SEGURO ONCOLOGICO INTERNACIONAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1° Objeto del seguro
Artículo 2° Personas asegurables
Artículo 3° Beneficio máximo asegurado por persona
Artículo 4° Periodo de carencia y de espera
Artículo 5° Beneficios y gastos cubiertos
Artículo 6° Gastos no cubiertos y exclusiones
Artículo 7° Copago y coaseguro
Artículo 8° Relación de clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 9° Sistemas de atención
Artículo 10° Requisitos y procedimientos de atención para solicitar la cobertura del seguro
Artículo 11° Uso de clínicas y centros médicos fuera de la red de proveedores oncológica
Artículo 12° Liquidación de gastos y pago de beneficios

CONDICIONES LEGALES

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

CÓDIGO SBS: AE0446400006

Articulo 31° Reticencia y/o declaración inexacta
Articulo 32° Revisión de los siniestros
Articulo 33° Solicitud de cobertura fraudulenta
Articulo 34° Otros seguros
Articulo 35° Información médica e historia clínica
Articulo 36° Comunicaciones y domicilio de las partes
Articulo 37° Prescripción liberatoria
Articulo 38° Mecanismos de solución de controversias
Articulo 39° Defensoría del asegurado
Articulo 40° Tributos
Articulo 41° Reclamos por insatisfacción de los asegurados
Articulo 42° Derecho de arrepentimiento
Articulo 43° Base legal
Articulo 44° Cesión de Cartera

GLOSARIO DE TÉRMINOS

INTRODUCCIÓN

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

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°
OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, PACIFICO SEGUROS conviene en amparar al ASEGURADO pagando todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al primer tratamiento de la enfermedad diagnosticada como Cáncer, a nivel nacional e internacional, sea atención médica hospitalaria o ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por Persona, de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza. Es requisito para que se active la Póliza, que la enfermedad esté diagnosticada y sustentada con el correspondiente Informe Anátomo Patológico Histológico con resultado positivo para Cáncer.

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

Artículo 2°
PERSONAS ASEGURABLES

Sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, podrá asegurarse cualquier persona que goce de buena salud, es decir que 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. Este seguro ampara al ASEGURADO y podría amparar a sus padres, cónyuge o conviviente e hijos, siempre que hayan sido aceptados y registrados como DEPENDIENTES en la Póliza.

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

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

Artículo 3°
BENEFICIO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA
PACIFICO SEGUROS será responsable de amparar las coberturas establecidas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza durante la vigencia de la misma y hasta los límites establecidos en ella.

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

El Beneficio Máximo Anual contratado aplica independientemente para cada ASEGURADO y es consumido según las atenciones médicas que realice cada uno de ellos. En caso de consumir totalmente el Beneficio Máximo Anual no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia del seguro, siempre que haya continuidad.

Artículo 4°
PERÍODO DE CARENCIA Y DE ESPERA
La Póliza estará sujeta a un periodo de carencia y de espera, según corresponda, cuya duración se establecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza.
La enfermedad de Cáncer que se inicie o se detecte durante el período de carencia, NO se encontrará cubierta por esta Póliza.

En caso de renovación de la Póliza, queda establecido que de existir períodos de carencia y/o de espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores, ya sea con PACIFICO SEGUROS o con la otra compañía de seguros donde haya estado cubierto el ASEGURADO con un seguro de asistencia médica similar durante el periodo inmediato anterior al presente contrato.

Artículo 5°
BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS
Sujeto a lo establecido en el Artículo 1° de estas Condiciones Generales, este Seguro únicamente cubrirá los gastos derivados del primer tratamiento de la enfermedad de Cáncer a nivel nacional e internacional, lo que constituye la cobertura básica de la Póliza. Tendrá las coberturas señaladas en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado por Persona. Se precisa que se cubre el Cáncer primario.

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

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

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

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

Se entiende por **Terapia Biológica** a los tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: Anticuerpos monoclonales, Antiangiogénicos, Inhibidores del Proteosoma, Inhibidores de la Tirosin Kinasa, Factores estimulantes de colonia, Tratamiento con Interferón.

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

Para la aprobación del financiamiento de Pruebas diagnósticas y Tratamientos oncológicos de Quimioterapia, Terapia Biológica (Inmunoterapia y Terapia dirigida), Cirugía Oncológica, Radioterapia, medicamentos, insumos, implantes, prótesis, material quirúrgico y/o estudios o procedimientos solicitados, se deberán cumplir simultáneamente todos los criterios de cobertura, así como los criterios de lo que es medicamente necesario:

Criterios de Cobertura (adicional a lo indicado en la tabla de beneficios, condicionados y anexos)

a) Que lo solicitado no corresponda a exclusión y que se encuentre incluido en el beneficio ofrecido en la póliza.
b) Los medicamentos e insumos deben contar con Registro sanitario y licencia vigente otorgado por la DIGEMID y estar disponibles comercialmente en el Perú a la fecha de solicitud. No aplica para autorizaciones excepcionales para importación y uso de tratamientos individuales.
c) Que los medicamentos, insumos, implantes y prótesis solicitados se encuentren aprobados por la FDA o la EMA (esta última aplica solo para medicamentos).
d) Los procedimientos y/o estudios diagnósticos y terapéuticos deben de realizarse en el Perú a la fecha de solicitud.
e) Lo solicitado debe tener sustento en los ensayos clínicos concluidos exitosamente y publicados en el portal web www.clinicaltrials.gov y se acepta como fecha de finalización del estudio a la señalada como Study Completion (Estimated).
f) Las guías clínicas referenciales deben corresponder a la última versión actualizada para inicio de tratamiento.

Criterios de Médicamente Necesario:
A aplicar al caso particular del paciente.

a) Que las pruebas diagnósticas, los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados se encuentren calificadas en las categorías de evidencia y consenso 1 ó 2A en las Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de Estados Unidos de América según el estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica en el cual ha demostrado beneficio en base a variable clínica de sobrevida global, así como en la línea de tratamiento respectiva, aplicable a la fecha de prescripción por el médico tratante.
b) Que los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados hayan concluido exitosamente, y demostrado beneficio en base a variable clínica, sus ensayos clínicos de fase III, y que la conclusión del ensayo haya demostrado ser superior a la alternativa existente.
c) Que lo solicitado cumpla con los criterios de inclusión de los pacientes que formaron parte del ensayo clínico con el que fue aprobado por la FDA/EMA, en el contexto del tipo de cáncer, su estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica y línea de tratamiento en la cual ha sido evaluada, y no configure con los criterios de exclusión de dichos ensayos. Disponible en www.clinicaltrials.gov
d) Que los medicamentos, insumos, implantes y/o prótesis solicitadas se encuentren aprobados por la FDA y EMA (esta última aplica solo para medicamentos) para el diagnóstico solicitado y en el estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica en el cual han sido detallados en el inserto del producto.

Las pruebas diagnósticas o tratamientos deben configurar bajo la definición de lo que es Médicamente Necesario.

COBERTURA ONCOLÓGICA ADICIONAL

- **Ver copagos y deducibles en la tabla de Beneficios.**
- **Esta cobertura es aplicable exclusivamente en territorio nacional.**

Ensayos clínicos en curso y otras Guías Internacionales

Lo solicitado debe cumplir con la con la totalidad de “Criterios de Cobertura” arriba mencionados.
En cuanto a los “Criterios de médicamente necesario” debe cumplir obligatoriamente con los siguientes:

a) Que los medicamentos, insumos, implantes y/o prótesis solicitadas se encuentren aprobados por la FDA y EMA (esta última aplica solo para medicamentos) para el diagnóstico solicitado y en el estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica en el que han sido detallados en el inserto del producto.
b) Las pruebas diagnósticas, procedimientos o tratamientos deben configurar bajo la definición de lo que es Médicamente Necesario.

Además, debe cumplir alternativamente alguno de los siguientes criterios:

a) Que las pruebas diagnósticas, los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados se encuentren calificadas en las categorías de evidencia y consenso 1, 2A o 2B en las Clinical Practice Guidelines in Oncology de los protocolos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de Estados Unidos de América según el estadio o nivel de progresión de enfermedad oncológica, así como en la línea de tratamiento respectiva, aplicable a la fecha de prescripción por el médico tratante.
b) Que los medicamentos y esquemas terapéuticos solicitados hayan concluido exitosamente sus ensayos clínicos (mejoría en variables clínicas y/o subrogadas), al menos de fase II.

GLOSARIO

Variable Clínica: Demostración estadísticamente significativa de incremento de la sobrevida global (tiempo transcurrido en meses desde el final del tratamiento, donde se verifica que aumenta la probabilidad de sobrevivir a la enfermedad con una determinada terapia).
Variables subrogadas: Aquellas variables que no son clínicas: son puntos intermedios que sirven como sustitutos de las medidas directas (variables clínicas); usualmente son medidas por signos físicos, resultados de laboratorio o imágenes. Se espera que predigan el efecto del tratamiento, pero pueden sobreestimar la relación beneficio/riesgo.

Médicamente necesario: Se refiere a la intervención diagnóstica o terapéutica que reúne TODAS las siguientes condiciones:

1. Haya sido prescrita o recomendada por un médico tratante.
2. Sea apropiada para el diagnóstico y/o tratamiento de la condición médica para la cual la solicitan, considerando los riesgos y beneficios para el paciente.
3. Sea efectiva en diagnosticar, evaluar o tratar la condición de salud, sustentado en evidencia científica publicada bajo los parámetros de Medicina Basada en la Evidencia y consistente con las normas profesionales aceptadas en la comunidad y las sociedades médicas científicas internacionales (i.e guías de práctica clínica).
4. No exceda en tipo, localización, alcance, frecuencia, duración, o intensidad el nivel necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado y apropiado.
5. No debe ser brindado por intereses ajenos al bienestar del paciente, cumpliendo con los principios éticos en medicina, como el respeto y la no maleficencia.

Líneas de tratamiento: Término utilizado para describir el orden, secuencia, agrupación, conformación, duración e intervalo de los diferentes esquemas terapéuticos que se administran a las personas con una enfermedad específica, a medida que aquella evoluciona. Estas líneas se determinan en base al conocimiento científico plasmado en las recomendaciones de las sociedades médicas y la mejor evidencia disponible.

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

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

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

a) Exámenes Inmuno Histoquímico e Histopatológico.
b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes y/u otros procedimientos.
c) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
d) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados.
e) Medicina Nuclear, que comprende**: PETScan, PET/CT,** gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
f) Quimioterapia, Radioterapia y Terapia Biológica, según las categorías de evidencia y consenso 1 ó 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
g) Radiología, que comprende: ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía computarizada y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a la NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
h) Salas de Quimioterapia, operaciones y de recuperación.

En caso de HOSPITALIZACION se cubrirá:

a) Exámenes Inmuno Histoquímico e Histopatológico.
b) Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes y/u otros procedimientos.
c) Habitación estándar, individual o bipersonal.
d) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
e) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados.
f) Medicina Nuclear, que comprende: PETScan, PET/CT, gammagrafía ósea, yodoterapia, rastreo tiroideo de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
g) Quimioterapia, Radioterapia y Terapia Biológica, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
h) Radiología, que comprende: ecografías, Rayos X de tórax, Radioterapia convencional y 3D, Resonancia magnética, tomografía computarizada y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a la NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology* de los protocolos del *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
i) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos y/o intermedios.

COBERTURAS Y BENEFICIOS ESPECIALES

Adicionalmente a las coberturas indicadas, PACIFICO SEGUROS otorgará alguna o todas las coberturas y beneficios especiales señaladas a continuación, las que junto con la cobertura básica tendrán una prima única.

Las coberturas y beneficios especiales que se otorgue a cada ASEGURADO, así como sus alcances se especificarán en la TABLA DE BENEFICIOS. Algunas de las siguientes coberturas y beneficios se otorgan únicamente en el territorio nacional, no obstante la cobertura básica se otorga a nivel internacional.

a) COBERTURAS ESPECIALES

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

b) ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE

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

c) AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA

Cubre el traslado del ASEGURADO en ambulancia terrestre, únicamente **desde la clínica o** centro médico a su domicilio u otro proveedor médico que requiera para su tratamiento por falta de capacidad resolutiva o después de la respectiva alta hospitalaria y previa indicación médica. Atención únicamente dentro de los límites geográficos indicados en la TABLA DE BENEFICIOS. **Atención únicamente en el Perú**.

d) CIRUGÍA DE HALLAZGO

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

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

e) SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL, PREVIA AUTORIZACIÓN DE PACIFICO SEGUROS.

Para aquellos casos en que no sea factible realizar la biopsia o cirugía, solo en el caso de órganos no biopsiables (testículos, riñón, páncreas, cerebelo) previa evaluación y aprobación de PACIFICO SEGUROS, y siempre que la documentación alcanzada sustente el Cáncer con exámenes auxiliares y de ayuda diagnostica, se cubrirán los gastos incurridos para el tratamiento, seguimiento y control del Cáncer desde la fecha de dicha aprobación.

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

f) CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

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

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

g) KIT DE COLOSTOMIA PARA USO DIARIO DE CANCER DE COLON PRIMARIO

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

h) DESPISTAJE ONCOLÓGICO

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

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

i) TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

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

j) OTRAS PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO (Aplica coaseguro)

Cubre otras patologías indicadas en la TABLA DE BENEFICIOS, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico**.**

- **Complicaciones post-quirúrgicas que se presenten hasta en un plazo máximo de 3 Semanas de la fecha de aplicación del tratamiento:**
    1. Dehiscencias de anastomosis, abscesos, fístulas.
    2. Neumonía aspirativa
    3. Infección de herida operatoria.
    4. Nutrición parenteral o enteral (por sonda) en pacientes post quirúrgicos hospitalizados y que por motivos de la cirugía o complicación de aquella no pueden alimentarse por vía oral (ayuno prolongado mayor a 5 días).
    5. Suplemento de calcio, vitamina D3 y levotiroxina en pacientes post tiroidectomía (cobertura permanente).
    6. Plazo de 12 meses: Recambio de prótesis mamaria por ruptura, infección o reacción a cuerpo extraño dentro de los 12 meses de finalizada la reconstrucción mamaria, por única vez
- **Complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica que se presente hasta por un plazo máximo de 4 semanas de la fecha de aplicación del tratamiento.**
    1. Neumonía asociada a neutropenia (neutrofilos menos de 500/mm3)
    2. Infección urinaria asociada a neutropenia (neutrofilos menos de 500/mm3).
    3. Ecocardiograma en casos de terapia biológica y QT cardiotóxica (según lista de medicamentos)*.
    4. Diagnóstico(velocidad de conducción y electromiografía) y tratamiento de polineuropatía (no cubre inmunoglobulina humana como terapia)
    5. Perforaciones, fístulas y hemorragia relacionadas a la aplicación de bevacizumab.

- **Complicaciones de la radioterapia que se presente hasta por un plazo máximo de 24 semanas de la fecha de aplicación del tratamiento:**
    1. Oxígeno hiperbárico para infecciones necrotizantes de partes blandas o del sistema nervioso central por RT.
    2. Dilataciones en estenosis esofágicas o rectales en casos de esofagitis y proctitis Actínicas

- **Complicaciones y tratamientos cubiertos por evolución de enfermedad, metástasis o progresión local:**
    1. Insuficiencia respiratoria secundaria a progresión de enfermedad oncológica (cuidados paliativos). No se cubre ventilación mecánica.
    2. Gastrostomía / Yeyunostomía convencional o percutánea.
    3. Hipertensión endocraneana por infiltración del cáncer (Sólo Radioterapia y tratamiento médico).
    4. Ascitis (paracentesis y colocación de catéter permanente). No se cubre albumina.
    5. Infiltración meningoencefalica (tratamiento médico y Radioterapia).
    6. Obstrucción intestinal: tratamiento médico y cirugía paliativa (colostomía, ileostomía o gastrostomía). Obstrucción de la vía aérea por enfermedad de fondo (Sólo Radioterapia y traqueotomía)
    7. Síndrome de vena cava superior (sólo Quimioterapia y/o Radioterapia). No se cubre filtro de vena cava.
    8. Compresión medular por enfermedad de fondo (sólo manejo del dolor y Radioterapia) No cirugías
    9. Metástasis cerebrales, sus complicaciones y tratamiento de acuerdo a NCCN.
    10. Terapia de lenguaje para cáncer de cuello y drenaje linfático manual para cáncer de mama.
    11. Uso de bisturí especializado (solo una de ellos por cirugía: Ligasure®, Bisturí armónico o Enseal®) en cirugía de exéresis tumoral de cavidad abdominopélvica, torácica o cervical
    12. Síndrome de lisis tumoral (Solo tratamiento médico)
    13. Uropatia obstructiva: se cubre catéter de drenaje ureteral o nefrostomía. No se cubren prótesis ureterales

    ¨*Las complicaciones que no figuran expresamente en este listado no serán cubiertas.

k) TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Otorga al ASEGURADO descuentos preferenciales con proveedores designados por PACIFICO SEGUROS. **Atención únicamente en el Perú.**

l) GASTOS DE SEPELIO

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

m) CONSULTA CON NUTRICIONISTA

En caso sea medicamente necesario que el ASEGURADO acuda a un nutricionista a consecuencia de la enfermedad de Cáncer, PACIFICO SEGUROS brindará el servicio de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares. **Atención únicamente en el Perú**

n) NUTRICIÓN PARENTERAL

Alimentación endovenosa para pacientes que por una cirugía oncológica o progresión del Cáncer no pueden alimentarse en forma enteral, previa aprobación de PACIFICO SEGUROS. No se brinda a los pacientes que estén usando el beneficio de cuidado paliativo en el hogar. **Atención en el Perú y en Extranjero**.

o) RADIOCIRUGÍA

Tratamiento con radioterapia de última generación. **Atención en el Perú y en el Extranjero.**

p) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Se reconocerá la operación de reconstrucción mamaria independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América. Sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama durante la vigencia de la póliza, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Se reconocerán las complicaciones de la reconstrucción mamaria que ocurran dentro de las 3 semanas posteriores de realizada cada fase de la reconstrucción, la cual no podrá tener una duración mayor a un año. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezón. **Atención únicamente en el Perú.**

q) SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO

Se cubre cualquier otro cáncer diferente histológicamente al primero cubierto por la Póliza. **Atención en el Perú y en el Extranjero.**

r) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

Se cubre la opinión de otro cirujano con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual el ASEGURADO tiene una duda razonable. **Atención únicamente en el Perú.**

s) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

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

t) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

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

En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes. **Atención en el Perú y en Extranjero.**

u) PRUEBA DE TAMIZAJE A DONANTE
Tamizaje a donante calificados para transfusión de sanguínea efectiva.

v) TRATAMIENTOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN
Tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: Anticuerpos monoclonales, Antiangiogénicos, Inhibidores del Proteosoma, Inhibidores de la Tirosin Kinasa, Factores estimulantes de colonia, Tratamiento con Interferón. Solicitar a PACIFICO SEGUROS mediante una carta de garantía. **Atención en el Perú y en Extranjero.**

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

x) PET SCAN Y PET/CT
Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano, se utiliza para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer. Puede solicitarse como tratamiento ambulatorio u hospitalario. **Se otorga en el Perú y en el Extranjero**.

Artículo 6°
GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

1. Queda entendido y convenido que la presente Póliza no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de cualquier enfermedad que NO sea Cáncer, tal como se define en esta Póliza.
2. Aquellos que no cumplan con los criterios de cobertura señalados en el articulo 5° de este condicionado.

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

a) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados, entendiéndose como tales aquella atenciones o procedimientos médicos a los que el ASEGURADO se somete de manera voluntaria y con conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o de las circunstancias que le permiten llegar a dicha conclusión.
b) Cambio de prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.
c) Cáncer que se haya detectado durante el período de carencia, salvo que este ya se hubiere cumplido en la primera vigencia de la Póliza.
d) Chequeos médicos que no se encuentren señalados en la Tabla de Beneficios, tratamientos psicológicos salvo que cuente con el beneficio especial señalado en el literal h) del artículo 5° precedente; psiquiátricos; kinésicos; estéticos y de rehabilitación.
e) Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta Póliza, excepto la reconstrucción mamaria.

f) Compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos.
g) Compra o alquiler de cualquier equipo médico, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoximetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, sillas de ruedas, muletas, equipos ambulatorios para rehabilitación y cualquier otro que surja en el futuro que se considere equipo médico de acuerdo a lo definido en el Glosario de términos.
h) Contaminación nuclear, así como enfermedades ocupacionales.
i) Cuidados, atenciones o tratamientos de enfermería particular, así como gastos de transporte y/o alojamiento, que no sean los específicamente cubiertos por esta Póliza de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.
j) Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica, tales como: implante coclear, neuroestimulador cerebral, marcapaso cardiaco, dispositivos intervertebrales o interespinosos y cualquier otro que surja en el futuro que se considere dispositivos o implantes médicos de acuerdo a lo definido en el Glosario.
k) Enfermedades y/o condiciones preexistentes. Ver la definición de PREEXISTENCIA en el Glosario de esta Póliza. No se considera enfermedad preexistente a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por PACIFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.
l) Gastos pagados directamente por el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES para su tratamiento de Cáncer no reconocidos por esta póliza.
m) Procedimientos que NO cuenten con la recomendación de las guías clínicas de la NCCN, según las categorías de evidencia y consenso 1 y 2A de la NCCN de los Estados Unidos de América, hayan culminado o no de manera satisfactoria sus estudios de Fase III.
n) Pruebas de laboratorio y exámenes, ambos genéticos de valor pronóstico.
o) Prótesis externas e internas, excepto la prótesis mamaria en caso de mastectomía cubierta por ésta póliza.
p) Psicofármacos y productos no medicinales.
q) Suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre.
r) Tratamientos de medicina alternativa y/o complementaria.
s) Tratamientos o procedimientos catalogados como profilácticos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
t) Vitaminas y suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, nootrópicos, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.
u) Se excluyen las intervenciones quirúrgicas realizadas mediante técnicas asistidas por sistemas de cirugía robótica, así como cualquier servicio, insumo, instrumental, dispositivo o equipo requerido para su ejecución, independientemente de que dicho procedimiento sea considerado médicamente necesario o cuente con aprobación de autoridades sanitarias.

Si un siniestro que debió ser rechazado por encontrarse excluido en la Póliza hubiese sido cubierto por error, PACIFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho siniestro a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado sólo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad

Artículo 7º
COPAGO Y COASEGURO
El Copago es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor oncológico de la red de PACIFICO SEGUROS en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplica Copago se especifican en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares.

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

Una misma atención puede estar afecta a Copago y Coaseguro a la vez.

Artículo 8°
RELACION DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICA
La atención al crédito en el Perú se realizará en las clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica de PACIFICO SEGUROS, que se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

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

En caso de atenciones en el extranjero, EL ASEGURADO podrá elegir la clínica o centro médico de su preferencia debiendo para ello cumplir con el procedimiento establecido en el artículo "**REQUISITOS Y PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO" (acápite** II del artículo 10°
CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 9°
SISTEMAS DE ATENCIÓN
El ASEGURADO podrá hacer uso del seguro únicamente a través de uno de los Sistemas de Atención señalados a continuación, en los términos que se establecerán en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza:

1. **A CRÉDITO (DIRECTA EN CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICA)**
   Bajo este sistema el ASEGURADO deberá acudir exclusivamente a las clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica indicada en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.
   PACIFICO SEGUROS emitirá una Carta de Garantía para reconocer los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú.
   Bajo este sistema, en el extranjero, el ASEGURADO deberá pasar por el proceso de pre certificación y seguir el procedimiento establecido en estas condiciones.

2. **POR REEMBOLSO (ATENCIÓN FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLÓGICA)**
   Siempre que este sistema de atención se encuentre establecido en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, donde se señalarán los alcances y/o limitaciones, bajo este sistema el ASEGURADO podrá recurrir en el Perú a una clínica o centro médico diferente a los establecidos en la red de proveedores oncológica de PACIFICO SEGUROS, y en el extranjero podrá atenderse sin la previa certificación, a que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 10°
REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO.
EL ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos podrán hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza debiendo cumplir con los requisitos y procedimiento siguientes:

REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA ACTIVAR LA COBERTURA BASICA DE LA PÓLIZA:

a) Presentarse a una cita con la Consejería Oncológica, ubicada en a Av. José Gálvez Barrenechea 1044, San Isidro, el horario de Atención es lunes a viernes de 9:00a.m a 1:30 p.m. y de 2:30 a 6:00 p.m. o enviando un correo a uco@pacifico.com.pe. o llamando al 518-4000 anexo 5881.para tener una reunión de orientación En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento, la orientación se podrá realizar telefónicamente. PACIFICO SEGUROS orientará al ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológica, limitaciones, exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza.
b) Presentar en la reunión de Consejería Oncológica en original el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, extendido por un profesional médico especialista. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlo en las oficinas de PACIFICO SEGUROS.

c) Presentar en la reunión de Consejería Oncológica la documentación original que sustente el diagnóstico de Cáncer: exámenes, análisis, radiografías y procedimientos realizados. En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento podrá presentarlos en las oficinas de PACIFICO SEGUROS.
d) Que no se encuentren suspendidas las coberturas por falta de pago de las primas.

I. ATENCIÓN EN EL PERÚ: (Atención bajo el Sistema al Crédito)

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

a) De activarse la Póliza, el ASEGURADO podrá iniciar su tratamiento oncológico bajo el sistema de atención que elija, según lo establecido en la Tabla de Beneficios, inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) En caso que el ASEGURADO requiera una Carta de Garantía, ésta se tramitará directamente por la clínica o centro médico elegido de la red de proveedores oncológica; presentando a PACIFICO SEGUROS la orden de hospitalización u orden de tratamiento o procedimiento ambulatorio otorgado por el médico tratante complementado con el resultado positivo para Cáncer del Informe Anátomo Patológico Histológico.

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

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

II. ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO: (Atención bajo el sistema al crédito)

El ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, luego de cumplir los REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA ACTIVAR LA COBERTURA BASICA DE LA PÓLIZA, deberán solicitar en la reunión con la CONSEJERÍA ONCOLÓGICA la pre certificación como requisito adicional previo, si es que requiere hacer uso de los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza en el extranjero, debiendo cumplir el siguiente procedimiento:

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

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

1) El ASEGURADO deberá comunicarse con PACIFICO SEGUROS.

2) PACIFICO SEGUROS entregará al ASEGURADO, dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles, una carta de pre certificación dirigida al centro de salud autorizando la atención requerida, en el caso de encontrarse con cobertura.

3) EL ASEGURADO deberá acudir al centro de salud con la carta de pre certificación emitida por la COMPAÑIA.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS Y BENEFICIOS ESPECIALES:

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

a) ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE (sistema de atención al crédito)
Se solicita directamente en la clínica, como parte de la atención hospitalario. El asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico donde se está atendiendo. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS**.**

b) AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA (bajo el sistema de atención al crédito)
Se solicita con una orden del médico tratante del ASEGURADO, llamando al número de teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

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

d) SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL – PREVIA AUTORIZACIÓN DE PACÍFICO SEGUROS (bajo el sistemade atención a reembolso)
Se solicita presentando todos los exámenes realizados que sustenten que la neoplasia encontrada es no biopsiables (testículos, riñón, páncreas, cerebelo) y que cuente con alta sospecha de cáncer. El asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS

e) **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE (bajo el sistema de atención al crédito)**
Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS. Aplica solo en la cabeza, cuello, piel y según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

f) **COBERTURA DE PRÓTESIS INTERNAS (bajo el sistema de atención al crédito)**
Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

g) **CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR (bajo el sistema de atención al crédito)**
Atención que ofrece Pacifico para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en estado terminal de la enfermedad, brindando atención ambulatoria y en su domicilio, donde se cubrirá el manejo paliativo (aliviar el sufrimiento) en esta etapa del cáncer. Para casos de atención domiciliaria, se incluye la implementación de una cama clínica mecánica, medicamentos sintomáticos, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro de pulso y oxígeno; siempre y cuando tenga la indicación del médico tratante. En caso sea médicamente necesario, podrá incluir servicio de técnica de enfermería hasta por un máximo de 12 horas sólo en horario diurno
Se solita comunicarse con la UNIDAD DE CONSEJERIA ONCOLÓGICA (01) 518-4000 anexo 5881. Deberá presentar la indicación del médico tratante que establezca dicha necesidad.

h) CONSEJERIA ONCOLOGICA (bajo sistema de atención al crédito)
Se solicita a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios

i) DESPISTAJE ONCOLÓGICO GRATUITO (bajo el sistema de atención al crédito)
El ASEGURADO deberá comunicarse previamente con PACIFICO SEGUROS al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios para coordinar la cita de atención en los proveedores médicos afiliados. Sólo se podrá hacer uso de los despistajes durante la vigencia anual de la Póliza y a partir del segundo año de contratada la póliza luego de la primera renovación, esto es en el segundo año de la vigencia se podrá gozar de este beneficio. Sólo una vez por año en cada vigencia No es transferible y no puede acumularse en el caso que el ASEGURADO decida no someterse a los indicados despistajes.

j) PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO (bajo el sistema al crédito)
Se solicita como parte de la atención ambulatoria con la orden médica pertinente. Cuando es bajo atención al crédito, el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

k) OTRAS PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO (Aplica coaseguro)

Cubre otras patologías indicadas en la TABLA DE BENEFICIOS, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico**.**

- **Complicaciones post-quirúrgicas que se presenten hasta en un plazo máximo de 3 Semanas de la fecha de aplicación del tratamiento:**
    7. Dehiscencias de anastomosis, abscesos, fístulas.
    8. Neumonía aspirativa
    9. Infección de herida operatoria.
    10. Nutrición parenteral o enteral (por sonda) en pacientes post quirúrgicos hospitalizados y que por motivos de la cirugía o complicación de aquella no pueden alimentarse por vía oral (ayuno prolongado mayor a 5 días).
    11. Suplemento de calcio, vitamina D3 y levotiroxina en pacientes post tiroidectomía (cobertura permanente).
    12. Plazo de 12 meses: Recambio de prótesis mamaria por ruptura, infección o reacción a cuerpo extraño dentro de los 12 meses de finalizada la reconstrucción mamaria, por única vez
- **Complicaciones post-quimioterapia o terapia biológica que se presente hasta por un plazo máximo de 4 semanas de la fecha de aplicación del tratamiento.**
    6. Neumonía asociada a neutropenia (neutrofilos menos de 500/mm3)
    7. Infección urinaria asociada a neutropenia (neutrofilos menos de 500/mm3).
    8. Ecocardiograma en casos de terapia biológica y QT cardiotóxica (según lista de medicamentos)*.
    9. Diagnóstico(velocidad de conducción y electromiografía) y tratamiento de polineuropatía (no cubre inmunoglobulina humana como terapia)
    10. Perforaciones, fístulas y hemorragia relacionadas a la aplicación de bevacizumab.
- **Complicaciones de la radioterapia que se presente hasta por un plazo máximo de 24 semanas de la fecha de aplicación del tratamiento:**
    3. Oxígeno hiperbárico para infecciones necrotizantes de partes blandas o del sistema nervioso central por RT.
    4. Dilataciones en estenosis esofágicas o rectales en casos de esofagitis y proctitis actínicas

- **Complicaciones y tratamientos cubiertos por evolución de enfermedad, metástasis o progresión local:**
    14. Insuficiencia respiratoria secundaria a progresión de enfermedad oncológica (cuidados paliativos). No se cubre ventilación mecánica.
    15. Gastrostomía / Yeyunostomía convencional o percutánea.
    16. Hipertensión endocraneana por infiltración del cáncer (Sólo Radioterapia y tratamiento médico).
    17. Ascitis (paracentesis y colocación de catéter permanente). No se cubre albumina.
    18. Infiltración meningoencefalica (tratamiento médico y Radioterapia).
    19. Obstrucción intestinal: tratamiento médico y cirugía paliativa (colostomía, ileostomía o gastrostomía). Obstrucción de la vía aérea por enfermedad de fondo (Sólo Radioterapia y traqueotomía)
    20. Síndrome de vena cava superior (sólo Quimioterapia y/o Radioterapia). No se cubre filtro de vena cava.
    21. Compresión medular por enfermedad de fondo (sólo manejo del dolor y Radioterapia) No cirugías
    22. Metástasis cerebrales, sus complicaciones y tratamiento de acuerdo a NCCN.

23. Terapia de lenguaje para cáncer de cuello y drenaje linfático manual para cáncer de mama.
24. Uso de bisturí especializado (solo una de ellos por cirugía: Ligasure®, Bisturí armónico o Enseal®) en cirugía de exéresis tumoral de cavidad abdominopélvica, torácica o cervical
25. Síndrome de lisis tumoral (Solo tratamiento médico)
26. Uropatia obstructiva: se cubre catéter de drenaje ureteral o nefrostomía. No se cubren prótesis ureterales

¨*Las complicaciones que no figuran expresamente en este listado no serán cubiertas.

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

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

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

d) NUTRICIÓN PARENTERAL (bajo el sistema al crédito)
Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

e) PET SCAN Y PET/CT (bajo el sistema al crédito)
Se solicita como parte de la atención hospitalaria, para lo cual el asegurado deberá solicitarlo a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

f) RADIOCIRUGÍA (bajo el sistema al crédito)
Lo deberá solicitar a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS, y se deberá presentar la orden médica del médico tratante del ASEGURADO.

g) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA (bajo el sistema de atención al crédito y por reembolso)
Se solicita llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios. El asegurado deberá presentar a la clínica o centro médico de la Red de Proveedores Oncológica su documento de identidad o carnet de asegurado. La clínica o centro médico solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS.

h) SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO (bajo el sistema de atención al crédito y por reembolso)
Se solicita presentando el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo de la nueva neoplásia, llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

i) SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS) (bajo el sistema de atención al crédito)
Se solicita llamando al número de teléfono señalado en la Tabla de Beneficios. Será necesario presentar la orden médica de la cirugía programada a PACIFICO SEGUROS.

j) SEGUNDA OPINIÓN MEDICA INTERNACIONAL (PARA CIGURÍAS PROGRAMADAS) (Bajo el sistema de atención al crédito)
Se solicita llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios. Esta cobertura es gestionada directamente por PACIFICO SEGUROS con el médico de su elección a quien se le solicitará la segunda opinión médica.

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

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

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

Artículo 11°
USO DE CLINICAS Y CENTROS MEDICOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES ONCOLOGICA – ATENCION BAJO EL SISTEMA DE ATENCION POR REEMBOLSO

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

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

(Ver Tarifario Pacífico http://www.pacifico.com.pe/documentos-y-formatos)

El reembolso efectuado por PACIFICO SEGUROS puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con lo indicado en el Tarifario Pacífico.

Artículo 12°
LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

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

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

a) CUANDO ES ATENCIÓN AL CREDITO:

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

En este caso, EL ASEGURADO deberá cumplir el procedimiento señalado en estas condiciones generales y atenderse siempre con un proveedor de la red oncológica señalada en la Póliza, el cual facturará sus gastos directamente a PACIFICO SEGUROS.

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

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

b) CUANDO ES ATENCION POR REEMBOLSO: (si las condiciones particulares lo establecen)

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

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

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

PACIFICO SEGUROS pagará los gastos de acuerdo al Tarifario Pacífico en el plazo máximo de 30 días calendarios, una vez consentido el siniestro. El reembolso efectuado por PACIFICO SEGUROS puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con lo indicado en el Tarifario Pacífico.

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

CONDICIONES LEGALES

Artículo 13º
CONTRATO DE SEGURO
El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual PACÍFICO SEGUROS se obliga, mediante el cobro de la prima, a asumir los gastos incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por las coberturas convenidas, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

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

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

Artículo 14º
OBJETO DEL SEGURO
En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la ENFERMEDAD del ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza.

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

El 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 15º
BASES DEL CONTRATO
La presente Póliza se emite teniendo como base la información proporcionada por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO y en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, así como en las declaraciones adicionales que le hayan sido requeridas para la debida evaluación del riesgo.

El contrato de seguro está sujeto a que PACÍFICO SEGUROS haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO. La cobertura otorgada mediante el Contrato de Seguro se hará efectiva cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima y/o firmado el CONVENIO DE PAGO obligándose a pagarla o a la ocurrencia del siniestro, si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima.

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

Artículo 16º
DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA
Cuando el texto de la Póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta realizada por PACÍFICO SEGUROS, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando PACÍFICO SEGUROS advierte al CONTRATANTE, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por PACÍFICO SEGUROS, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

Artículo 17º
DECLARACIONES
El CONTRATANTE está obligado a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o cuestionarios médicos que le suministre PACÍFICO SEGUROS. En el caso que la normatividad legal permita la comercialización de este producto mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud, de ser requerida.

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrán tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 31° siguiente de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de salud del ASEGURADO Titular del seguro y/o de sus dependientes (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

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

ii) La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso; y,

iii) La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

El CONTRATANTE, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere entrando a la dirección electrónica de la página web de PACIFICO SEGUROS http://www.pacifico.com.pe/documentos-y-formatos y de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, en donde también se encuentran publicados los productos comercializados por PACÍFICO SEGUROS. Asimismo, el CONTRATANTE ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

Artículo 18º

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 CONTRATANTE informa a PACIFICO SEGUROS, con anticipación y por escrito sobre la salida del país del ASEGURADO 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 CONTRATANTE para que mantenga la cobertura nacional pagando una prima menor a la originalmente establecida, la que le será comunicada por escrito. El CONTRATANTE informará su decisión a PACIFICO SEGUROS por escrito dentro de un plazo de quince (15) días de recibida la comunicación de PACIFICO SEGUROS. En caso que no acepte el CONTRATANTE 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 CONTRATANTE cumplió con dar aviso de la salida del ASEGURADO del país y aceptó mantener solo la cobertura nacional y PACIFICO SEGUROS no le otorgó la cobertura en el extranjero, ésta se activará nuevamente en la nueva vigencia anual de la Póliza, de ser el caso que vuelva a ser residente en el Perú. ¿

Artículo 19º
COBERTURAS Y EXCLUSIONES

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

Artículo 20º
PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

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

b) *La(s) preexistencia(s) deberá(n) ser declarada(s) por el ASEGURADO en la Solicitud de Seguro proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS está autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros los antecedentes médicos y los alcances de su seguro anterior, a fin de otorgar la continuidad de la cobertura.*
c) *En todo lo no establecido en la presente condición se aplicará lo dispuesto por la Ley 28770, la Ley 29946 y la Resolución SBS N° 3203-2013 o normas que las sustituyan y/o modifiquen.*

Artículo 21º
VIGENCIA DE LA POLIZA, CONTINUIDAD DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

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

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

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

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

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

Artículo 22º

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

a) *PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito al contratante sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.*
b) *El contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.*
c) *EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.*
d) *Si el contratante no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.*

Artículo 23º
DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

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

El monto de la prima a pagar por el CONTRATANTE se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de salud contenido en la Solicitud de Seguro, a la siniestralidad del programa, a los costos de los proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, donde constan los criterios y procedimientos para la actualización de las primas, así como un estimado de la evolución de los importes de ésta.

Artículo 24º
INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

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

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

La suspensión de la cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE 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 25º
REHABILITACION
Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que PACÍFICO SEGUROS no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la póliza previo pago de todas las primas impagas, intereses de mora y los gastos que origine la rehabilitación, debidamente sustentados. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable PACÍFICO SEGUROS por SINIESTRO alguno ocurrido durante la suspensión.

Artículo 26º
AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR
El 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 PACIFICO SEGUROS tiene derecho a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura.

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

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

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

Artículo 27º
INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

a) *El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de siniestro cubierto es el Beneficio Máximo Anual señalado en las Condiciones Particulares. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.*
b) *Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del siniestro se encuentran detallados en el artículo referido al "Procedimiento para Solicitar la Cobertura del Seguro en caso de siniestro".*
   El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.
c) *La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro, en los casos que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho(s) canal(es) de comercialización, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.*
d) *Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague directamente la suma asegurada al ASEGURADO bajo la forma de reembolso, y siempre que conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS, tendrá un plazo de 30 días calendarios contados desde que recibió la documentación e información completa exigida en la Póliza para comunicar al ASEGURADO sobre el consentimiento o el rechazo del siniestro.*
   Si PACÍFICO SEGUROS requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de haber recibido dicha documentación.
   Si PACÍFICO SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo de los treinta (30) días calendarios antes indicados se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al siniestro, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley del Contrato de Seguros.
   Consentido el siniestro, PACÍFICO SEGUROS tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización, en caso de pago directo al ASEGURADO.

Artículo 28º
NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro, desde el momento de su celebración, por cualquier causal existente al momento de su celebración.

La Póliza es nula por las siguientes causales:

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

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

c) Reticencia y/o declaración inexacta, –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO— de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACIFICO SEGUROS, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.

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

Artículo 29º
RESOLUCIÓN DEL CONTRATO
La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza.

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el 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 escrita informándosele sobre esta decisión, la misma que podrá ser enviada por cualquiera de los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, precisándose que el CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para desvincularse de éstos.
En el caso que el CONTRATANTE solicite la resolución del Contrato, ello no afectará a cualquier siniestro originado durante la vigencia de la Póliza, suspendiéndose el beneficio en la forma siguiente:

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

Efecto sobre la prima
El CONTRATANTEtendrá 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 y cargas

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

a) Por falta de pago de la prima
En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de las formas convenidas.
PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

b) Por agravación del riesgo
PACÍFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días en que ésta fue debidamente comunicada por el contratante o 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 o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.

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.

e) En caso que no acepte el CONTRATANTE mantener solamente la cobertura nacional, ante la salida del ASEGURADO del país por un periodo igual o mayor a tres meses.

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) d) y e) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados señalados en la Solicitud del Seguro o en las Condiciones Particulares. 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.

<u>Efectos sobre la prima</u>

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
En caso que proceda devolución de prima, ésta se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria del CONTRATANTE señalada en la solicitud o mediante pago directo.

Artículo 30º
TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO
Adicionalmente a las causales de nulidad y resolución del contrato antes señaladas, el contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
c) Si PACÍFICO SEGUROS no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.
d) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
e) Cuando el ASEGURADO haya perdido 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 31º
RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA
Se considerará que existió DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa respondida en la SOLICITUD DE SEGURO o en sus documentos accesorios o complementarios, a sabiendas que son falsas y con la intención de ocultar información que de haber sido conocida por PACÍFICO SEGUROS la hubiera llevado a no celebrar el Contrato de Seguro o lo hubiera hecho en circunstancias diferentes.

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

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

i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del CONTRATANTE respecto de la revisión de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a PACÍFICO SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un SINIESTRO que goza de cobertura según los términos de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

Artículo 32º
REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

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

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso que hayan sido solicitados durante el plazo arriba 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 33º
SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

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

Artículo 34º
OTROS SEGUROS

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico que tenga los mismos beneficios ya sea en PACIFICO SEGUROS o en otra Compañía de Seguros, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en un principio. Si el ASEGURADO decide activar primero el otro seguro, el presente seguro podrá reconocer al 100% el reembolso de los gastos incurridos por concepto de COPAGOS y COASEGUROS, según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES inserta en la Póliza. No se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro. (*)
(*) Este beneficio no aplica para pruebas diagnósticas, medicamentos y esquemas terapéuticos:
A. Con ensayos clínicos fase I o II concluida o no concluida y fase III no concluida.
B. Que se detallen en las Guías de Manejo Oncológico de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) en categoría de consenso 2B o 3.
C. Que se detallen en otras guías nacionales o internacionales bajo cualquier nivel de evidencia.

Artículo 35º
INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLINICA
El ASEGURADO se encuentra en la obligación de proporcionar a PACÍFICO SEGUROS toda la información que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria para los efectos del pago de la(s) cobertura(es) debida por PACÍFICO SEGUROS, para lo cual ha autorizado expresamente que la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a que exhiban su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, únicamente al momento en que PACÍFICO SEGUROS tenga necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presente el ASEGURADO en caso de siniestro, como consecuencia de la presente póliza.

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

Artículo 36º
COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES
PACIFICO SEGUROS y el ASEGURADO señalan como su domicilio la dirección física y la dirección electrónica declaradas en la SOLICITUD DE SEGURO y que se consignan en las CONDICIONES PARTICULARES. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días calendarios de anticipación.

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

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

Artículo 37º

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

Artículo 38º
MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

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

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

Artículo 39º
DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y PACÍFICO SEGUROS sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

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

Artículo 40º
TRIBUTOS
Todos los tributos presentes que graven las primas, o sumas aseguradas o indemnizaciones por SINIESTROS, serán de cargo del ASEGURADO y/o su Beneficiario y/o sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de PACÍFICO SEGUROS y no puedan ser trasladados.

Artículo 41º
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.
Las quejas y/o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

Artículo 42º
DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
En los casos que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por comercializadores, el CONTRATANTE tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en la Póliza o utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro para informar sobre el ejercicio de su derecho. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

ARTÍCULO 43º
BASE LEGAL
En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley Nº 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 Nº 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

Artículo 44º
CESION DE CARTERA

EL ASEGURADO declara conocer que PACIFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la cartera de seguros del que forma parte este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por el Reglamento de Cesión de Cartera de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS Nº 8420 -2014, o la norma que la modifique.

A tal efecto, PACIFICO SEGUROS pondrá en conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, el inicio del proceso de cesión, a través de cualquiera de los medios de comunicación directos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, otorgándole el plazo de sesenta (60) días para que se pronuncie, luego del cual se entenderá como aceptada la decisión por parte del contratante y/o asegurado, aun cuando no haya manifestado su consentimiento expreso.

Queda establecido que por tratarse esta póliza de un seguro de salud, la empresa cesionaria, es decir la que reciba la cartera de pólizas de seguros, considerará esta póliza como una renovación de contrato, siempre que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya renovado sucesiva e ininterrumpidamente su póliza en los últimos cinco (5) años.

Esta cláusula se incorpora con el objeto de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO esté informado sobre la existencia del derecho de PACIFICO SEGUROS de efectuar una cesión de cartera de pólizas de seguro, la misma que se realizaría siguiendo estrictamente los requisitos señalados por la normatividad vigente. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso su contrato de seguro terminará a la finalización de su vigencia anual.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

- **ASEGURADO:** Persona que se beneficia de las coberturas de la presente Póliza. Incluye a los asegurados dependientes.
- **BENEFICIO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA:** Cantidad total asegurada bajo esta Póliza con respecto al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, según los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la Póliza se encuentre vigente.
- **CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos.
- **CARTA DE GARANTÍA:** Autorización escrita que LA COMPAÑIA otorga al centro de salud para realizar la atención médica luego de validar que las coberturas y los procedimientos médicos sean los amparados por la Póliza.
- **CIRUGÍA ELECTIVA:** Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.
- **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:** Conjunto de circunstancias (edad y estado de salud) que determinan que una persona pueda ser admitida como Asegurada. Para la evaluación, PACIFICO SEGUROS podrá solicitar un examen médico.

- **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por PACIFICO SEGUROS para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la póliza de seguro.

- **CONDICIONES PARTICULARES:** Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene el detalle de la tabla de beneficios y gastos cubiertos en las diferentes clínicas y centros médicos de la red de proveedores oncológica de PACIFICO SEGUROS. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan oncológico adquirido por el ASEGURADO, y lo diferencian de otros planes dentro del mismo Contrato de Seguro.

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

- **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**
  Es la información que debe brindar el solicitante y sus dependientes a LA COMPAÑIA acerca de los antecedentes médicos, síntomas, dolencias, enfermedades y/o tratamientos pasados y presentes que permitan evaluar el actual estado de salud de cada uno de los solicitantes. La Declaración Jurada de Salud forma parte de la Solicitud del Seguro.

- **DEPENDIENTE**

  Se considera como DEPENDIENTES asegurables a las siguientes personas:

  - El cónyuge o conviviente de acuerdo a la legislación peruana.

  - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos de cualquiera de los cónyuges.

  - Los padres del ASEGURADO.

- **DIAGNÓSTICO**

  Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte.

- **DISPOSITIVOS O IMPLANTES MÉDICOS**

  Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, destinados a fines médicos.

- **GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES**

  Condiciones que NO están cubiertas por el seguro según lo establecido en la Póliza.

- **INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO**

  Resultado histopatológico que define el diagnóstico de Cáncer y es emitido por un médico Anátomo Patólogo**.**

- **INTERÉS ASEGURABLE**

  Es el requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura del riesgo, esto es en el Contratante del Seguro con respecto al Asegurado, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**

  Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica. La medicina complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La medicina alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica. Incluye, pero no se limita: Acupuntura, Aromaterapia, Ayurveda, Cromoterapia, Dietética, Fitoterapia, Hidroterapia, Hipnosis, Homeopatia, Kinesiologia, Medicina folklórica, Medicina holística, Medicina Naturopática, Medicina Osteopática, Medicina tradicional oriental, Quiromasaje, Quiropráctica, Qi gong, Reiki, Reflexoterapia, Sanación pranika, Sofrologia, Terapia floral, Terapia de toque, Watsu, Yoga.

- **NATIONAL CANCER COMPREHENSIVE NETWORK (NCCN)**

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

- **PACIENTE TERMINAL**

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

- **PERÍODO DE CARENCIA**

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

- **PERÍODO DE ESPERA**
  Tiempo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza durante el cual la enfermedad y/o procedimientos médicos no están cubiertos. A diferencia del periodo de carencia, la enfermedad o procedimiento estarán sujetos a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera.
- **PET Scan (Positron Emission Tomography)**: Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano, se utiliza para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer.

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

- **PREEXISTENCIAS:** Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud que incluye la declaración jurada de salud.

- **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:** Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.

- **SINIESTRO:** Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de Póliza es el primer diagnóstico de la enfermedad de Cáncer, sustentado con el Informe Anátomo Patológico Histológico.

- **SOLICITUD DE REEMBOLSO:** Documento pre-impreso y definido por PACIFICO SEGUROS, que el ASEGURADO llena y suscribe resumiendo la relación de pagos realizados directamente a médicos y/o clínicas, que solicita se le reintegren, adjuntando las facturas originales, pruebas y certificados e informes médicos, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico tratante.

- **SOLICITUD DE SEGURO:** Documento en el que consta la voluntad del asegurado de contratar el seguro, cuyo formato es elaborado por las empresas.

- **TABLA DE BENEFICIOS**: Resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados, se encuentra inserto en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- **TARIFARIO PACIFICO:** Documento que fija los montos para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de reembolso. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de PACIFICO SEGUROS, señalad a continuación:

  http://www.pacifico.com.pe/documentos-y-formatos

- **TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL:** Procedimiento médico o quirúrgico, esquema terapéutico o tecnología que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico. Para el caso específico del campo de la Oncología, se reconoce únicamente como organización rectora a la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

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

INFORMACION ADICIONAL

Medios habilitados por la empresa para presentar reclamos conforme lo dispone la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios:

- Telefónicamente: Para todo reclamo y/o consultas el Asegurado cuenta con los siguientes teléfonos: (511) 5184000 FAX (511) 518-4295 / 518-4299
- Personalmente: acercándose al Área de Atención al Cliente de la COMPAÑIA, en Av. Juan de Arona Nº 830, distrito de San Isidro, en horario de oficina

Instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias:

- Defensoría del Asegurado Telefax: 01 446-9158
- Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Teléfono 01 630 9005,
- INDECOPI: Teléfono 01 224 7777

Cargas:

- El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

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

Cualquier información adicional sobre el seguro la puede encontrar accediendo a la siguiente página web: www.pacificoseguros.com



Verónica Angulo Gonzáles Vigil
Gerencia Técnica de Salud.