SEGURO DE RENTA HOSPITALARIA
(SEGURO SALUD ESENCIAL)

Condiciones Generales

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la Solicitud presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración Jurada de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos que se adjunten; PACÍFICO SEGUROS, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y en caso los tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscrito(s) en la Póliza, en adelante el ASEGURADO, contra el riesgo especificado en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Artículo 1°. - DEFINICIONES IMPORTANTES

ASEGURADO: Titular del interés asegurable objeto del contrato de seguro. Puede ser también el contratante del seguro.

BENEFICIARIO: También denominado el dependiente, se considera al cónyuge o conviviente, hijos y padres del ASEGURADO.

DIAGNÓSTICO: o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad.

INDEMNIZACIÓN: Monto máximo establecido como suma asegurada en esta póliza, en el que pagara PACÍFICO SEGUROS al ASEGURADO como consecuencia de la activación de la cobertura.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Pérdida del flujo de sangre a una parte del encéfalo, que daña el tejido cerebral; las causas frecuentes son los coágulos de sangre y la ruptura de vasos sanguíneos.

ANEURISMA CEREBRAL: Dilatación patológica de una fracción de una arteria cerebral que se relaciona con una debilidad en la pared del vaso sanguíneo afectado, con riesgo de romperse y causar sangrado en el cerebro

APENDICITIS: Inflamación del apéndice que se encuentra en el intestino grueso, produciendo dolor abdominal y requiriendo en la mayoría de los casos operación para extirparlo

DIABETES MELLITUS TIPO 2: Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.

EPOC: Siglas que corresponden a una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que progresivamente causa dificultad para respirar; se presenta como bronquitis crónica o enfisema y no tiene cura, se evalúa con estudio gasométrico y espirométrico

FRACTURA COLUMNA CERVICAL: Ruptura de los huesos de la columna cervical por accidente con fuerza externa.

FRACTURA COLUMNA DORSAL: Ruptura de los huesos de la columna dorsal por accidente con fuerza externa.

FRACTURA DE CADERA: Ruptura de los huesos de la cadera por accidente con fuerzaexterna

FRACTURA LUMBAR Y SACRO: Ruptura de los huesos de la columna lumbar o sacra por accidente con fuerza externa.

INSUFICIENCIA CARDIACA: Enfermedad del corazón que provoca su incapacidad para bombear sangre en la cantidad necesaria para suplir los requerimientos del organismo, confirmado por ecocardiografía.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Pérdida progresiva, permanente e irreversible de la función del riñón para eliminar toxinas y controlar el volumen de agua del organismo, teniendo para el caso de la póliza una configuración a partir de una depuración de creatinina menor a 30 ml/min

NEUMONÍA: Inflamación aguda de los pulmones causada por una infección por microorganismos diferentes al SARS-CoV-2. No incluye al diagnóstico de tuberculosis, ni las asociadas al VIH.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO: Lesión o herida de los tejidos orgánicos producida por la acción del fuego y del calor, por contacto con determinados productos químicos cáusticos o corrosivos, por la electricidad, por radiación y por fricción. Una quemadura de tercer grado afecta las tres capas de la piel, incluyendo la profunda; para el caso de la póliza, que haya comprometido más del 10% de la superficie corporal total.

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. Se cubre el primer diagnóstico de cáncer.

INFORME ANÁTOMO-PATOLÓGICO HISTOLÓGICO: Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico anátomo patólogo, acreditado con número del Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE).

SINIESTRO: Suceso que obliga a PACÍFICO SEGUROS a pagar el íntegro de la indemnización correspondiente de acuerdo con el tipo de cobertura.

Artículo 2°. - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

PACÍFICO SEGUROS pagará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según se trate de una póliza individual o colectiva, una suma de dinero prestablecida en las Condiciones Particulares, o en el Certificado de seguros, equivalente al gasto diario que corresponda a una hospitalización (una renta diaria) hasta por un máximo y determinado número de días de hospitalización en los términos pactados en las respectivas Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro, según corresponda, para tratar diagnósticos que requieran de hospitalización cuando sean como consecuencia de un accidente o una enfermedad, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deba ser internado

necesariamente en un hospital o clínica por disposición de un médico. Esto se cumplirá siempre y cuando la causa de la hospitalización no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones en las presentes Condiciones Generales.

Adicionalmente a lo anterior, en caso de hospitalización por enfermedad, se cubrirá cada evento a partir del día de hospitalización indicado en las Condiciones Particulares, o en el Certificado de Seguros. El número máximo de días a indemnizar bajo esta cobertura por cada año de vigencia de la cobertura se indica en las Condiciones Particulares, o en el Certificado de Seguros, según corresponda.

Artículo 3°. - PERIODO DE CARENCIA

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

La enfermedad que se inicie o se detecte durante el período de carencia, NO se encontrará cubierta por este seguro.

Artículo 4°. - EXCLUSIONES

Respecto a la cobertura de Renta Hospitalaria, se encuentran excluidas la hospitalización del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, como consecuencia de las siguientes causas:

1. **Como consecuencia del uso o adicción a drogas, estupefacientes o alcohol.**
2. **Embarazo y maternidad o tratamiento de infertilidad.**
3. **Tratamientos contra la obesidad o esterilización, operaciones de cambio de sexo.**
4. **Chequeos médicos o despistajes, cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento, curas de reposo, surménage, enfermedades emocionales o psicológicas.**
5. **Enfermedades o dolencias preexistentes a la contratación del seguro, salvo que dicha prexistencia haya sido cubierta por un contrato de seguro o plan de salud de EPS, como mínimo hasta los límites del contrato original o anterior;**
6. **Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento, salvo en caso de fallecimiento siempre y cuando la cobertura haya estado en vigencia ininterrumpidamente durante dos (2) años.**
7. **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.**
8. **Se excluye de la cobertura toda prestación relacionada con el procedimiento de ablación cardíaca realizados con fines diagnósticos (estudio electrofisiológico) o terapéuticos de los trastornos del ritmo cardíaco (sean congénitos o adquiridos), independientemente de la tecnología empleada, la vía de abordaje, el carácter electivo o de urgencia del procedimiento, así como sus complicaciones y tratamientos posteriores.**

Artículo 5° TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

1. **Fallecimiento del CONTRATANTE oASEGURADO.**
2. **El término de la cobertura se producirá por el vencimiento del plazo establecido en la Póliza o del Certificado de Seguro, siempre y cuando el contrato no se renueve.**
3. **Extinción de la Póliza o del Certificado por falta de pago de la prima en los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales.**
4. **Al cumplir el ASEGURADO la edad máxima de permanencia.**

Art. 6° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro o el certificado de seguro, según corresponda, desde el momento de su celebración, por cualquier causal existentea ese momento.

La Póliza o el certificado de seguro serán nulos por las siguientes causales:

1. **Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o certificado de seguro al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.**
2. **Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato o certificado de seguro se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**
3. **Reticencia y/o declaración inexacta, si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE o del ASEGURADO de circunstancia(s) por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de reticencia y/o declaración inexacta de un ASEGURADO será nulo sólo su certificado de seguro, manteniéndose vigente el contrato de seguro. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACÍFICO 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 a los treinta (30) días calendario siguientes de la fecha de nulidad. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta del CONTRATANTE o ASEGURADO, las primas pagadas quedan adquiridas por PACÍFICO SEGUROS, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio, en caso de haber un saldo adicional, esté se devolverá en el mismo plazo a los dos supuestos anteriores.

Finalmente, en el caso de nulidad del Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS comunicará al CONTRATANTE sobre dicha nulidad, sin perjuicio de la comunicación realizada al ASEGURADO. En caso se produjera la nulidad del Contrato de Seguro, el CONTRATANTE será el encargado de comunicar este hecho a los ASEGURADOS, luego de recibir la comunicación de PACÍFICO SEGUROS.

Artículo 7. - RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

La resolución del contrato o del certificado puede darse:

A. Sin expresión de causa:

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza o en el Certificado de Seguro, el CONTRATANTE o el ASEGURADO de manera unilateral y sin

expresión

de causa podrá solicitar la resolución del contrato o del certificado, respectivamente, a PACÍFICO SEGUROS.

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

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

Efecto sobre la prima:

Tratándose de seguros no masivos, PACIFICO SEGUROS procederá con el reembolso de la prima en función al plazo no transcurrido, dentro del plazo de treinta (30) días calendario el cual se computará desde la solicitud de resolución del contrato comunicada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, sin necesidad de solicitud alguna de parte de los mencionados.

Dicha solicitud de resolución del contrato se podrá realizar utilizando cualquier medio de comunicación por medios físicos o electrónicos, directamente a PACÍFICO SEGUROS o al COMERCIALIZADOR.

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

(i) 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 calendarios en que ésta fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE o el ASEGURADO.

(ii) Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta:

Una vez presentada la solicitud, la compañía deberá revisarla y de ser el caso, rechazarla.

(iii) Por la falta de aceptación del CONTRATANTE al ajuste de primas y/o de coberturas propuesto por PACÍFICO SEGUROS en caso de reticencia y/o declaración inexacta no dolosa del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.

En cualquiera de los supuestos señalados PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la

Póliza. El contrato o el certificado se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE en el caso de las pólizas individuales o el ASEGURADO en caso de las pólizas grupales, reciba la respectiva comunicación informándosele sobre esta decisión.

Efectos sobre la prima:

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

En caso de que proceda devolución de prima, ésta se realizará dentro del plazo de treinta (30) días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria del CONTRATANTE o del ASEGURADO, según quien haya pagado la prima, señalada en la solicitud o mediante pago directo.

C. Por dolo o fraude del CONTRATANTE o ASEGURADO, debidamente comprobado, en cuyo caso la Compañía comunicará por escrito o correo electrónico, con preaviso de 30 días calendarios a la fecha de terminación de la cobertura. En caso de existir primas pagadas por periodos no devengados, la Compañía procederá a su devolución en un plazo de treinta (30) días calendario.

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, PACÍFICO SEGUROS atenderá la solicitud de cobertura en los plazos previstos en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro para tales fines.

Artículo 8°. - MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

1. **PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro, usando los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES, o en el Certificado de Seguros, según corresponda.**
2. **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.**
3. **EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación, incluido por correo electrónico. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.**
4. **Si el CONTRATANTE no ha dado su conformidad a 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 9°. - VIGENCIA DE LA POLIZA, INICIO DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

La Póliza tiene vigencia anual y se renovará automáticamente, en los mismos términos y condiciones pactados originalmente, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión en contrario por escrito, con al menos treinta (30) días antes al vencimiento, en cuyo caso termina a las doce (12) horas del último día de su vigencia. Producida la renovación automática de la Póliza, la prima correspondiente deberá ser abonada en los mismos términos, condiciones y plazos acordados originalmente, salvo que las partes estipulen por escrito lo contrario.

No obstante, lo anterior, vencido el plazo del contrato, la cobertura podrá continuar a requerimiento del CONTRATANTE o ASEGURADO, 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 las coberturas no podrán ser modificadas de tal forma que resulten menores a las contratadas originalmente. El CONTRATANTE/ASEGURADO tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con el Beneficio Máximo Anual por Persona asegurada no menor que la pactada 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 calendario 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. De no haber rechazo a la propuesta se entenderán aceptadas por EL CONTRATANTE, las nuevas condiciones propuestas por PACÍFICO SEGUROS, en cuyo caso se emitirá la póliza consignando en caracteres destacados las nuevas condiciones del seguro.

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

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

No obstante, lo señalado en la presente cláusula de renovación automática, en el caso que la vigencia del seguro se pacte sin cláusula de renovación automática, dicho acuerdo se establecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza,

entendiéndose que ésta terminará a las 12 horas del último día de su vigencia. El CONTRATANTE podrá solicitar una nueva póliza al término de su vigencia.

Artículo 10°. - INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTO

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

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

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

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE y/o al ASEGURADO, en caso sea un seguro de grupo, 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 ha extinguido, de manera automática sin necesidad de comunicación alguna por PACÍFICO SEGUROS. PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima devengada.

Artículo 11.- PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA RENTA HOSPITALARIA

El ASEGURADO, deberá comunicar el siniestro dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, según corresponda.:

Ante la ocurrencia del siniestro, el ASEGURADO deberá informar al buzón reembolsosalud@pacifico.com.pe y presentar los siguientes documentos en originales o copias legalizadas por notario público o fedatario, de corresponder

- Presentar el original o copia con certificación de reproducción notarial o copia fedateada por funcionario autorizado del Informe médico o historia clínica o epicrisis, según corresponda indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta.

- Dichos documentos deberán estar suscrito por el médico tratante.

-Documento de Registro de Indemnización de Siniestros, el cual está disponible en www.pacifico.com.pe/seguros/salud/documentos

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 los treinta (30) días calendario que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si PACÍFICO SEGUROS no se pronuncia dentro del plazo de los treinta (30) días calendarios antes indicados se entenderá que el SINIESTRO ha quedado consentido, salvo que haya requerido un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas al SINIESTRO, siguiendo el procedimiento establecido en la Ley del Contrato de Seguro.

PACÍFICO SEGUROS, procederá con el pago de la indemnización dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendario de consentido o aprobado el siniestro.

Artículo 12°. - 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.

Si el CONTRATANTE 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:

1. **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 calendario 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 calendarios. 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 calendario siguientes al término del plazo de diez (10) días calendario fijados en el párrafo precedente. Corresponden a PACÍFICO SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.**
2. **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 13º. - AGRAVACIÓN 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.

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

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

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

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

Artículo 14°. - PREEXISTENCIAS

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

Estando a lo anterior, no se considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el asegurado y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro o plan de salud que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica o plan de salud diferente.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

La preexistencia deberá ser declarada 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 o EPS, según corresponda, los antecedentes médicos y los alcances de su seguro de salud anterior, a fin de poder otorgar la continuidad de cobertura.

El ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano.

Artículo 15. - SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

El CONTRATANTE o el ASEGURADO, según corresponda a una póliza individual o grupal, 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 CONTRATANTE o el ASEGURADO, según corresponda, 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 16°. - ATENCIÓN DE QUEJAS O RECLAMOS

Se cuenta con la Central de Información y Consultas de Pacífico Seguros al (01)513-5000 en Lima y/o con la central de consultas del Comercializador.

En todos los casos las quejas o reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días calendario de presentado.

El ASEGURADO podrá optar por los mecanismos de solución de controversias que considere adecuado para hacer prevalecer sus derechos.

Artículo 17°. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las discrepancias, controversias o reclamaciones entre PACIFICO SEGUROS y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o sus BENEFICIARIOS y/o ENDOSATARIOS si los hubiere, que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de la Póliza y de los demás documentos o endosos que formen parte del contrato de seguro, inclusive las que pudieran estar referidas a su nulidad o invalidez o por cualquier otra causa, serán sometidas exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces y Tribunales del Perú siendo de aplicación la ley peruana. La COMPAÑIA podrá ser demandada en el lugar donde tenga su domicilio principal y/o agencias debidamente autorizadas, a elección del demandante, según se trate del lugar donde ocurrió el hecho que motiva la demanda o donde debería ejecutarse la pretensión demandada, de conformidad con lo establecido en el Código Procesal Civil Peruano.

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 a SuSalud a presentar sus consultas, denuncias o reclamos, según corresponda, además de lo señalado en el artículo siguiente sobre la DEFENSORIA DEL ASEGURADO.

Artículo 18°. - DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO y/o el BENEFICIARIO, tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO, entidad que procura resolver las controversias que surjan entre ellos y PACÍFICO SEGUROS, de acuerdo con los términos del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO. Su oficina está ubicada en la calle Amador Merino Reyna Nº 339 piso 9, distrito de San Isidro, Lima, teléfono 4210614, página web: www.defaseg.com.pe

Artículo 19°. - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de PACÍFICO SEGUROS o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros o cuando se realice la comercialización a través de mecanismos a distancia, el CONTRATANTE en caso de póliza individual o del ASEGURADO, en caso de una póliza grupal, según corresponda, tiene derecho de arrepentimiento, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza o certificado de seguro, utilizando el mismo canal y forma por el cual contrató el seguro o mediante comunicación escrita dirigida al área de atención al cliente de PACÍFICO SEGUROS, remitido por medios físicos o electrónicos, o a través de cualquiera de los canales puestos a disposición según lo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza o del certificado de seguros, según corresponda.

PACÍFICO SEGUROS devolverá el monto de la prima recibida, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes de ejercido el derecho de arrepentimiento.

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, El CONTRATANTE o EL ASEGURADO, según corresponda, podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o

beneficios otorgados por el contrato de seguro; y siempre que el seguro se encuentre vigente.

Artículo 20°. - CESIÓN DE CARTERA

EL ASEGURADO declara conocer que PACÍFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la cartera de seguros del que forma parte este producto de seguro, cumpliendo para ellode 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 o reemplace.

A tal efecto, PACÍFICO 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 calendario 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 PACÍFICO 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.

Artículo 21°. - BASE LEGAL

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la LeyN.º 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, y las normas aplicables a los seguros de salud.

Artículo 22°. - PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente seguro prescriben en el plazo de 10 años de ocurrido el Siniestro. En los casos de coberturas de fallecimiento de una persona, el plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

En consecuencia, vencido dicho plazo, PACÍFICO SEGUROS quedará liberada de toda responsabilidad emanada de este seguro.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ATENCIONES AMBULATORIAS CON SERVICIOS ASOCIADOS

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **ATENCIONES AMBULATORIAS**
  Aquellas atenciones médicas realizadas en un establecimiento de salud, para diagnóstico o tratamiento, sin pasar la noche en el mismo ni ser hospitalizado.

- **URGENCIA MÉDICA**
  Cualquier condición de salud que requiere de atención médica en un lapso reducido de tiempo, pero que no pone en riesgo la vida ni deja secuelas irreversibles en la persona.

2. ALCANCE

Por la presente cláusula adicional, se otorga al ASEGURADO un servicio para contar con ATENCIONES AMBULATORIAS y de URGENCIAS MÉDICAS en cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS señalado en las condiciones particulares de la póliza, pagando solamente los DEDUCIBLES y/o COASEGUROS que se establezcan en las condiciones particulares y los gastos no cubiertos por la póliza.

También estarán cubiertos los gastos presupuestados de farmacia, gastos de clínica, insumos, dispositivos, procedimientos y exámenes auxiliares (laboratorios e imágenes) indicados en la atención ambulatoria o urgencia médica, siempre que no se traten de gastos no cubiertos y/o de exclusiones, según lo señalado en esta cláusula.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. PERIODO DE ESPERA Y DE CARENCIA

Esta cobertura tiene un periodo de carencia y de espera señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Son periodos de tiempo en los cuales se considera que la cobertura no se activa. Las enfermedades y condiciones médicas tendrán cobertura luego que culminen los periodos de espera señalados.

4. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

No se cubre:

a) **Preexistencias, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, o por un plan de EPS, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
b) **Cáncer.**
c) **Maternidad.**

d) **Medicina alternativa, complementaria, integrativa, funcional y/o tradicional.**
e) **Albúmina humana, inmunoglobulina humana intravenosa, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell).**
f) **Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes y/u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de, y otros precisados a continuación:**

   i. **Toda prueba, medicamento, equipo, dispositivo, implante, procedimiento o insumo médico utilizado que no haya sido aprobado por la FDA o EMA para el diagnóstico correspondiente.**
   ii. **Los que no se consideren médicamente necesarios.**
   iii. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos aprobados por la FDA o EMA, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.**
   iv. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren expresamente indicados en este Artículo como excluidos.**
   v. **Medicamentos utilizados con fines placebo. Edulcorantes.**
   vi. **Recursos terapéuticos naturales, cualquiera sea su forma de presentación.**
   vii. **Pruebas diagnósticas, tratamientos o procedimientos experimentales.**

g) **Equipos de Protección personal (EPP) para atenciones ambulatorias, cuidadores o visitantes. Productos cosméticos, cosmecéuticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes. Bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.**
h) **Electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención. Curas de reposo o de sueño. Terapia física, ocupacional o de rehabilitación con propósitos educativos, de socialización o de aprendizaje.**
i) **Alimentos, preparados de nutrición oral o enteral, Leches maternizadas, fármaconutrientes, fórmulas hipoalergénicas, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, hepatoprotectores, reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales, vitaminas, minerales, carboximaltosa de hierro.**
j) **Medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria, secundaria o terciaria.**
k) **Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest, Ashtest, entre otros). Elastografía en la evaluación de cualquier órgano.**
l) **Inmunoestimulantes, vacunas.**
m) **Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.**
n) **Prótesis externas o internas. Órtesis.**
o) **Alquiler de equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos. Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bombas de insulina (ni sus insumos), equipo de monitoreo continuo de glucosa (Ej. Minimed®), termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, dispositivo Cefaly ®, cama**

clínica, aspiradores, assist cough, dispositivos CPAP/BiPAP, estimulador de crecimiento óseo, neuro estimuladores cerebrales, biofeedback, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros. No se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometría.

p) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético (hereditario o no hereditario), identificados o no al nacer.
q) Medicamentos, procedimientos, o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Secuelas, consecuencias o complicaciones de cirugía bariátrica (hernias, reflujos, esofagitis, malabsorción, fístula, síndrome adherencial, suboclusión intestinal, entre otras). Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
r) Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción.
s) Tratamiento de alopecia.
t) Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
u) Odontología.
v) Pruebas auxiliares y/o tratamientos de los defectos de la refracción visual Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto, lentes tóricos, lentes intraoculares multifocales.
w) Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana.
x) Terapia biológica. Terapias génicas, epigenéticas o genéticas. Antifibróticos para fibrosis pulmonar.
y) Pruebas in vivo o in vitro para el diagnóstico alergológico. Tratamientos desensibilizantes para alergias.
z) Tratamiento con hormona de crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud. Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para cualquier condición de salud osteoarticular.
aa) Score de calcio. Angiotomografía coronaria. SPECT cerebral.
bb) Estudios genéticos intra o extrauterinos. Ecografías genéticas o morfológicas. Enfermedades huérfanas y raras.
cc) Asistencia anestesiológica en endoscopias fuera de sala de operaciones.
dd) Trasplante de órganos.
ee) Surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicosomático).
ff) Terapia génica o genética para cualquier diagnóstico o condición de salud.
gg) Pruebas diagnósticas, medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o Sindrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias infecciosas oportunistas o neoplásicas.

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error (una o más de una vez), PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado solo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

5. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para atención médica ambulatoria, el ASEGURADO solo tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS su documento de identidad para verificar la cobertura.

6. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las Condiciones Generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE MÉDICOS A DOMICILIO

1. ALCANCE

Por la presente cláusula, se extiende la cobertura para otorgar un servicio de Atención Médica Ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO solicitando una cita programada a domicilio para atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la tabla de beneficios que forma parte de las condiciones particulares o en el certificado de seguro, según corresponda, debiendo pagar el COPAGO establecido por consulta médica.

Este servicio es de uso exclusivo para tratar enfermedades o afecciones que no sean emergencias, ya que tienen un tiempo estimado de programación. Es una consulta en el domicilio del ASEGURADO que evita el traslado a una clínica o centro clínico para consultas de baja complejidad o diagnósticos crónicos.

Esta cobertura está condicionada y limitada a la disponibilidad de los médicos en el lugar donde se encuentre el ASEGURADO. El tiempo de atención se informará en el momento de la solicitud de cobertura, siempre que se encuentre dentro del ámbito geográfico. Es decir, la cobertura tiene limitaciones geográficas, las mismas que se detallan en la tabla de beneficios o en el certificado de seguro, según corresponda.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. PERIODO DE ESPERA

Es el período establecido en las condiciones particulares (Tabla de Beneficios), contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza durante el cual ciertas enfermedades y afecciones no están cubiertas. Los diagnósticos o enfermedades manifestados durante este período sí estarán sujetos a cobertura luego de transcurrido el plazo señalado.

Durante el periodo de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo la Póliza**. En la tabla de beneficios se señalan las enfermedades y afecciones sujetas a periodo de espera.**

3. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las condiciones generales, no se cubre lo siguiente:

a) **Preexistencias, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
b) **Cáncer**
c) **Maternidad**
d) **Cirugías de día**
e) **Medicina alternativa, complementaria, integrativa, funcional y/o tradicional**

f) **Albúmina humana, inmunoglobulina humana intravenosa, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell).**
g) **Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes y/u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de, y otros precisados a continuación:**

   i. **Toda prueba, medicamento, equipo, dispositivo, implante, procedimiento o insumo médico utilizado que no haya sido aprobado por la FDA o EMA para el diagnóstico correspondiente.**
   ii. **Los que no se consideren médicamente necesarios.**
   iii. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos aprobados por la FDA o EMA, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.**
   iv. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren expresamente indicados en este Artículo como excluidos.**
   v. **Medicamentos utilizados con fines placebo. Edulcorantes.**
   vi. **Recursos terapéuticos naturales, cualquiera sea su forma de presentación.**
   vii. **Pruebas diagnósticas, tratamientos o procedimientos experimentales.**

h) **Equipos de Protección personal (EPP) para atenciones ambulatorias, cuidadores o visitantes. Productos cosméticos, cosmecéuticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes. Bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.**
i) **Electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención. Curas de reposo o de sueño. Terapia física, ocupacional o de rehabilitación con propósitos educativos, de socialización o de aprendizaje.**
j) **Alimentos, preparados de nutrición oral o enteral, Leches maternizadas, fármaconutrientes, fórmulas hipoalergénicas, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, hepatoprotectores, reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales, vitaminas, minerales, carboximaltosa de hierro.**
k) **Medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria, secundaria o terciaria.**
l) **Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest, Ashtest, entre otros). Elastografía en la evaluación de cualquier órgano.**
m) **Inmunoestimulantes, vacunas.**
n) **Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.**
o) **Prótesis externas o internas. Órtesis.**
p) **Alquiler de equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos. Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bombas de insulina (ni sus insumos), equipo de monitoreo continuo de glucosa (Ej. Minimed®), termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, dispositivo Cefaly ®, cama clínica, aspiradores, assist cough, dispositivos CPAP/BiPAP, estimulador de crecimiento óseo, neuro estimuladores cerebrales, biofeedback, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros. No se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometría.**

q) **Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético (hereditario o no hereditario), identificados o no al nacer.**
r) **Medicamentos, procedimientos, o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Secuelas, consecuencias o complicaciones de cirugía bariátrica (hernias, reflujos, esofagitis, malabsorción, fístula, síndrome adherencial, suboclusión intestinal, entre otras). Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.**
s) **Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción**
t) **Tratamiento de alopecia.**
u) **Disfunción eréctil y trastorno de la libido.**
v) **Odontología**
w) **Pruebas auxiliares y/o tratamientos de los defectos de la refracción visual Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto, lentes tóricos, lentes intraoculares multifocales.**
x) **Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana.**
y) **Terapia biológica. Terapias génicas, epigenéticas o genéticas. Antifibróticos para fibrosis pulmonar.**
z) **Pruebas in vivo o in vitro para el diagnóstico alergológico. Tratamientos desensibilizantes para alergias.**
aa) **Tratamiento con hormona de crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud. Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para cualquier condición de salud osteoarticular.**
bb) **Score de calcio. Angiotomografía coronaria. SPECT cerebral**
cc) **Estudios genéticos intra o extrauterinos. Ecografías genéticas o morfológicas. Enfermedades huérfanas y raras.**
dd) **Asistencia anestesiológica en endoscopias fuera de sala de operaciones.**
ee) **Trasplante de órganos.**
ff) **Pruebas diagnósticas, medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o Sindrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias infecciosas oportunistas o neoplásicas.**

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error (una o más de una vez), PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado solo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para acceder a este servicio, el ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencia al (01) 415-1515 para coordinar la cita. Al presentarse el médico en el domicilio del ASEGURADO, este deberá presentar su documento de identidad.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE TELEORIENTACIÓN DR ONLINE

1. ALCANCE

La cobertura se extiende a otorgar teleorientación médica virtual a través de video llamada por el aplicativo SANNA/DR. ONLINE para orientación y consejería médica de problemas de salud de baja complejidad a cargo de profesionales médicos colegiados, con especialidad en medicina general. No dirigido para orientaciones de emergencia ni urgencia. Sujeto a programación de citas.

El servicio incluye:

- Recomendación sobre dosis o forma de administración de medicamentos recetados previamente por un médico (sin modificación de tratamiento).
- Recomendación y orientación sobre efectos adversos o molestias paralelas causadas por tratamientos médicos.
- Orientación y explicación de informes y pruebas diagnósticas.
- Orientación al paciente hacia la elección de una consulta con especialidades médicas de acuerdo con los síntomas presentados.
- Orientación en problemas generales de salud tales como dolor de cabeza, reacciones alérgicas, dolor de espalda, resfríos, fiebre, contractura muscular, estreñimiento, y otros de baja complejidad que el médico considere pertinente; sin llegar necesariamente a brindar un tratamiento médico específico.

En caso de que la teleorientación sea para asegurados de 18 a 70 años por enfermedades agudas de baja complejidad y requiera de prescripción médica y/o indicación de exámenes auxiliares se podrá acceder a los mismos a través de este beneficio cancelando el copago correspondiente. La receta se brindará de forma online. **Servicio disponible únicamente para Lima Metropolitana y distritos según cobertura que se detallará en la tabla de beneficios de las condiciones particulares o en el certificado de seguro, según corresponda.**

a) **Delivery de Medicamentos:** El Contact Center de SANNA se contactará vía telefónica con el paciente después de haber concluido la atención, para coordinar la entrega de medicamentos en un rango de tiempo **sujeto a la disponibilidad del motorizado, horarios de atención, demanda de atenciones y la zona de reparto.**

b) **Exámenes básicos de laboratorio:** El Contact Center de SANNA se contactará vía telefónica con el paciente después de haber concluido la atención, para brindar las condiciones de toma de muestra y coordinar el horario en un rango de tiempo **sujeto a la disponibilidad del personal de salud, demanda de atenciones y zona de atención.**

El servicio incluye atenciones únicamente de baja complejidad de acuerdo con criterio del médico de SANNA.

El servicio de teleorientación Dr. Online no reemplaza una atención y/o consulta médica presencial dado que la cobertura únicamente aplica para problemas de salud de baja complejidad que no requieran una evaluación presencial para su diagnóstico.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las condiciones generales, el seguro no cubre:

a) **Preexistencias, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, o por un plan de EPS, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
b) **Cáncer.**
c) **Maternidad.**
d) **Cirugías de día**
e) **Medicina alternativa, complementaria, integrativa, funcional y/o tradicional**
f) **Albúmina humana, inmunoglobulina humana intravenosa, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell).**
g) **Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes y/u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de, y otros precisados a continuación:**

   i. **Toda prueba, medicamento, equipo, dispositivo, implante, procedimiento o insumo médico utilizado que no haya sido aprobado por la FDA o EMA para el diagnóstico correspondiente.**
   ii. **Los que no se consideren médicamente necesarios.**
   iii. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos aprobados por la FDA o EMA, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.**
   iv. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren expresamente indicados en este Artículo como excluidos.**
   v. **Medicamentos utilizados con fines placebo. Edulcorantes.**
   vi. **Recursos terapéuticos naturales, cualquiera sea su forma de presentación.**
   vii. **Pruebas diagnósticas, tratamientos o procedimientos experimentales.**

h) **Equipos de Protección personal (EPP) para atenciones ambulatorias, cuidadores o visitantes. Productos cosméticos, cosmecéuticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes. Bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.**
i) **Electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención. Curas de reposo o de sueño. Terapia física, ocupacional o de rehabilitación con propósitos educativos, de socialización o de aprendizaje.**
j) **Alimentos, preparados de nutrición oral o enteral, Leches maternizadas, fármaconutrientes, fórmulas hipoalergénicas, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, hepatoprotectores,**

reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales, vitaminas, minerales, carboximaltosa de hierro.

k) Medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria, secundaria o terciaria.
l) Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest, Ashtest, entre otros). Elastografía en la evaluación de cualquier órgano.
m) Inmunoestimulantes, vacunas.
n) Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.
o) Prótesis externas o internas. Órtesis.
p) Alquiler de equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos. Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bombas de insulina (ni sus insumos), equipo de monitoreo continuo de glucosa (Ej. Minimed®), termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, dispositivo Cefaly ®, cama clínica, aspiradores, assist cough, dispositivos CPAP/BiPAP, estimulador de crecimiento óseo, neuro estimuladores cerebrales, biofeedback, equipos ambulatorios para rehabilitación, entre otros. No se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometría.
q) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético (hereditario o no hereditario), identificados o no al nacer.
r) Medicamentos, procedimientos, o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Secuelas, consecuencias o complicaciones de cirugía bariátrica (hernias, reflujos, esofagitis, malabsorción, fístula, síndrome adherencial, suboclusión intestinal, entre otras). Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
s) Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción
t) Tratamiento de alopecia.
u) Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
v) Odontología.
w) Pruebas auxiliares y/o tratamientos de los defectos de la refracción visual Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto, lentes tóricos, lentes intraoculares multifocales.
x) Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana.
y) Terapia biológica. Terapias génicas, epigenéticas o genéticas. Antifibróticos para fibrosis pulmonar.
z) Pruebas in vivo o in vitro para el diagnóstico alergológico. Tratamientos desensibilizantes para alergias.
aa) Tratamiento con hormona de crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud. Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para cualquier condición de salud osteoarticular.
bb) Score de calcio. Angiotomografía coronaria. SPECT cerebral.
cc) Estudios genéticos intra o extrauterinos. Ecografías genéticas o morfológicas. Enfermedades huérfanas y raras.
dd) Asistencia anestesiológica en endoscopias fuera de sala de operaciones.
ee) Trasplante de órganos.
ff) Pruebas diagnósticas, medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o Sindrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias infecciosas oportunistas o neoplásicas.

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error (una o más de una vez), PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado solo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para acceder a este servicio, el ASEGURADO deberá descargar el APP SANNA en appstore, playstore o app Gallery, ya que está disponible para Android y IOS, o a través de la web www.sanna.pe

Para agendar una cita, el ASEGURADO debe seguir los siguientes pasos:

a) Ingresar a la opción “CITA VIRTUAL”.
b) Seleccionar “DR ONLINE”.
c) Elegir el horario de cita que más se acomode a su necesidad y disponibilidad.
d) Registrar sus síntomas y reservar su cita.
e) Conectarse a la hora agendada a través de la sección “Mis Citas” dando click en el botón “Unirse a videollamada”.

4. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ATENCIONES HOSPITALARIAS

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **ACCIDENTE**
  Lesión corporal que sufra el ASEGURADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**
  Toda lesión corporal producida por un ACCIDENTE y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

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

- **ENFERMEDAD**
  Toda alteración del estado de SALUD, de causa no accidental.

- **EVENTO HOSPITALARIO**
  Se considera como EVENTO HOSPITALARIO cada reclusión o internamiento de una persona registrada como paciente en un hospital o clínica por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una ENFERMEDAD, ACCIDENTE o emergencia médico-quirúrgica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **SALUD**
  Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

2. ALCANCE

Por la presente cláusula adicional, se otorga al ASEGURADO un servicio para contar con atenciones hospitalarias y/o quirúrgicas en cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS para este seguro y bajo la modalidad de atención, especificada en las condiciones particulares pagando solamente los DEDUCIBLES y/o COASEGUROS que ahí se establezcan, y bajo las condiciones de atención que se señalen en dicho documento.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. PERIODO DE ESPERA Y DE CARENCIA

Esta cobertura tiene un periodo de carencia y de espera señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Son periodos de tiempo en los cuales se considera que la cobertura no se activa. Las enfermedades y condiciones médicas tendrán cobertura luego que culminen los periodos de espera señalados.

4. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

No se cubre:

a) **Preexistencias, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, o por un plan de EPS, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
b) **Cáncer.**
c) **Maternidad.**
d) **Medicina alternativa, complementaria, integrativa, funcional y/o tradicional.**
e) **Cuidados particulares de enfermería.**
f) **Odontología.**
g) **Albúmina humana, inmunoglobulina humana intravenosa, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell).**
h) **En los casos de hospitalización: gastos del acompañante, teléfono, internet, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.**
i) **Pruebas diagnósticas (laboratorio, imágenes y/u otros estudios) o tratamientos (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de, y otros precisados a continuación:**

    i. **Toda prueba, medicamento, equipo, dispositivo, implante, procedimiento o insumo médico utilizado que no haya sido aprobado por la FDA o EMA para el diagnóstico correspondiente.**
    ii. **Los que no se consideren médicamente necesarios.**
    iii. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos aprobados por la FDA o EMA, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.**
    iv. **Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren expresamente indicados en este Artículo como excluidos.**
    v. **Medicamentos utilizados con fines placebo. Edulcorantes.**
    vi. **Recursos terapéuticos naturales, cualquiera sea su forma de presentación.**
    vii. **Pruebas diagnósticas, tratamientos o procedimientos experimentales.**

j) **Productos de higiene personal, manoplas, ropa descartable para cuidadores o visitantes. Equipos de Protección personal (EPP) para cuidadores o visitantes.**
k) **Leches maternizadas, fármaconutrientes, fórmulas hipoalergénicas, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, hepatoprotectores, reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales, vitaminas, minerales, carboximaltosa de hierro. Nutrición enteral o parenteral en domicilio.**
l) **Medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria, secundaria o terciaria.**
m) **Terapia biológica. Inmunoestimulantes. Vacunas.**

n) **Prótesis externas e internas. Órtesis.**
o) **Compra o alquiler de equipos médicos tales como: glucómetros, bombas de infusión, bombas de insulina (ni sus insumos), equipo de monitoreo continuo de glucosa, termómetros, tensiómetros, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, dispositivos CPAP/BiPAP, estimulador de crecimiento óseo, neuro estimuladores cerebrales o espinales.**
p) **Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético (hereditario o no hereditario), identificados o no al nacer.**
q) **Medicamentos, procedimientos, o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Secuelas, consecuencias o complicaciones de cirugía bariátrica (hernias, reflujos, esofagitis, malabsorción, fístula, síndrome adherencial, suboclusión intestinal, entre otras). Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.**
r) **Cirugía plástica: estética, o reconstructiva.**
s) **Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de prótesis.**
t) **Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.**
u) **Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.**
v) **Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo: de alcohol, psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por un profesional de la salud en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.**
w) **Complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos excluidos por esta Póliza.**
x) **Terapias génicas o genéticas. Antifibróticos para fibrosis pulmonar.**
y) **Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, StarClose, entre otros).**
z) **Paneles de diagnóstico rápido de patógenos múltiples para infecciones (Filmarray, Verigene, Maldi-Tof)®. Kits de inmunofluorescencia de virus respiratorios (Influenza A-B, parainfluenza 1-2-3 y virus sincitial respiratorio).**
aa) **Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias. Sistemas tipo Venaseal® ni medias para várices. Terapia láser para hemorroides. Excepción: Para el diagnóstico de várices de venas safenas: flebectomía quirúrgica, escleroterapia o láser endoluminal. Para el diagnóstico de Ulcera Varicosa Activa: ligadura de venas perforantes.**
bb) **Dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin sea implantarlo) del tipo separadores interespinosos e invertebrales. Procedimientos mínimamente invasivos ablativos con químicos, ozono, láser o radiofrecuencia: Nucleoplastía, discectomía o discolisis, proloterapia, biacuplastía, aguja seca, analgesia post quirúrgica con bloqueos nerviosos. Excepción: bloqueos radiculares, y a nivel facetario: Neurotomía, neurolisis y bloqueos. Vertebroplastías: en fracturas dolorosas de columna.**
cc) **Monitores de profundidad anestésica (Sensor BIS, Conox, entre otros). Oximetría cerebral no invasiva.**
dd) **Embolización arterial prostática.**

ee) **Trasplante de órganos.**
ff) **Surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicosomático).**
gg) **Terapia génica o genética para cualquier diagnóstico o condición de salud.**
hh) **Pruebas diagnósticas, medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o Sindrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias infecciosas oportunistas o neoplásicas.**

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error (una o más de una vez), PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado solo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

5. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, solo tiene que presentar al proveedor médico afiliado su documento de identidad. El proveedor médico afiliado solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS, con un mínimo de tres (3) días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia. La carta de garantía es la autorización escrita que PACÍFICO SEGUROS otorga al proveedor médico para realizar la atención médica luego de validar cobertura de acuerdo con las condiciones de su Póliza. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

Siempre y cuando la atención hospitalaria y/o quirúrgica esté cubierta, PACÍFICO SEGUROS otorgará la carta de garantía solicitada por el proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS, en el plazo máximo de tres (3) días de solicitada por el proveedor.

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

6. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE AMBULANCIA POR EMERGENCIA

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **ACCIDENTE**
  Lesión corporal que sufra el ASEGURADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**
  Toda lesión corporal producida por un ACCIDENTE y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

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

- **ENFERMEDAD**
  Toda alteración del estado de SALUD, de causa no accidental.

- **SALUD**
  Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

2. ALCANCE

En caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o MÉDICO-QUIRÚRGICA, el ASEGURADO podrá solicitar un servicio de unidades móviles a domicilio dentro de las ciudades y de acuerdo con las condiciones establecidas en las condiciones particulares, durante las 24 horas y todos los días del año. **Tiene limitaciones geográficas detalladas en las condiciones particulares.**

Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria, hospitalaria o de emergencia, siempre y cuando se hayan contratado dichas coberturas.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para acceder al servicio de ambulancias en situaciones de EMERGENCIA, el ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Emergencia y Asistencia al teléfono que aparece en las condiciones particulares. **Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en las condiciones particulares y está sujeto a la disponibilidad de los proveedores en el lugar de la emergencia.**

4. PERIODO DE CARENCIA

No aplica el periodo de carencia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE EMERGENCIAS

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **ACCIDENTE**
  Lesión corporal que sufra el ASEGURADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**
  Toda lesión corporal producida por un ACCIDENTE y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

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

- **ENFERMEDAD**
  Toda alteración del estado de SALUD, de causa no accidental.

- **SALUD**
  Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

2. ALCANCE

En caso de emergencia, el ASEGURADO puede acudir a cualquier proveedor médico afiliado a la red de proveedores médicos indicados en las condiciones particulares. Solo aplica en territorio nacional del Perú.

La EMERGENCIA puede ser ACCIDENTAL o MÉDICO QUIRÚRGICA. Para que sea considerada emergencia debe ser atendida dentro del plazo máximo de 24 horas de ocurrida. La definición de EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL será responsabilidad del Médico evaluador al momento de la atención. **Dicha atención, de no ser considerada una EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL, no dispondrá de cobertura bajo este beneficio y de ser el caso se atenderá de acuerdo con las condiciones ambulatorias y hospitalarias, siempre y cuando se hayan contratado dichas coberturas.**

La atención de la EMERGENCIA ACCIDENTAL o MÉDICO QUIRÚRGICA será atendida bajo las condiciones establecidas en las condiciones particulares.

El presente beneficio no cubre los gastos derivados de atenciones ambulatorias, hospitalarias y/o cirugías, inclusive si son como consecuencia de la EMERGENCIA ACCIDENTAL o MÉDICO QUIRÚRGICA. Es decir, solo cubre las atenciones brindadas en el área/servicio de emergencia del prestador.

Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, siempre y cuando se hayan contratado dichas coberturas.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. PERIODO DE CARENCIA

No aplica el periodo de carencia señalado en las condiciones particulares de la póliza.

4. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

No se cubre:

a) **Preexistencias, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, o por un plan de EPS, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**
b) **Urgencias.**
c) **Enfermedades crónicas estables.**
d) **Cáncer**
e) **Maternidad.**
f) **Patologías congénitas o hereditarias.**
g) **Tratamientos de odontología.**
h) **Emergencias a consecuencia del consumo de alcohol o drogas ilícitas.**
i) **Lesiones autoinfligidas.**
j) **Terapia génica o genética para cualquier diagnóstico o condición de salud.**
k) **Pruebas diagnósticas, medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o Sindrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias infecciosas oportunistas o neoplásicas.**

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error (una o más de una vez), PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado solo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

5. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para atención de emergencias, el ASEGURADO solo tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS su documento de identidad para verificar la cobertura.

6. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las Condiciones Generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE PAGO POR PARTO

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **ABORTO**
  Interrupción prematura del EMBARAZO que se presenta antes de la semana 20 de gestación.

- **EMBARAZO**
  Estado de gravidez de la mujer; período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del PARTO o ABORTO.

- **PARTO**
  Salida del feto o fetos en un solo evento del cuerpo materno naturalmente o por cesárea que se presenta a partir de la semana 20 de gestación, dando por finalizado el EMBARAZO.

2. ALCANCE

PACIFICO SEGUROS pagará al ASEGURADO la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, en caso de PARTO durante la vigencia de la Póliza, sea vaginal o por cesárea, y siempre que el EMBARAZO haya sucedido durante la vigencia de la Póliza luego de transcurrido el periodo de carencia indicado en las condiciones particulares. La suma a pagar es por un evento de PARTO, así hubiera más de un feto. En caso de aborto, no hay derecho a esta cobertura.

La edad límite de ingreso y permanencia del asegurado se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. PERIODO DE CARENCIA

Para esta cobertura aplica el periodo de carencia señalado en las Condiciones Particulares de la póliza. Es el periodo de tiempo en el cual el ASEGURADO no contará con la cobertura especificada en esta cláusula adicional.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

El ASEGURADO deberá solicitar la cobertura dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del parto o desde que tiene conocimiento de la existencia del beneficio, según corresponda.

El ASEGURADO deberá entregar los siguientes documentos:

a) DNI o documento de identidad del Asegurado.
b) Hoja de liquidación por el gasto del parto natural o cesárea.
c) Copia del certificado de Nacido Vivo o de Defunción Fetal, según corresponda.

El medio de comunicación y de entrega de documentos sustentatorios se especifica en las condiciones particulares.

PACIFICO SEGUROS pagará la suma asegurada en caso se verifique la ocurrencia del EMBARAZO y PARTO en los términos establecidos en este documento.

PACIFICO SEGUROS procederá con el pago dentro del plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha en que recibió la documentación sustentatoria completa, la misma que está referida únicamente a la comprobación de la ocurrencia del siniestro cubierto.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **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.

- **CÁNCER PRIMARIO**
  Es aquel CÁNCER que no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la Póliza.

- **DIAGNÓSTICO**
  Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, incluyendo el informe histopatológico del paciente.

- **INFORME ANÁTOMO-PATOLÓGICO HISTOLÓGICO**
  Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico anátomo patólogo, acreditado con número del Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE).

2. ALCANCE

PACIFICO SEGUROS pagará al ASEGURADO una indemnización por el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares (Tabla de Beneficios), en caso sea diagnosticado con CÁNCER PRIMARIO durante la vigencia de la Póliza y haya transcurrido el periodo de carencia, siempre que la causa de la enfermedad no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las condiciones generales, el presente beneficio no pagará la indemnización cuando el Cáncer ocurra como consecuencia de:

a) **Cáncer de la piel, a excepción de melanoma maligno y linfoma cutáneo.**
b) **Cáncer asociado a VIH/Sida.**
c) **Cáncer preexistente y sus secuelas.**
d) **Cualquier diagnóstico de Cáncer previo a la contratación del seguro.**

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

El ASEGURADO deberá dar aviso a PACIFICO dentro los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la enfermedad de Cáncer o de la existencia del beneficio, según corresponda.

El ASEGURADO deberá entregar los siguientes documentos:

a) Copia de su Documento Nacional de Identidad / Carné de Extranjería.
b) Original del Informe anátomo-patológico histológico (APH) de biopsia positivo, realizado por un médico patólogo acreditado con número del Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE).

El medio de comunicación y de entrega de documentos sustentatorios se especifica en las condiciones particulares (tabla de beneficios).

PACIFICO SEGUROS pagará la suma asegurada en caso se verifique el diagnóstico de la enfermedad de CÁNCER PRIMARIO durante la vigencia y en los términos establecidos en este documento.

En caso el resultado de APH no fuera concluyente de cáncer o se tratase de un tumor no biopsiable, PACIFICO SEGUROS podrá solicitar exámenes adicionales que puedan confirmar la presencia del cáncer: ejemplo marcadores tumorales, examen inmunohistoquímico, tomografía y/o resonancia, endoscopía y/o colonoscopía, para la decisión de aprobación o rechazo del beneficio. La solicitud de exámenes adicionales se realizará dentro de los primeros 20 días de los 30 días que tiene para aprobar o rechazar el siniestro. El costo de los exámenes adicionales será asumido por el ASEGURADO.

PACIFICO SEGUROS procederá con el pago de la indemnización dentro del plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha en que recibió la documentación sustentatoria completa, la misma que está referida únicamente a la comprobación de la ocurrencia del siniestro cubierto.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE ODONTOLOGÍA

1. ALCANCE

Esta cobertura otorga atenciones relativas al cuidado de la salud bucal que se lleven a cabo por un profesional de la salud Cirujano Dentista, con número de colegiatura correspondiente, en los proveedores odontológicos afiliados y bajo las condiciones señaladas en la tabla de beneficios de la póliza que forma parte del Condicionado Particular o en el certificado de seguro, según corresponda, pudiendo aplicar deducibles por pieza tratada y terminada y coaseguros. Específicamente se cubre lo siguiente: consulta odontológica y/o examen clínico, odontograma, extracciones simples, profilaxis y obturaciones en resina cualquier superficie en piezas dentarias anteriores o posteriores. Se consideran obturaciones hasta con un máximo de 03 superficies por pieza dentaria, sin compromiso de más del 50% del volumen dentario de la misma.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. PERIODO DE CARENCIA

Esta cobertura tiene un periodo de carencia descrito en las Condiciones Particulares de la Póliza, que será contado desde la fecha en que el ASEGURADO contrate el seguro. Es decir, durante el tiempo señalado no se otorgará la cobertura aquí descrita.

3. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las condiciones generales, no se cubre:

a. **Procedimientos odontológicos diferentes a los que expresamente se encuentran amparados por esta cláusula adicional.**
b. **Atenciones odontológicas en un prestador que no forme parte de la red de prestadores de la póliza.**
c. **Cirujano odontólogo a domicilio ni telefónico.**
d. **Cirugías relacionadas a la estructura dental (pieza dentaria, alveolo y hueso alveolar, encía y tejido periodontal), independiente del profesional de la salud que la practique. Tampoco se cubren los implantes dentales, ortodoncia, los gastos relacionados con la higiene bucal ni las prótesis dentales. No se cubren cirugías ortognáticas.**
e. **Todo procedimiento o terapia o rehabilitación odontológica del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria tales como, pero no limitado a, odontología estética y tratamiento de periodoncia y ortodoncia.**
f. **Pruebas diagnósticas, tratamientos o dispositivos para condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular.**
g. **Gastos odontológicos y/o relacionados originados por una emergencia accidental.**

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error (una o más de una vez), PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito

al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado solo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para acceder a esta cobertura, el ASEGURADO deberá realizar lo siguiente:

a. Sacar cita para la atención por odontología en cualquiera de los Centros Odontológicos descritos en la Tabla de Beneficios.
b. Acudir al Centro Odontológico en el que reservó cita para la atención ambulatoria.
c. Presentar el original de su Documento Nacional de identidad.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE OFTALMOLOGÍA

1. ALCANCE

Este beneficio dispone la cobertura de atenciones ambulatorias en la especialidad de oftalmología según la disponibilidad de los proveedores médicos afiliados.

La presente cobertura se brinda en los Centros Oftalmológicos conforme a las condiciones señaladas en la tabla de beneficios que forma parte de las condiciones particulares o en el certificado de seguro, según corresponda.

En caso el ASEGURADO haya contratado las coberturas para atenciones ambulatorias y hospitalarias, podrá atenderse en la Red de Clínicas descrita en la Tabla de Beneficios, conforme a las condiciones ahí señaladas.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. PERIORO DE CARENCIA

Esta cobertura tiene un periodo de carencia descrito en las Condiciones Particulares de la Póliza, que será contado desde la fecha en que el ASEGURADO contrate el seguro. Es decir, durante el tiempo señalado no se otorgará la cobertura aquí descrita.

3. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las condiciones generales, el seguro no cubre:

a) **Excimer láser u otras modalidades de cirugía refractiva de miopía, hipermetropía y astigmatismo.**
b) **Pruebas auxiliares de los defectos de la refracción visual.**
c) **Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto, lentes tóricos, lentes intraoculares multifocales.**

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error (una o más de una vez), PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado solo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para acceder a esta cobertura, el ASEGURADO deberá realizar lo siguiente:

a. Sacar cita para la atención por oftalmología en cualquiera de los Centros Oftalmológicos o Red de Clínicas descritos en la Tabla de Beneficios.
b. Acudir al Proveedor Médico Afiliado en el que reservó cita para la atención ambulatoria.

c. Presentar el original de su Documento Nacional de identidad.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE CHEQUEO PREVENTIVO VIRTUAL

1. ALCANCE

La cobertura se extiende a otorgar el servicio de Chequeo Preventivo Virtual, mediante el cual los Asegurados mayores de 18 años podrán recibir una teleorientación médica y realizarse exámenes de laboratorio en la comodidad de su hogar, una vez al año durante la vigencia de la Póliza.

Esta cobertura está condicionada y limitada a la disponibilidad de horarios y alcance geográfico de los proveedores, los mismos que se detallan en la TABLA DE BENEFICIOS o en el certificado de seguro, según corresponda.

El Chequeo Preventivo Virtual brinda información de los posibles riesgos que afectan la salud, **no reemplaza una atención médica presencial, no brinda diagnósticos definitivos de alguna enfermedad, no brinda prescripciones de recetas de medicamentos** y puede incluir una redirección a otro nivel de atención médica. Para descartar un riesgo hallado es importante acudir a una consulta médica presencial, de acuerdo con las recomendaciones que se indican en el Informe Médico del chequeo preventivo remitido.

Términos y condiciones del servicio en el siguiente link:
www.pacifico.com.pe/programas-salud/chequeos#chequeopreventivo

La edad límite de ingreso y permanencia del asegurado se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

El ASEGURADO debe seguir los siguientes pasos:

a) Llamar al proveedor afiliado de su preferencia, quien brindará la cita de acuerdo a disponibilidad.
b) Luego de la evaluación, se brindará la orden para exámenes de laboratorio, de ser el caso.
c) Un asesor se contactará para brindar la fecha de la cita de laboratorio.
d) Un técnico de laboratorio visitará el domicilio del ASEGURADO para los exámenes correspondientes.
e) Un asesor se comunicará con el ASEGURADO para coordinar la fecha de su teleorientación médica.
f) Seguir las instrucciones el día de la teleorientación médica.

El día de la atención virtual, el médico le solicitará al ASEGURADO sus datos personales, antecedentes médicos y hábitos. Esto permitirá realizar una correcta evaluación de su estado de salud. Al finalizar, el médico realizará la lectura e interpretación de los resultados de laboratorio y brindará consejería en salud.

3. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

1. ALCANCE

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular y siempre que dicho evento no esté comprendido dentro de las exclusiones, PACIFICO SEGUROS asumirá las primas del seguro correspondientes a todos los Asegurados Dependientes bajo la presente Póliza incluidos previamente a la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular, por el periodo establecido en las condiciones particulares.

Cumplido el periodo establecido en las condiciones particulares, los dependientes pueden continuar con el seguro pagando la prima correspondiente.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza

2. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

No corresponde el beneficio de liberación de pago de primas por fallecimiento del asegurado titular en casos de:

a. **Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.**
b. **Participación en acto delictuoso o tipificado como delito, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.**
c. **Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.**
d. **La muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante y/o derechohabiente.**
e. **Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos por litro en la circunstancia del accidente.**
f. **El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas ilícitas.**
g. **Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
h. **Suicidio o por consecuencias posteriores a lesiones infligidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la última rehabilitación convencional.**
i. **Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los derechohabientes, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) derechohabiente(s) responsable(s). De existir otros derechohabientes designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.**
j. **Enfermedad o dolencia preexistente, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca,**

Seguros y AFP´s, o por un plan de EPS, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.

3. PERIODO DE CARENCIA

No aplica el periodo de carencia señalado en las condiciones particulares de la póliza.

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Para acceder a esta cobertura se deberá solicitar la activación de la cobertura presentando a PACIFICO SEGUROS una solicitud y el certificado de defunción del ASEGURADO TITULAR, en un plazo máximo de 30 días calendario contados desde la fecha de su fallecimiento. El beneficio se activará siempre y cuando el motivo del fallecimiento haya sido materia de cobertura bajo la presente póliza.

PACIFICO SEGUROS procederá a emitir una nueva Póliza de Seguro manteniendo las condiciones anteriormente contratadas, por el plazo indicado en la tabla de beneficios, sin cobro de prima. En la nueva póliza se hará referencia a la activación de esta cobertura (período de liberación de pago de primas, según corresponda) la misma que se contará desde la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular.

En caso se solicite esta cobertura dentro de los 6 meses, se realizará la emisión de la nueva póliza retroactivamente contando desde la fecha del fallecimiento. Para tal efecto, se deberá presentar la Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR SEPELIO

1. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **MUERTE ACCIDENTAL**
  Se entiende por muerte accidental aquella producida por todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que obra súbitamente sobre el Asegurado y que pueda ser determinado por los médicos de una manera cierta.

- **MUERTE NATURAL**
  Se entiende por muerte natural el deceso del Asegurado por cualquier causa, con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

2. ALCANCE

PACIFICO SEGUROS pagará a los derechohabientes legales una indemnización por el monto de la suma asegurada establecida en la tabla de beneficios, en caso de fallecimiento del ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones.

La edad límite de ingreso y permanencia del ASEGURADO se encuentra señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones descritas en las condiciones generales de la póliza, no se pagará la indemnización cuando la causa del fallecimiento sea por o como consecuencia de:

a. **Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; actividad y/o servicio militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.**
b. **Participación en acto delictuoso o tipificado como delito, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte.**
c. **Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.**
d. **En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante y/o derechohabiente.**
e. **Estado etílico del Asegurado, con presencia de alcohol en la sangre en proporción mayor de 0.5 gramos por litro en la circunstancia del accidente.**
f. **El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas ilícitas.**
g. **Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva.**
h. **Suicidio o por consecuencias posteriores a lesiones infligidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro o desde la última rehabilitación convencional.**
i. **Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los derechohabientes, De existir otros derechohabientes designados, no responsables de dicho**

acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

j. **Enfermedad o dolencia preexistente, no considerándose como tales a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP´s, o por un plan de EPS, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.**

4. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Los derechohabientes deberán comunicar el fallecimiento dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia, o de la existencia del beneficio. Asimismo, deberán suministrar a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del deceso y la forma en que se produjo.

Los derechohabientes, acreditando su calidad de tales, deberán presentar el original o copia certificada notarialmente de los siguientes documentos:

Cuando el fallecimiento ocurra por causas naturales:

- Partida de defunción o acta de defunción
- Certificado médico de defunción completo
- Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada
- Copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos

Cuando el fallecimiento ocurra por causas accidentales:

- Partida de defunción o acta de defunción
- Certificado médico de defunción completo
- Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada
- Protocolo de Necropsia de Ley completo, en caso corresponda
- Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen
- Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, cuando corresponda
- Copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de fallecimiento y dentro de los veinte (20) días siguientes de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula, PACIFICO SEGUROS se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los derechohabientes prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los derechohabientes o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de PACIFICO SEGUROS, excepto los derivados del médico representante de los derechohabientes o sucesores.

Se precisa que PACIFICO SEGUROS pondrá a disposición de los beneficiarios sus canales de orientación para proporcionar detalles sobre la forma de obtener la documentación señalada para solicitar la cobertura, no obstante tratarse de información oficial que es de dominio público.

5. ORDEN

Todos los demás términos y condiciones señalados en las condiciones generales y demás documentos de la Póliza quedarán inalterables, en tanto no se opongan a los términos establecidos en la presente Cláusula Adicional.