

# MULTIMEDIC

## RESUMEN INFORMATIVO

### 1.- Compañía de Seguros

PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS (PACIFICO SEGUROS)

Web: [www.pacifico.com.pe/](http://www.pacifico.com.pe/)

Lima - Sede Principal

Calle Juan de Arona N° 830, San Isidro, Lima. Teléfono: (01) 513-5000 (para Lima y Provincias)

La Compañía cuenta con agencias a nivel nacional, cuya información se encuentra en la web: <http://www.pacifico.com.pe/contactanos/oficinas>

### 2.- Vigencia del seguro

Vigencia del seguro: desde el DÍA de MES del AÑO hasta el DÍA de MES del AÑO.

Vigencia anual, con renovación según establecido en las condiciones particulares de la póliza.

### 3.- Prima

Monto de la prima neta anual: XXXX.XX Soles

El pago puede ser mediante cargo en tarjeta de crédito. Los detalles de la forma de pago se encuentran en las Condiciones Particulares.

### 4. Alcances del derecho de arrepentimiento

En caso el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por mecanismos de comercialización que incluye banca seguro, así como comercialización a distancia, declaro conocer que tengo derecho a arrepentirme de la contratación de este seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro del plazo de quince (15) días de recibir la póliza de seguro, la nota de cobertura provisional o el certificado de seguro, de ser el caso, y a que se me devuelva la prima que hubiere pagado. Este derecho lo puedo ejercer utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medio por el que contraté el seguro.

### 5. Principales riesgos cubiertos

El seguro cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE bajo cobertura, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, luego de haber alcanzado el deducible anual por asegurado.

El deducible anual es aplicado a cada enfermedad o accidente.

Los demás gastos cubiertos se encuentran señalados en el artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza.

## **6. Principales exclusiones y gastos no cubiertos**

Este seguro no cubre, entre otros, los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- Preexistencias, entendidas como aquéllas así definidas en el Glosario de la Póliza, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.
- Accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción y/o conduciendo vehículos sin la licencia correspondiente.
- Enfermedades que se originen a consecuencia del consumo de alcohol.
- Gastos por concepto de sangre o plasma, exámenes del donante, así como la compra del órgano.
- Tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el síndrome completo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad conocida como "Kaposis Sarcoma".

Este seguro tiene más exclusiones y gastos no cubiertos. Mayor información se encuentra en el artículo 7° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

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 pacíficos 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 9° y 10° de las Condiciones Generales.

## **8. Medio y plazo establecido para el aviso del siniestro.**

El ASEGURADO no necesita dar aviso del siniestro ni hay plazo establecido. Ver el numeral 6 de la parte B de este documento: Procedimiento para la solicitud de cobertura en caso de un siniestro.

## **9. 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 PACIFICO SEGUROS señalado en las Condiciones Particulares, o mediante atención por reembolso. En caso de tener dudas sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del

presente seguro usted podrá realizar cualquier consulta directamente a PACÍFICO SEGUROS al teléfono (01) 415- 1515 o a través de la aplicación Mi Espacio Pacífico, o llamando al Call Center (01) 513-5000.

En el artículo 10° de las Condiciones Generales se detallan los tipos de atención .

#### **10. Atención de reclamos.**

En caso de reclamos el ASEGURADO podrá llamar a la Central de Información y Consultas Clientes al teléfono (01) 513-5000, o ingresar a la web: <http://www.pacifico.com.pe/>. Así mismo puede acercarse personalmente a las oficinas de PACIFICO SEGUROS.

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

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

- Defensoría del Asegurado: Web: [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe) Teléfono: (01) 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima.
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Plataforma de Atención al Usuario – SBS: Teléfono: (0800) 10840, Dirección: Av. Dos de mayo 1475, San Isidro 15073, Web: [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)
- Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD): Teléfonos: 01-372 6127 / 01-372 6150, Línea gratuita: 113. Sede central: Av. Nicolás de Piérola N° 529-589 Cercado de Lima, Lima-Perú. Web: <https://www.gob.pe/susalud>
- INDECOPI: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

#### **12. 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.

#### **13. 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.

#### **14. 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. Los hijos dependientes tienen edad límite de permanencia, según lo señalado en las Condiciones Particulares. Más especificaciones se detallan en el artículo 3° de las Condiciones Generales.

#### **15. Derecho del contratante a resolver el contrato sin expresión de causa.**

El contratante 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, señalados en la Solicitud de Seguro, con una anticipación no menor

a treinta (30) días calendarios.

Lo indicado, así como las demás causales de resolución del contrato se encuentran señaladas en el artículo 31° de las Condiciones Generales de la Póliza.

**16. Derecho del contratante de aceptar o no las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas durante la vigencia del seguro.**

De acuerdo con 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 contratante, 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 24° de las Condiciones Generales

**17. 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 PACIFICO SEGUROS.

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

# CONDICIONES GENERALES

## INDICE INTRODUCCIÓN

### CONDICIONES OPERATIVAS

1. **Instrucciones para la utilización del seguro**
2. Relación de clínicas afiliadas en Lima
3. Relación de clínicas afiliadas en provincia

### CONDICIONES TÉCNICAS

4. Examen de Asegurabilidad
5. Personas aseguradas
6. Beneficio máximo por vida por persona
7. Período de carencia y espera
8. **Beneficios y gastos cubiertos**
9. **Gastos no cubiertos y exclusiones**
10. Deducibles y coaseguros
11. Pago de beneficios

### CONDICIONES LEGALES

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

- 37. Mecanismos de solución de controversias
- 38. Defensoría del asegurado
- 39. Tributos
- 40. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
- 41. Derecho de arrepentimiento
- 42. Base legal

## **GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

## **INTRODUCCIÓN**

De conformidad con la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración Jurada de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, así como con los resultados de la evaluación de ASEGURABILIDAD, en los casos que corresponda; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos que se adjunten; El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada PACÍFICO SEGUROS, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y en caso lo tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscrito(s) en la Póliza, en adelante el ASEGURADO, contra los riesgos de ENFERMEDAD y ACCIDENTE, con sujeción a la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Los términos señalados a continuación en mayúsculas, se encuentran definidos en el GLOSARIO de estas CONDICIONES GENERALES.

## **CONDICIONES TÉCNICAS**

### **Artículo 1°**

#### **OBJETO DEL SEGURO**

En virtud del presente Contrato de Seguro, PACÍFICO SEGUROS conviene en pagar los gastos médicos cubiertos que sufra el ASEGURADO a consecuencia de un ACCIDENTE, o ENFERMEDAD, que requiera tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza, ya sea en el Perú o en el Extranjero, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y hasta los límites y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

### **Artículo 2°**

#### **EVALUACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

PACÍFICO SEGUROS define, para fines de ASEGURABILIDAD, las políticas y los procesos de SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD y emisión de la póliza, teniendo como documento base la Declaración Jurada de Salud firmada por el ASEGURADO, cuya veracidad y exactitud exigen la manifestación más completa de sus antecedentes, síntomas, dolencias, ENFERMEDADES y tratamientos, así como también los de sus DEPENDIENTES, lo cual es importante para la estimación del riesgo y es base para la celebración del contrato.

El ASEGURADO y sus DEPENDIENTES de ser el caso, debieron haber suministrado toda la información requerida por PACÍFICO SEGUROS sobre su estado de SALUD, antes de la emisión de esta Póliza; y asimismo, autorizaron a los profesionales o instituciones donde hayan sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.



Si el ASEGURADO ha pasado por una evaluación de ASEGURABILIDAD a requerimiento de PACÍFICO SEGUROS antes de la emisión de la Póliza, toda la información obtenida pasará a formar parte del archivo personal de SALUD del propuesto ASEGURADO.

### **Artículo 3°**

#### **PERSONAS ASEGURADAS**

Esta PÓLIZA cubre al ASEGURADO TITULAR y podrá cubrir también a sus DEPENDIENTES, a facultad de PACÍFICO SEGUROS, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con talde que residan en el Perú, gocen de buena SALUD al momento de su inclusión en la PÓLIZA, es decir que al momento de la contratación no se encuentre padeciendo de una enfermedad o dolencia preexistente salvo que haya sido materia de cobertura por un contrato de seguro anterior a este seguro, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770 y/o que se cumpla con los requisitos de asegurabilidad previstos por PACÍFICO SEGUROS y en el caso de los DEPENDIENTES que sean las personas señaladas en la definición contenida en el Glosario de Términos; siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

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

La edad límite de ingreso y la edad límite de permanencia bajo la cobertura de la Póliza para los hijos registrados como DEPENDIENTES se establecerán en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, pudiendo luego continuar ASEGURADOS bajo una Póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro, con las mismas condiciones, pagando la prima correspondiente al rango de edad según tarifa vigente a la fecha de la contratación de la nueva póliza.

El hijo cuyo nacimiento haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y cuyo PARTO tenga derecho de cobertura, podrá ser incluido en el seguro desde el primer día de nacido, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento. Si la SOLICITUD DE SEGURO es presentada con posterioridad a los 30 días las coberturas se activarán a partir de la fecha de la solicitud. En estos casos no se aplicará el período de carencia. Los hijos adoptados y los hijos del(la) cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR podrán ser incluidos en el seguro desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a PACÍFICO SEGUROS la SOLICITUD DEL SEGURO dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a ello.

Asimismo, el/la cónyuge o conviviente al(a) que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, sólo podrá ser incluido(a) en el seguro desde el primer día de haber adquirido el estado civil o derecho legal correspondiente.

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

#### **Artículo 4º**

##### **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ENFERMEDAD POR PERSONA**

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

Toda complicación de una enfermedad o accidente, así como el tratamiento o cirugía por cualquier causa relacionada, será considerada como un mismo caso, no pudiendo reclamar el "ASEGURADO" beneficios independientes como si fueran enfermedades distintas.

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

Queda entendido y convenido que, en el eventual caso de que el "ASEGURADO" titular y/o sus dependientes se encuentren cubiertos bajo otra(s) póliza(s) de asistencia médica en esta misma compañía, la suma máxima a pagarse por una misma enfermedad entre todas las pólizas, no excederá de US\$ 75,000.00 (SETENTA Y CINCO MIL DÓLARES) o su equivalente en moneda nacional.

#### **Artículo 5º**

##### **PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA**

Este seguro podrá tener periodos de espera y de carencia, los que para tener validez tendrán que estar señalados en las CONDICIONES PARTICULARES.

Se entiende por:

##### **a) Período de Carencia**

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

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

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

**b) Período de Espera**

Es el período de tiempo, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza durante el cual ciertas ENFERMEDADES y procedimientos no están cubiertos. A diferencia del período de carencia, todo DIAGNÓSTICO o ENFERMEDAD manifestado durante este período sí estará sujeto a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera.

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

En caso de renovación de la Póliza, queda establecido que de existir períodos de carencia y/o de espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores.

**Artículo 6°**

**GASTOS CUBIERTOS**

Esta Póliza cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE bajo cobertura, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, en el lugar o país donde se efectúe el tratamiento, hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO, según los COPAGOS y COASEGUROS establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS para cada una de las coberturas, después de haberse alcanzado el DEDUCIBLE ANUAL contemplado en las CONDICIONES PARTICULARES, según lo establecido en el artículo 8° de estas CONDICIONES GENERALES. También están incluidos bajo este seguro, las coberturas según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

A tales efectos el ASEGURADO deberá hacer uso del servicio de atención al crédito para los casos de atención médica hospitalaria y/o ambulatoria, así como para las coberturas, exclusivamente en las redes de PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS para estos servicios o atención a REEMBOLSO, en las condiciones que se indican en la TABLA DE BENEFICIOS.

**a) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:**

- Habitación individual o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el DIAGNÓSTICO y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.
- Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado por el médico tratante.
- Yeso acrílico. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- Otros servicios que tengan relación con el tratamiento médico.

**b) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:**

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al DIAGNÓSTICO y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible, para un adecuado DIAGNÓSTICO y tratamiento.

## **Artículo 7°**

### **GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES**

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

- a) PREEEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEEXISTENCIAS a las ENFERMEDADES por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
- b) Cirugía plástica y/o estética y/o para embellecimiento, así como tratamientos, u operaciones por obesidad, fertilización o inseminación artificial, o esterilidad o implantación de embriones in Vitro, método anticonceptivo o pérdida de peso,**
- c) ginecomastia o mastoplastia o cambio de sexo, alopecia androgénica.**
- d) Enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas por drogadicción o reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por si mismo.**
- e) Operaciones y/o tratamientos que tiendan a corregir defectos de la visión: queratotomía o queratoplastia, anteojos o lentes de contacto.**
- f) Tratamientos odontológicos de cualquier tipo. Ejemplos: periodontitis, osteoporosis, ortodoncia, gingivitis, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, prótesis, curaciones, extracciones y todo lo relacionado con ellos, así sea a consecuencia de un accidente. Esta póliza no otorga cobertura odontológica.**
- g) Accidentes sufridos en estado de embriaguez o drogadicción y/o conduciendo vehículos sin la licencia correspondiente. Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda o, cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE.**
- h) Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación**

- i) cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.
- j) Enfermedades que se originen a consecuencia del consumo de alcohol.
- k) Gastos por concepto de sangre o plasma, exámenes del donante, así como la compra del órgano.
- l) Tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el síndrome completo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad conocida como "Kaposis Sarcoma".
- m) Cuidado quiropráctico o podiátrico, incluyendo cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo.
- n) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula incluyendo el síndrome
- o) temporomandibular, craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
- p) Tratamientos de acupuntura, del dolor o de fisiología, medicina alternativa.
- q) Zapatos ortopédicos y/o prótesis no quirúrgicas, así como frenillos, aparatos auditivos, equipos mecánicos o electrónicos, sillas de ruedas, muletas, cuidados de enfermeras particulares o chequeos médicos o tratamientos experimentales.
- r) Ansiolíticos, vitaminas, vacunas, medicinas preventivas y/o suplementos alimenticios, así como tratamientos de la menopausia, climaterio y sus consecuencias.
- s) Tratamientos y/o cirugías no reconocidos por el Colegio Médico, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.
- t) Prácticas y/o carreras de automovilismo, motociclismo, alas delta, paracaidismo, escalamiento de montaña, parapente, vuelo libre, carrera de caballos, casería mayor.
- u) Guerra internacional o civil, insurrección, rebelión, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza, contaminación nuclear, accidentes de trabajo, actividades o enfermedades ocupacionales, accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves.
- v) Tratamiento para disfunción eréctil.
- w) Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, lo que será posible solo cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

## **Artículo 8º**

### **PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO (COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL)**

Para todo gasto cubierto incurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE amparados por la póliza, así como en el caso de las coberturas cubiertas por la Póliza, el ASEGURADO tendrá como obligación consumir el monto del DEDUCIBLE ANUAL, señalado en las CONDICIONES PARTICULARES. Tendrá obligación también de pagarlos COPAGOS y COASEGUROS si se encuentran establecidos para cada una de las coberturas, en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza. Las definiciones de COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL, se encuentran señaladas en el GLOSARIO de la Póliza.

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

Los montos que así se determinen por concepto del DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO y COASEGURO, así como los gastos no cubiertos, representan la participación total del ASEGURADO en el gasto.

Luego de alcanzarse el monto del DEDUCIBLE ANUAL, de ocurrir una EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria no se aplicará COPAGO ni COASEGURO, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en las CONDICIONES GENERALES, sujeto a las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y anexos adjuntos.

Para la aplicación del DEDUCIBLE ANUAL el procedimiento que se seguirá para su determinación es el siguiente, en este orden:

1. El ASEGURADO deberá conservar sus comprobantes de pago y, en general todos los documentos que sustenten sus gastos médicos.
2. El ASEGURADO deberá presentarlos a PACIFICO SEGUROS, en original, en la Plataforma de Atención al Usuario.
3. PACIFICO SEGUROS sumará todos los gastos facturados, restando todos los gastos no cubiertos. De los gastos facturados se reconocerán solo los montos límites establecidos en el Tarifario Pacífico, y en el caso de gastos en el extranjero se reconocerán los GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS, (no se aplica el Tarifario Pacífico). Ver definición en el GLOSARIO.
4. PACIFICO SEGUROS verificará que el monto resultante de lo efectuado en los numerales anteriores sea como mínimo el monto del DEDUCIBLE ANUAL contratado por el ASEGURADO (señalado en las CONDICIONES PARTICULARES) y empezará a asumir los gastos médicos de acuerdo los términos y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS.

El DEDUCIBLE ANUAL debe consumirse en cada vigencia de la Póliza por cada ASEGURADO y por cada uno de su(s) DEPENDIENTES.

## CONDICIONES OPERATIVAS

### Artículo 9º

#### 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, 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:*

#### Atención ambulatoria

*Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo le 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.*

#### Atención hospitalaria y/o quirúrgica

*En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo le 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.*

*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.**

**b) ATENCIÓN A REEMBOLSO (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 de 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. No hay necesidad de efectuar el aviso del siniestro pero deberá cumplirse con el plazo más abajo señalado para presentar los documentos del siniestro.**

**No se aplicará el derecho de reducción que tiene la COMPAÑÍA por aviso extemporáneo.**

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

**Todos los gastos ambulatorios y/u hospitalarios serán pagados por el ASEGURADO, quien luego deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS dentro de los 90 días calendarios posteriores a la atención, la siguiente documentación:**

- **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, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de SALUD y facilite la atención de la SOLICITUD DE REEMBOLSO, el que será solicitado dentro del plazo señalado a continuación. Cualquier información adicional sobre la salud del ASEGURADO que requiera PACÍFICO SEGUROS será solicitado dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30)**



**días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.**

**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.**

**Presentada la 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 del plazo de treinta (30) días de consentido el siniestro. El REEMBOLSO referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.**

**Artículo 10°**

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

**En caso de requerir atención médica en el extranjero, el ASEGURADO podrá solicitar el reembolso de sus gastos, ya sea por atención ambulatoria y/u hospitalaria, según lo señalado a continuación.**

**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.**

**a) ATENCION A REEMBOLSO (atención ambulatoria y/u hospitalaria, que no sea atención por emergencia)**

**El ASEGURADO 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 la definición de GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO de acuerdo a lo establecido en el GLOSARIO y en las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS.**

**No hay necesidad de efectuar el aviso del siniestro pero deberá cumplirse con el plazo más abajo señalado para presentar los documentos del siniestro.**

**No se aplicará el derecho de reducción que tiene la COMPAÑÍA por aviso extemporáneo.**

**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. Se precisa que de conformidad con lo establecido en el artículo 11° de la Res. SBS N°3202-2013,**

***Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, dicho informe médico ampliatorio así como cualquier otra información o documentación respecto de la documentación e información requerida presentada por el ASEGURADO será solicitado dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.***

***b) 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 y luego solicitar el reembolso siguiendo el procedimiento establecido en el literal a) precedente.***

**Artículo 11º**

**RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A PACÍFICO SEGUROS EN EL PERU**

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

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

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

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

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

**Artículo 12º**

**PAGO DE BENEFICIOS**

***PACÍFICO SEGUROS reconocerá los gastos cubiertos en casos de HOSPITALIZACIÓN o atención ambulatoria en el Perú o en el Extranjero.***

**Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados bajo la forma de reembolso luego de consumir primero el importe señalado como DEDUCIBLE ANUAL, el cual es asumido directamente por el ASEGURADO.**

**PACÍFICO SEGUROS reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos que haya pagado directamente, en los casos, bajo las condiciones y en la forma establecida en estas CONDICIONES GENERALES y en la TABLA DE BENEFICIOS.**

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

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

#### **Artículo 13º**

##### **TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO**

Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el Perú que el ASEGURADO haya pagado directamente, serán reembolsados con base en el TARIFARIO PACÍFICO y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, en la página web de PACÍFICO SEGUROS: [www.pacificoseguros.com](http://www.pacificoseguros.com), y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS cuyo número se indica en su carnet de ASEGURADO.

Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el extranjero que el ASEGURADO haya pagado directamente serán reembolsados según la definición de GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza. No aplica el Tarifario Pacífico.

Dichos REEMBOLSOS pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

## CONDICIONES LEGALES

### Artículo 14º

#### CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

### Artículo 15º

#### OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la ENFERMEDAD o ACCIDENTE 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, la prima y sus plazos y forma de pago, y en general los límites y condiciones de las coberturas ofrecidas por PACÍFICO SEGUROS.

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en los términos pactados en el CONVENIO DE PAGO, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro. En caso de siniestro el ASEGURADO y el beneficiario son solidariamente responsables respecto del pago de la prima pendiente.

### Artículo 16º

#### BASES DEL CONTRATO

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

El contrato de seguro está sujeto a que PACÍFICO SEGUROS haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO. La cobertura queda condicionada al pago de la prima y/o a la

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

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

#### **Artículo 17°**

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

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

#### **Artículo 18°**

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

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO podrá tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 32° de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de SALUD del ASEGURADO TITULAR del seguro y/o de sus DEPENDIENTES (incluyendo lo referido a PREEXISTENCIAS), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

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

El CONTRATANTE, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las

Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere, entrando a la dirección electrónica: [www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1](http://www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1), de PACIFICO SEGUROS, así como 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 19º**

##### **RESIDENCIA**

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

Para los efectos de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá que los ASEGURADOS son residentes si están en el Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza. No se considerará para el cómputo del plazo el tiempo en que el ASEGURADO por el tratamiento de una enfermedad, cubierta por el seguro, tenga que permanecer en el extranjero.

Si el ASEGURADO pierde su condición de residente y este hecho es conocido por PACIFICO SEGUROS, se suspenderá la cobertura en el extranjero en el plazo que se establezca en la comunicación escrita que le cursará PACIFICO SEGUROS al ASEGURADO. El contrato terminará definitivamente en caso que el ASEGURADO permanezca bajo la calidad de no residente al momento de la renovación de la Póliza.

Si el ASEGURADO informa a PACIFICO SEGUROS, con anticipación y por escrito sobre su salida del país por un periodo igual o mayor de tres (3) meses, PACIFICO SEGUROS evaluará si suspenderá la cobertura en el extranjero o no, y, de ser el caso se pondrá de acuerdo con el ASEGURADO para que mantenga la cobertura nacional pagando una prima menor a la originalmente establecida, la que le será comunicada por escrito. En caso que no acepte el ASEGURADO mantener solamente la cobertura nacional, procederá la resolución del contrato de acuerdo a lo establecido en el artículo sobre RESOLUCIÓN DEL CONTRATO de estas CONDICIONES GENERALES.

Si el ASEGURADO cumplió con dar aviso de su salida del país y aceptó mantener solo la cobertura nacional y PACIFICO SEGUROS no le otorgó la cobertura en el extranjero, éstase activará nuevamente en la nueva vigencia anual de la Póliza, de ser el caso que vuelva a ser residente en el Perú.

#### **Artículo 20º**

##### **COBERTURAS Y EXCLUSIONES**

PACIFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en las demás Condiciones de la Póliza. El seguro contempla exclusiones o gastos no cubiertos por PACIFICO SEGUROS los cuales se especifican en estas CONDICIONES GENERALES, en las CONDICIONES PARTICULARES, y demás Condiciones de la Póliza, de ser el caso.

## **Artículo 21º**

### **PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS**

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

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

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

## **Artículo 22º**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Artículo 23º**

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

**a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro, usando los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES.**



b) **El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.**

c) **El CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.**

d) **Si el CONTRATANTE no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.**

#### **Artículo 24º**

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

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

**El monto de la prima a pagar por el CONTRATANTE se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de SALUD contenido en la SOLICITUD DE SEGURO, a la siniestralidad del programa, a los costos de los proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, donde consta un estimado de la evolución del importe de la prima.**

#### **Artículo 25º**

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

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

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

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

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

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

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

#### **Artículo 26º**

##### **REHABILITACION**

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

#### **Artículo 27º**

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

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

En el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS tendrá la facultad de comunicar al CONTRATANTE, dentro de los quince (15) días desde comunicada la agravación del riesgo, su decisión de: (i) resolver el Contrato de Seguro, o

(ii) proponerle el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato de no mediar aceptación del CONTRATANTE dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de PACÍFICO SEGUROS. En caso opte por resolver el Contrato, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura.

En caso el CONTRATANTE o el ASEGURADO haya omitido su deber de informar sobre la agravación del riesgo y ocurre el SINIESTRO y esta omisión es con culpa inexcusable o DOLO, 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 PACÍFICO 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. PACÍFICO SEGUROS conozca la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

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

#### **Artículo 28º**

#### **REGLAS APLICABLES AL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA**

**a) El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL señalados en las CONDICIONES PARTICULARES. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.**

**b) Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en el artículo Artículo 9º Procedimiento para Solicitar la Cobertura en el Perú” y en “Artículo 10º Procedimiento para solicitar la cobertura en el extranjero”.**

**El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dichos artículos.**

**c) La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro, en los casos que corresponda, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.**

**d) Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague 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 29º**

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

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

**La Póliza es nula por las siguientes causales:**

**a) Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.**

**b) Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**

**c) Reticencia y/o declaración inexacta, si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.**

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

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

#### **Artículo 30º**

##### **RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

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

**La resolución del contrato puede darse:**

**A. Sin expresión de causa**

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

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

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

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

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

**Efecto sobre la prima**

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

**B. Por incumplimiento de obligaciones**

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

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

**En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.**

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

**b. Por agravación del riesgo**

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

***c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta. En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO se pierde el derecho a ser indemnizado.***

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

***En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) y d) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en la Solicitud de Seguro. 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 aprorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.***

**Artículo 31º**

#### **TERMINACION DEL CONTRATO Y DE LA COBERTURA**

Adicionalmente a las causales de nulidad y resolución del contrato antes señaladas, el contrato de seguro o la cobertura 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, es decir cuando cumpla la edad máxima de permanencia señalada en las CONDICIONES PARTICULARES. En este caso, la cobertura del seguro terminará 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.

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

### **Artículo 32°**

#### **RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA**

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

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

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

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

### **Artículo 33°**

#### **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, en aquellas coberturas que se atiendan por reembolso, cuando corresponda. La solicitud debe ser efectuada por PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo de los primeros 20 días de los 30 días con los que cuenta PACÍFICO SEGUROS una vez recibida la documentación completa indicada en la póliza para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro.

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

#### **Artículo 34º**

##### **SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA**

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

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

#### **Artículo 35º**

##### **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 sus lesiones causadas por ACCIDENTES cubiertos, que sean responsabilidad de terceras personas, los cuales hayan llevado a la activación de este seguro.

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

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

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

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

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

#### **Artículo 36º**

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

El ASEGURADO se encuentra en la obligación de proporcionar a PACÍFICO SEGUROS toda la información que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria para los efectos del pago de la(s) cobertura(es) debida por PACÍFICO SEGUROS, para lo cual ha autorizado expresamente que la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a que exhiban su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, únicamente al momento en que PACÍFICO SEGUROS tenga necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presente el ASEGURADO en caso de SINIESTRO, como consecuencia de la presente póliza.

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

#### **Artículo 37º**

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

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

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados a los datos de contacto establecidos en la SOLICITUD DE SEGURO y de preferencia por escrito, a través de los medios de comunicación pactados previamente por

las partes, sean físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

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 PACIFICO SEGUROS de informar por escrito.

#### **Artículo 38º**

##### **PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

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

#### **Artículo 39º**

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

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

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

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

#### **Artículo 40º**

##### **DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web [www.defaseg.com.pe](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 41º**

##### **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 42º**

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

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

#### **ARTÍCULO 43º BASE**

##### **LEGAL**

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

### **GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

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

- **ACCIDENTE**  
Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.
- **ACCIDENTE DE TRABAJO**  
Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 del Capítulo I de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Decreto Supremo 003-98-SA, o la norma legal que la sustituya.
- **ASEGURABILIDAD**  
Es el conjunto de circunstancias que deben concurrir en un riesgo para que la cobertura pueda ser aceptada por el asegurador. Con este propósito, los aseguradores suelen disponer la evaluación del riesgo y/o la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados para cada caso.

- **ASEGURADO O ASEGURADOS**  
Es el “ASEGURADO TITULAR” y/o sus dependientes inscritos que están cubiertos bajo esta Póliza debidamente registrados en la misma.
  
- **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**  
Es el servicio que se brinda para atender cuadros agudos de comienzo repentino o inesperado y que requieren tratamiento médico precoz.  
Son considerados bajo este concepto los gastos médicos como consecuencia de:
  - Paro cardíaco y/o respiratorio
  - Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
  - Dolores intensos y/o prolongados
  - Pérdida de conocimiento súbito
  - Crisis hiperglicémica
  - Crisis hipoglicémica
  - Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
  - Heridas cortantes
  - Diarreas severas
  - Deshidratación aguda
  - Vómitos reiterados
  - Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos
  - Envenenamiento
  - Hemorragias
  - Accidentes cerebrovasculares agudos
  - Asfixias de cualquier origen
  - Quemaduras
  - Crisis asmática
  - Crisis hipertensiva
  - Convulsiones
  - Intoxicaciones
  - Reacciones alérgicas
  - Aborto y/o amenaza de aborto
  - Trabajo de parto
  - Cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de emergencia por los médicos o paramédicos tratantes.

Este servicio se ofrece dentro de los siguientes límites: Por el Norte, hasta Los Olivos y Comas; por el Sur, hasta Villa (Chorrillos); por el Centro, hasta Ate (Vitarte); y, por el Oeste, hasta La Punta (Callao).

- **BENEFICIO MÁXIMO POR VIDA**  
Es la cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto a “EL ASEGURADO TITULAR” y sus dependientes inscritos, sujeto a la reducción del Beneficio Máximo Asegurado previsto en el artículo 6°, durante toda su vida, siempre que la Póliza se encuentre vigente. Dicha cantidad total asegurada se reducirá progresivamente en función de los gastos que vaya pagando LA COMPAÑÍA durante la vida del ASEGURADO.
  
- **CÁNCER**  
Enfermedad que se manifiesta por el crecimiento anormal de las células, cuyo estudio de

anatomía patológica es concluyente de neoplasia maligna.

- **COASEGURO**  
Es el porcentaje de los gastos cubiertos que le corresponde pagar al “ASEGURADO”, después de aplicar el deducible correspondiente
  
- **CORREDOR DE SEGUROS**  
Es la persona natural o jurídica que, a solicitud del tomador o contratante, puede intermediar en la celebración de los contratos de seguros y asesorar a los asegurados o contratantes del seguro en materias de su competencia.
  
- **CREDENCIAL**  
Documento expedido por la compañía de seguros que acredita la condición de asegurado.
  
- **BENEFICIO MÁXIMO POR VIDA**  
Se entiende que la cobertura es otorgada de por vida siempre y cuando EL ASEGURADO acepte los nuevos términos y condiciones establecidas en la póliza de seguro, que cada año emitirá la “COMPAÑÍA”, de acuerdo a lo señalado en el artículo 15° de las condiciones generales.
  
- **DEDUCIBLE**  
Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el “ASEGURADO”, el mismo que está indicado en la Tabla de Beneficios.
  
- **DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL**  
Es el importe indicado en la Tabla de Beneficios, contratado por el “ASEGURADO” y que debe ser asumido por él o por cualquier otro seguro que tenga vigente ya sea en esta Compañía o cualquier otra.  
  
La aplicación del deducible adicional es por cada vigencia anual de la Póliza.
  
- **DEPENDIENTE**  
Se considera como dependientes asegurables a las siguientes personas:
  - El cónyuge, o en su defecto la persona de sexo distinto que, viviendo en calidad de conviviente de “EL ASEGURADO TITULAR” esté reconocida como tal y que cuente con menos de 60 años de edad en la fecha de ingreso al seguro.
  - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijastros de “EL ASEGURADO TITULAR” siempre y cuando sean solteros, residan con él en el mismo domicilio, sean dependientes económicamente y sean menores de 26 años de edad..
  
- **DIAGNÓSTICO**  
Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.
  
- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**  
Es toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.
  
- **EMERGENCIA MEDICO-QUIRURGICA**

Aquel problema de salud que se presenta en forma súbita, como manifestación de una enfermedad aguda o como recurrencia, progresión o complicación de una afección crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

- **ENFERMEDAD**  
Es toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.
- **ENFERMEDAD ADQUIRIDA AL NACER**  
Alteración del estado de salud no congénita cuyo origen se establece desde el momento del nacimiento.
- **ENFERMEDAD AGUDA**  
Enfermedad de curso menor o igual a un mes.
- **ENFERMEDAD CONGÉNITA**  
Se refiere a cualquier enfermedad, defecto físico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, aunque no presentara manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina y aún cuando su evolución orgánico-funcional y/o manifestación clínica se haga evidente per se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo de “EL ASEGURADO”.
- **ENFERMEDAD CRONICA**  
Enfermedad de curso mayor a un mes.
- **ENFERMEDAD GENETICO - HEREDITARIA**  
Enfermedad cuyo origen obedece a leyes de la genética y se transmite a las siguientes generaciones sin necesariamente respetar un orden natural. Se refiere a enfermedades hereditarias autosómico – dominantes.
- **ENFERMEDAD PROFESIONAL**  
Todo estado patológico, permanente o temporal, que sobreviene al trabajador, como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o de medio en que se ha visto obligado a trabajar. Debe existir causalidad con la clase de trabajo que desempeña el trabajador o el ambiente en que labora.
- **FECHA DE INICIO DEL SEGURO**  
Es la fecha que aparece en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza como fecha de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujeto a los períodos de carencia o espera establecidos en la misma.
- **MEDICAMENTOS DE EFICACIA TERAPEUTICA NO COMPROBADA Y/O MEDICAMENTOS DE BENEFICIO NO DEMOSTRADO**  
Grupo de medicamentos que luego de un uso razonable y continuado en la práctica médico-clínica y/o en el terreno de la investigación no han logrado demostrar evidencia suficiente que justifique su utilización con fines terapéuticos a la luz de la tecnología actual.

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**

Es un 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

- **PRE EXISTENCIA**

Es toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos de "EL ASEGURADO", previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.

- **SALUD**

Es el completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

- **SÍNDROME**

Es el conjunto de los síntomas que refiere el paciente o que identifica el médico durante el interrogatorio médico, aunado a los signos clínicos que detecta el médico a través del examen físico, pudiendo contar o no para ellos con procedimientos de ayuda al diagnóstico tales como exámenes de laboratorio, imágenes y patología, entre otros.

- **SOLICITUD DE BENEFICIOS**



Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que “EL ASEGURADO” completa y suscribe resumiendo sus requerimientos de atención médica, sea ambulatoria u hospitalaria, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico competente.

- **SOLICITUD DE SEGURO**

Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, en el cual consignando la identificación de “EL ASEGURADO TITULAR” y dependientes, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la Declaración de Salud de los solicitantes.

- **CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA**

Documento que contiene la identificación del asegurado y dependientes, la vigencia del seguro, la prima neta y bruta resultante, la especificación, en su caso, de las condiciones especiales del riesgo, así como la Tabla de Beneficios y Gastos Cubiertos que resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados.

