014 y 04 de marzo de 2015, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro de Salud Internacional", registrado con Código SBS N° AE0446420001 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro, aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

Que, mediante la Ley de Seguros, se dispuso que esta Superintendencia apruebe las condiciones mínimas de las pólizas de seguro que se comercialicen en el mercado peruano en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, a fin de brindar mayor protección a los usuarios del sistema;

Que, el Reglamento de Transparencia describe la facultad de esta Superintendencia para la aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas en las pólizas de seguro, así como para la determinación de cláusulas abusivas;

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas supervisadas;





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de esta Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Seguro de Salud Internacional" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

Que, la Compañía ha manifestado mediante comunicación de fecha 12 de marzo de 2015 que el producto "Seguro de Salud Internacional" se comercializa únicamente a través de corredores de seguros, por lo que no corresponde incluir la condición referida al derecho de arrepentimiento en el modelo de póliza de dicho producto presentado para la aprobación de sus condiciones mínimas;

Estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Contratos de Seguro, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

### RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Seguro de Salud Internacional", registrado con Código SBS N° AE0446420001 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de asistencia médica.

**Artículo Segundo.-** La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo





**SUPERINTENDENCIA**  
**DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

de póliza correspondiente al producto denominado "Seguro de Salud Internacional", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro modificado, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

**Artículo Tercero.-** La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Seguro de Salud Internacional", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de 60 (sesenta) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.

**Artículo Cuarto.-** La Compañía deberá informar a los contratantes de los seguros vigentes sobre los aspectos modificados por adecuación al nuevo marco normativo, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° de dicho Reglamento de Transparencia. Para tal efecto, se le otorga un plazo de 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese.

  
**MILA GUILLÉN RISPA**  
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE  
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO N° 1  
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**CONDICIONES GENERALES**

(...)

**Artículo 10°**

**PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ**

En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el PLAN DE SEGURO contemple dicho deducible, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

**a) ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS 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.

Las formas de atención son las siguientes:

**1) ATENCIÓN AMBULATORIA**

Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado se pondrá en contacto con PACÍFICO SEGUROS para verificar el seguro y le cobrará al ASEGURADO solamente los montos a su cargo.

Las situaciones de EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA serán cubiertas al 100% sin COPAGO y/o COASEGURO según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES. Incluye cirugía ambulatoria, sin hospitalización.

**2) ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA**

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo tiene que presentar al proveedor médico afiliado su documento de identidad o carnet de ASEGURADO. El PROVEEDOR MÉDICO AFILIADO solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS con un mínimo de tres días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia. La Carta de Garantía es la autorización escrita que PACÍFICO SEGUROS otorga al centro de SALUD para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el DIAGNÓSTICO presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Siempre y cuando la atención hospitalaria y/o quirúrgica esté cubierta, PACÍFICO SEGUROS otorgará la carta de garantía solicitada por el proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

### **3) ATENCION EN CENTROSALUD**

El ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita médica, llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS. Luego el ASEGURADO deberá acercarse en la fecha que se le señalará con su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO.

### **4) PROGRAMA SIEMPRE SANO**

La cobertura se inicia luego de realizada la primera CONSULTA en el CENTROSALUD o en la Clínica San Borja, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita, llamando al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, indicando su número de documento de identidad.

### **5) ATENCIÓN MEDICA A DOMICILIO**

#### **• ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO**

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO o en las CONDICIONES PARTICULARES. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS. Al presentarse el médico en el domicilio del ASEGURADO éste solo deberá presentar su documento de identidad.

#### **• ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO o en las CONDICIONES PARTICULARES. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS y está sujeto a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO. Al presentarse el médico en el domicilio del ASEGURADO éste solo deberá presentar su documento de identidad.

### **b) ATENCIÓN A REEMBOLSO (PARA ATENCION AMBULATORIA U HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS)**

En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de PACÍFICO SEGUROS indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a PACÍFICO SEGUROS el REEMBOLSO correspondiente a los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al TARIFARIO PACÍFICO, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y en la TABLA DE BENEFICIOS.





## SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Se reconocerán los gastos por reembolso hasta el límite máximo señalado en dicho TARIFARIO PACÍFICO.

El ASEGURADO deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS dentro de los 90 días calendarios posteriores a la atención, la siguiente documentación, según corresponda:

- SOLICITUD DE REEMBOLSO por la atención médica con la información completa y suscrita por el médico tratante.
- Original de la factura o recibo por honorarios profesionales.
- Original de la receta prescrita por el médico tratante.
- Original de la factura de farmacia.
- Original de la orden de exámenes auxiliares (laboratorio, imágenes y patología, entre otros).
- Original de la factura del laboratorio y proveedor de procedimientos.
- Copia de resultados de todos los exámenes auxiliares (análisis, radiografías y exámenes especializados, entre otros).
- Fotocopia de REPORTE OPERATORIO, en caso de intervención quirúrgica.
- Copia de resultado de anatomía patológica, si hubo patología.
- Copia de EPICRISIS en caso de internamiento.

PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de solicitar al ASEGURADO que presente un Informe Médico ampliatorio, el cual será requerido, en caso requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días que tiene PACIFICO SEGUROS para pronunciarse sobre el siniestro.

Presentada esta documentación y encontrada conforme por PACÍFICO SEGUROS, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido según el TARIFARIO PACIFICO, dentro de los 30 días de aprobado o consentido el siniestro, siguiendo el procedimiento establecido en el literal d) del artículo 29° de estas CONDICIONES GENERALES. El REEMBOLSO referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO de conformidad con lo indicado en el Tarifario Pacífico.

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de El PACIFICO-PERUANO SUIZA Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC N°20100035392. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del ASEGURADO. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

### c) OTROS PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE COBERTURA

Para las siguientes coberturas, el ASEGURADO deberá tener en cuenta lo siguiente:

#### **ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS (ATENCIÓN AL CRÉDITO O REEMBOLSO)**

PACÍFICO SEGUROS, luego de haber recibido el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica (UCO) para tener una reunión de orientación.





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

### **TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL PERÚ (ATENCIÓN AL CREDITO)**

Se deberá presentar a PACIFICO SEGUROS el informe del médico tratante, si es que fuera solicitado en el momento en que se efectúen las coordinaciones entre los médicos, según lo señalado en el acápite correspondiente a esta cobertura en el artículo COBERTURA, precedente. La llamada de coordinación entre el médico tratante y PACIFICO SEGUROS se realizará al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

### **SEPELIO EN EL PERÚ (ATENCIÓN AL CREDITO Y POR REEMBOLSO)**

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 ASEGURADO. Se debe entregar el original del acta de defunción del ASEGURADO, en original, al proveedor funerario.

En caso se tramite via reembolso, se deberá entregar a PACIFICO SEGUROS los siguientes documentos:

- 1) Original del Acta de Defunción del ASEGURADO.
- 2) Comprobante de pago que acredite el gasto funerario.

### **LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR**

Se deberá presentar a PACIFICO SEGUROS, en original, la partida de defunción del ASEGURADO.

#### **Artículo 11º**

#### **PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO**

En caso de requerir atención médica en el extranjero, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las modalidades indicadas más abajo. Si opta por la atención al crédito deberá, comunicarse previamente con PACÍFICO SEGUROS para pasar por el proceso de PRECERTIFICACIÓN tal como se describe en el punto más abajo, como requisito previo para programar su atención.

El seguro se otorgará conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que su PLAN DE SEGURO contemple dicho deducible.

#### **a) ATENCIÓN AL CRÉDITO (EN PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A LA RED DEL OPERADOR INTERNACIONAL)**

El procedimiento a seguir para la atención del ASEGURADO de manera programada es el siguiente:

- Si el ASEGURADO se encuentra en el Perú y requiere una atención programada en el extranjero con un proveedor médico afiliado, el ASEGURADO deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS para pre-certificar la atención, de preferencia con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación, lo que permitirá obtener las mejores condiciones posibles de atención.

El proceso de PRE-CERTIFICACIÓN consta de los siguientes tres pasos:





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 1) El ASEGURADO deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS llamando al teléfono que aparece en la TABLA DE BENEFICIOS.
  - 2) PACÍFICO SEGUROS entregará al ASEGURADO una carta de PRE-CERTIFICACIÓN dirigida al centro de SALUD afiliado autorizando la atención requerida, en el caso de encontrarse con cobertura, dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles.
  - 3) El ASEGURADO deberá acudir al centro de SALUD con su carnet de ASEGURADO y la carta de PRE-CERTIFICACIÓN.
- Si el ASEGURADO se encuentra en el extranjero y requiere una atención programada con un proveedor médico afiliado deberá comunicarse con el OPERADOR INTERNACIONAL cuyo teléfono se indica en su carnet de ASEGURADO, quien realizará el proceso de PRE-CERTIFICACIÓN.

### b) ATENCION A REEMBOLSO

En el caso que el ASEGURADO no se pre-certifique y se atienda en una clínica o centro médico sin comunicarse con el OPERADOR INTERNACIONAL, o pague los gastos directamente al proveedor médico, deberá atenderse mediante la modalidad de REEMBOLSO, en cuyo caso asume el total de los gastos. PACÍFICO SEGUROS reembolsará los gastos cubiertos pagados por el ASEGURADO según las condiciones señaladas en la Tabla de Beneficios y tomando en cuenta la definición de GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO señalada en el GLOSARIO, precisándose que el importe de dicho gasto es informado a PACIFICO SEGUROS por el OPERADOR INTERNACIONAL en base a la información que tiene de los precios de cada procedimiento médico por zona geográfica. No aplica el TARIFARIO PACÍFICO. Esta cobertura aplica para cualquier proveedor médico, dentro o fuera de la red de proveedores médicos afiliados a PACIFICO SEGUROS.

El ASEGURADO después de pagar directamente los servicios y honorarios, deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS, dentro de los 90 días calendarios siguientes, la SOLICITUD DE REEMBOLSO, adjuntando toda la documentación sustentatoria de los gastos, facturas, vouchers de pago, boletas, resultado de exámenes o cualquier documento que sustituya su utilización, de acuerdo a la legislación del país en que se haya efectuado la atención médica, así como, en su caso, el informe médico ampliatorio de ser requerido, el mismo que se solicitará dentro de los primeros 20 días del plazo de 30 días que tiene PACIFICO SEGUROS para consentir el siniestro.

### c) ATENCIÓN POR EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O EMERGENCIA ACCIDENTAL

En caso que el ASEGURADO se encuentre de viaje en el extranjero y requiera una atención médica por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL, podrá acudir al centro médico de su preferencia, luego deberá llamar al OPERADOR INTERNACIONAL para que le indique el procedimiento a seguir. Si el centro médico que atiende la emergencia no pertenece a la red de PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS la atención será atendida bajo la forma de REEMBOLSO, siguiendo el procedimiento establecido en el último párrafo del literal b) precedente.

### d) OTROS PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE COBERTURA

Para las siguientes coberturas, el ASEGURADO deberá tener en cuenta lo siguiente:





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

### **TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL EXTRANJERO**

Se requiere que el asegurado envíe a PACIFICO SEGUROS el informe médico.

### **TRANSPORTE Y/O REPATRIACIÓN DE RESTOS HUMANOS**

Se requiere el original del acta de defunción del ASEGURADO. PACIFICO SEGUROS realizará los trámites ante las autoridades gubernamentales para que se autorice la repatriación.

### **ENVÍO DE MEDICAMENTOS FUERA DEL PERÚ**

Entregar la receta médica para la evaluación y aprobación de PACIFICO SEGUROS.

### **PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO EN EL EXTRANJERO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

Se requiere el informe médico para la evaluación y aprobación de PACIFICO SEGUROS.

Las copias de los originales de la documentación antes señalada debe ser enviada al correo [uce@pacifico.com.pe](mailto:uce@pacifico.com.pe), para dar inicio a los trámites.

(...)

#### **Artículo 22º**

#### **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 24º**

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





## **SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro, usando los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES.
- b) El contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.
- c) EL contratante podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo 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 26°**

#### **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 para pagar la prima antes de la suspensión automática de la cobertura del seguro.

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

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará 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 29°**

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





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- 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 referidos sobre 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) 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 30° 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) 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 –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.





**SUPERINTENDENCIA  
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**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 31°**

**RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

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

La resolución del contrato puede darse:

**A. Sin expresión de causa**

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

El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que PACÍFICO SEGUROS reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión, la misma que podrá ser enviada por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, precisándose que el CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para desvincularse de éstos.

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

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**





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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

- a. Por falta de pago de la prima  
En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el contratante reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.  
PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- b. Por agravación del riesgo  
PACÍFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que ésta fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE o 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 PACÍFICO SEGUROS en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.
- e. En caso que no acepte el CONTRATANTE mantener solamente la cobertura nacional, ante la salida del ASEGURADO del país por un periodo igual o mayor a tres meses.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b., c. d. y e. 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 40º

### MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf. : (511)6309000 Fax: (511) 6309239





## SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

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.

### ANEXO A LA PÓLIZA SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL CONDICIONES DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y DEL VIAJERO EN EL EXTRANJERO

(...)

#### ARTICULO IV.- OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO / PROCEDIMIENTOS

(...)

##### 4.2. FALTA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO

- a) Si se presenta un daño corporal que tenga por resultado la hospitalización del Beneficiario antes de poder notificar a "AXA ASSISTANCE", el Beneficiario o su representante, tan pronto como sea posible, deberán contactarse con la Central de Alarma de "AXA ASSISTANCE", dentro de los siete (7) días siguientes de terminada la hospitalización.

El incumplimiento del plazo antes señalado por el Beneficiario, no constituyen causal del rechazo del siniestro, pero "AXA ASSISTANCE" podrán reducir el beneficio hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro por parte de "AXA ASSISTANCE", con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando el Beneficiario pruebe su falta de culpa, o el incumplimiento se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que incurra el beneficiario, en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a "AXA ASSISTANCE".

En caso de culpa inexcusable del beneficiario, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro a "AXA ASSISTANCE", no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la "AXA ASSISTANCE" ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

