MEDICVIDA INTERNACIONAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

1. Objeto del seguro
2. Evaluación de asegurabilidad
3. Personas aseguradas
4. Beneficio máximo anual por persona
5. Períodos de carencia y espera
6. Gastos cubiertos
7. Coberturas
8. Gastos no cubiertos y exclusiones
9. Pagos a cargo del asegurado

CONDICIONES OPERATIVAS

10. Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú
11. Procedimiento para solicitar la cobertura en el extranjero
12. Relación de proveedores médicos afiliados a Pacífico Seguros en el Perú
13. Pago de beneficios
14. Tarifa para pagos por atención bajo la modalidad de reembolso

CONDICIONES LEGALES

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

37. Información médica e historia clínica
38. Comunicaciones y domicilio de las partes
39. Prescripción liberatoria
40. Mecanismo de solución de controversias
41. Defensoría del asegurado
42. Tributos
43. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
44. Cesión de Cartera
45. Base legal

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración Jurada de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, así como con los resultados de la evaluación de ASEGURABILIDAD, en los casos que corresponda; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y sus documentos Anexos (CONDICIONES DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA MEDICA
Y DEL VIAJERO EN EL EXTRANJERO), así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales y Endosos que se adjunten; PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, en adelante denominada PACÍFICO SEGUROS, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y en caso los tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscritos(s) en la Póliza, en adelante el ASEGURADO, contra los riesgos de ENFERMEDAD y ACCIDENTE, con sujeción a la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

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

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°
OBJETO DEL SEGURO

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

Artículo 2°
EVALUACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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

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

Si el ASEGURADO ha pasado por una evaluación de ASEGURABILIDAD a requerimiento de PACÍFICO SEGUROS antes de la emisión de la Póliza, toda la

información obtenida pasará a formar parte del archivo personal de SALUD del ASEGURADO.

Artículo 3°
PERSONAS ASEGURADAS

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

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

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

El hijo recién nacido de madres cuyo PARTO tenga derecho de cobertura bajo esta póliza y haya ocurrido durante su vigencia, podrá ser incluido en el seguro desde el primer día de nacido, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia y espera. Si la SOLICITUD DE SEGURO es presentada con posterioridad a los 30 días las coberturas se activarán a partir de la fecha de la solicitud. Los hijos adoptados y los hijos del(la) cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR podrán ser incluidos en el seguro desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a PACÍFICO SEGUROS la SOLICITUD DEL SEGURO dentro de los sesenta (60) días calendario posteriores a ello. Esta condición no aplica si el único ASEGURADO de la póliza es el Padre.

Asimismo, el/la cónyuge o conviviente al(a) que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, sólo podrá ser incluido(a) en el seguro desde el primer día de haber adquirido el estado civil o derecho legal correspondiente, debiendo el ASEGURADO TITULAR solicitar su inclusión a PACIFICO SEGUROS y cumplir con los requisitos señalados en el primer párrafo de este artículo. Para ello, PACIFICO SEGUROS podrá solicitar los documentos que acrediten dicha condición civil.

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

Artículo 4º
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA
Los gastos pagados por PACÍFICO SEGUROS durante la vigencia anual de la Póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

También se podrán considerar límites máximos para algunas coberturas indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza.

Artículo 5°
PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA

a) Período 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.

Las condiciones de SALUD que se presenten dentro de este periodo no serán cubiertas durante la vigencia de la Póliza siendo susceptibles de ser excluidas formalmente de la cobertura a través del endoso correspondiente.
Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las siguientes EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS: apendicitis, ENFERMEDAD cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), SINDROME CORONARIO AGUDO, salvo que las ENFERMEDADES mencionadas sean consideradas preexistentes en cuyo caso no serán materia de cobertura.

b) Período de Espera

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

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

El período de espera aplica para las siguientes condiciones de salud y será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la presente póliza.

1. Para toda condición de gestación o EMBARAZO, incluyendo las consultas pre-natales, exámenes auxiliares, COMPLICACIONES DEL EMBARAZO así como las del PARTO y del PUERPERIO.

2. Para TRASPLANTE de órganos y tejidos, incluyendo la consulta, hospitalización, exámenes auxiliares, tratamientos y complicaciones tanto del donante elegido como del receptor.

3. Para las siguientes ENFERMEDADES y PROCEDIMIENTOS, incluyendo pruebas diagnósticas, TRATAMIENTOS, COMPLICACIONES y sus CONSECUENCIAS:

   a) ENFERMEDADES del útero, trompas y ovarios.
   b) ENFERMEDADES de la mama (con excepción de cáncer de mama, el mismo que iniciará luego de terminado el período de carencia) .
   c) ENFERMEDADES de la columna vertebral, incluyendo hernias del núcleo pulposo, estenosis espinal, listesis, aplastamiento vertebral, compresión medular y radicular, que requieran intervenciones invasivas o quirúrgica.
   d) Hemorroides.
   e) Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; ENFERMEDADES de la vesícula biliar.
   f) Cirrosis hepática.
   g) Litiasis del sistema urinario.
   h) Adenoma de próstata.
   i) Catarata, glaucoma, degeneración macular húmeda.
   j) ENFERMEDADES tiroideas.
   k) ENFERMEDAD cerebrovascular (con excepción del accidente cerebro vascular aguda, isquémico o hemorrágico).
   l) ENFERMEDAD cardiovascular incluida la dislipidemia (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable).
   m) Hipertensión arterial.
   n) Asma.
   o) Diabetes Mellitus.
   p) Hiperhidrosis.
   q) Osteoporosis.
   r) Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
   s) Procedimiento de Artroscopía (exceptuando los casos de EMERGENCIA ACCIDENTAL).
   t) Procedimiento de Litotricia (urológico o biliar).
   u) Polisomnografía.
   v) Hernia de todo tipo.
   w) Esclerosis múltiple.

4. Las ENFERMEDADES a consecuencia del Virus del VIH y Hepatitis C, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

5. Las ENFERMEDADES relacionadas a patologías o condiciones congénitas no diagnosticadas, el periodo de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

6. Cirugía profiláctica del cáncer de mama y ovario, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

El período de Espera y las excepciones indicadas en el numeral 3 aplican solamente a ENFERMEDADES que no sean preexistentes.

Los períodos de carencia y/o de espera, se darán por cumplidos en el supu esto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos de seguro anteriores, ya sea con PACIFICO SEGUROS o con la otra compañía de seguros donde haya estado cubierto el ASEGURADO con un seguro de asistencia médica durante el periodo inmediato anterior al presente contrato, según lo indicado en las CONDICIONES ESPECIALES de la póliza.

Artículo 6°
GASTOS CUBIERTOS
Esta Póliza cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD, condición médica o ACCIDENTE bajo cobertura, sea por atención médica hospitalaria o ambulatoria, en el país o en el extranjero y hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO.

Las coberturas están sujetas a los DEDUCIBLES, COASEGUROS y límites máximos por cobertura que se establezcan en la TABLA DE BENEFICIOS. En caso se haya contratado la póliza con DEDUCIBLE ANUAL, el seguro empieza a regir luego de consumirse el monto señalado para dicho deducible.

A tales efectos el ASEGURADO deberá hacer uso del servicio de atención al crédito para los casos de atención médica hospitalaria y/o ambulatoria, así como para las coberturas señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, exclusivamente en las redes de PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS para estos servicios o bajo la modalidad de atención a REEMBOLSO, según las condiciones que se indican en la TABLA DE BENEFICIOS. No se cubrirá el uso de ambas modalidades en simultáneo para una misma atención salvo convenio establecido con los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS.

a) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:

- Habitación individual o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el DIAGNÓSTICO y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.
- Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado, siendo suficiente la solicitud y justificación del médico a cargo del tratamiento.
- Yeso acrílico.
- Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) donante(s) calificado(s), incluyendo

los exámenes de compatibilidad sanguínea y los exámenes de descarte de ENFERMEDADES infecciosas de transmisión por hemoderivados de las unidades utilizadas.

b) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al DIAGNÓSTICO y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible para un adecuado DIAGNÓSTICO y tratamiento.
- En caso de una CIRUGÍA AMBULATORIA se cubrirá bajo condiciones ambulatorias de la red de prestadores médicos afiliados.

Artículo 7°
COBERTURAS

En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona, se cubrirán hasta por los límites y condiciones establecidos para cada una de ellas en la TABLA DE BENEFICIOS de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por la presente Póliza y que se haya consumido el DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que el PLAN DE SEGURO del ASEGURADO contemple dicho deducible.

a. <u>EMERGENCIAS</u>

En caso de EMERGENCIA, en el Perú, el ASEGURADO puede optar por lo siguiente:

1) Solicitar el servicio de ambulancia a PACIFICO SEGUROS, según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, o
2) Acudir directamente a cualquier proveedor médico afiliado a la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS indicados en la TABLA DE BENEFICIOS.

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.

- Atención por EMERGENCIA ACCIDENTAL (al crédito y a reembolso)

Siempre que el manejo de la emergencia accidental sea de manera exclusivamente ambulatoria, los gastos serán cubiertos sin aplicación de DEDUCIBLE ni COASEGURO y hasta la rehabilitación del paciente por un período máximo de 60 días calendarios.
Si el asegurado requiere hospitalización y/o cirugía será cubier to bajo condiciones hospitalarias detalladas en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza.
Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, afectos al deducible y coaseguro correspondiente.

- Atención por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA (al crédito y a reembolso)

Siempre que el manejo de la emergencia médico-quirúrgica sea de manera

exclusivamente ambulatoria, los gastos serán cubiertos sin aplicación de DEDUCIBLE ni COASEGURO y hasta la estabilización del paciente, por un período máximo de 60 días calendarios.
Si el asegurado requiere hospitalización y/o cirugía será cubierto bajo condiciones hospitalarias detalladas en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza.
Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, afectos al deducible y coaseguro correspondiente.

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 deberá ser cubierta de acuerdo a las condiciones ambulatorias y hospitalarias establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS.

Son considerados una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O ACCIDENTAL los gastos médicos como consecuencia de:

- Paro cardíaco y/o respiratorio
- Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
- Pérdida de conocimiento súbito
- Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
- Heridas cortantes
- Diarreas severas
- Deshidratación aguda
- Vómitos reiterados
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos
- Envenenamiento
- Hemorragias
- ACCIDENTES cerebrovasculares agudos
- Asfixias de cualquier origen
- Quemaduras
- Crisis asmática
- Crisis hipertensiva
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Reacciones alérgicas
- ABORTO y/o AMENAZA DE ABORTO
- Trabajo de PARTO

Y cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de emergencia por los médicos o paramédicos tratantes según las definiciones de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA y EMERGENCIA ACCIDENTAL

Esta cobertura está condicionada a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO.

Bajo esta cobertura de EMERGENCIAS el ASEGURADO tiene acceso a:

- **Ambulancia por emergencia accidental o emergencia médico-quirúrgica**. Servicio de unidades móviles a domicilio dentro de las ciudades estable cidas en la TABLA DE BENEFICIOS durante las 24 horas y todos los días del año, sin

aplicación de DEDUCIBLE o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados. Tiene limitaciones geográficas detalladas en la TABLA DE BENEFICIOS

- **Ambulancia Aérea**
  Bajo las condiciones señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS. Para el uso de una AMBULANCIA AÉREA, se requiere de previa aprobación de PACÍFICO SEGUROS, en caso de que el tratamiento médico no pueda ser efectuado en el país donde el ASEGURADO esté hospitalizado, y siempre que su condición médica no le permita viajar en una línea aérea comercial de pasajeros, PACÍFICO SEGUROS hará las coordinaciones correspondientes para el transporte aéreo en un avión particular debidamente acondicionado con el personal y equipo médico adecuado según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. Se pagará el importe máximo establecido para esta cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza, debiendo el ASEGURADO asumir cualquier exceso. Se excluye todo gasto por transporte de familiares, médicos o de terceros.

Por esta cobertura, en el extranjero, el ASEGURADO tiene derecho a:

Asistencia al viajero en el extranjero:

A través del OPERADOR INTERNACIONAL, se otorga atención por emergencias médicas o accidentales, traslados médicos, asistencia por pérdida de equipaje, entre otros, al ASEGURADO que se encuentre como viajero en el extranjero.

Los alcances de esta cobertura se detallan en el Anexo “Condiciones del beneficio de asistencia médica y del viajero en el extranjero” de esta Póliza.

Los alcances de cada punto aquí señalados se detallan en las CONDICIONES DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA MEDICA Y DEL VIAJERO EN EL EXTRANJERO que se anexa a la póliza.

b. ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO solicitando una cita programada para atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el DEDUCIBLE establecido por CONSULTA.

Esta cobertura está condicionada a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO, cuyo tiempo de atención se informará en el momento de la solicitud de cobertura, siempre que se encuentr e dentro del ámbito geográfico señalado en las CONDICIONES PARTICULARES.

c. PROGRAMA DE MATERNIDAD

Se cubren los gastos del ASEGURADO TITULAR así como del cónyuge o conviviente inscritos como DEPENDIENTES bajo la presente Póliza por los servicios indicados y hasta los límites establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza a consecuencia del EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO y sus

complicaciones. Es condición indispensable para tener derecho a este beneficio haber transcurrido el periodo de espera indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Se precisa el párrafo anterior, para señalar que, para que las hijas inscritas como DEPENDIENTES en la Póliza, puedan acceder a esta cobertura, éstas deberán haber superado el periodo de espera señalado en la TABLA DE BENEFICIOS, y además deberán ingresar como aseguradas titulares en una nueva póliza, debiendo comunicar por escrito a PACIFICO SEGUROS, una vez enterada del embarazo.

En el Perú, la póliza cubre los servicios pre y post natales, el programa madre - niño de acuerdo con las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. Los beneficios se aplican para cada EMBARAZO cubierto por esta Póliza.

Este beneficio cubre los gastos del PARTO, sea vaginal o por cesárea, las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO y los gastos de atención inmediata del recién nacido sin complicaciones (pediatra en sala de PARTOS o sala de operaciones, sala de bebes de recién nacido normal, exámenes de laboratorio: grupo y factor, hematocrito, glucosa) hasta los límites especificados en la TABLA DE BENEFICIOS.

De acuerdo a las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza, en resumen, los beneficios que esta cobertura otorga, en el Perú son:

- Parto
- Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio
- Control y Perfil prenatal
- Programa madre-niño
- Screening neonatal
- Control Postnatal
- Control de niño sano
- Vacunas del programa ampliado de inmunización del Ministerio de Salud
- Crio preservación del cordón umbilical

Y en el Extranjero son, **precisándose que no están cubiertos los servicios pre y post natales**:

- Parto
- Complicaciones durante el embarazo

d. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Este seguro cubre los gastos por ENFERMEDADES oncológicas de acuerdo con las CONDICIONES GENERALES y las señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

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

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

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

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

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

COBERTURA ONCOLÓGICA ADICIONAL (Ver copagos y deducibles en la tabla de Beneficios)
Ensayos clínicos en curso y otras Guías Internacionales

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

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

Además, debe cumplir alternativamente alguno de los siguientes criterios:

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

GLOSARIO

Variable Clínica: Demostración estadísticamente significativa de incremento de la sobrevida global (tiempo transcurrido en meses desde el final del tratamiento, donde se verifica que aumenta la probabilidad de sobrevivir a la enfermedad con una determinada terapia).

Variables subrogadas: Aquellas variables que no son clínicas: son puntos intermedios que sirven como sustitutos de las medidas directas (variables clínicas); usualmente son medidas por signos físicos, resultados de laboratorio o imágenes. Se espera que predigan el efecto del tratamiento, pero pueden sobreestimar la relación beneficio/riesgo.

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

1. Haya sido prescrita o recomendada por un médico tratante.
2. Sea apropiada para el diagnóstico y/o tratamiento de la condición médica para la cual la solicitan, considerando los riesgos y beneficios para el paciente.

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

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

Para mayor información sobre la National Comprehensive CANCER Network (NCCN), acceder a la siguiente página web: www.nccn.org

Las enfermedades que se presenten en el ASEGURADO como INTERCURRENCIAS o COMPLICACIONES y que no guarden relación directa con la ENFERMEDAD del CÁNCER serán cubiertas bajo las condiciones ambulatorias y hospitalarias establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza, siempre que no formen parte de las EXCLUSIONES de la póliza.

En el caso de un CÁNCER de mama que involucre una Mastectomía Radical o Total, se incluye la cobertura de la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA como parte del tratamiento integral de dicho CÁNCER. Dicha cobertura aplica solamente para tratamientos en el Perú según la red de proveedores establecida para dicho fin y que se encuentra precisada en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

Se reconocerá la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA una sola vez por mama, sólo en el Perú, independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por CÁNCER de mama, aun cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezón. Se reconocerán las complicaciones de la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA excepto las que sean de índole estéticos. Se cubre segunda RECONSTRUCCIÓN MAMARIA, solo en caso la primera haya sido cubierta por esta póliza.

CUIDADOS PALIATIVOS DEL DOLOR EN EL HOGAR
Se otorga en forma temporal asistencia parcial o complementaria para el cuidado del ASEGURADO en el hogar, que incluye la implementación de una cama clínica mecánica, medicamentos, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro de pulso y oxígeno; siempre y cuando tenga la indicación del médico

oncólogo tratante. En caso sea médicamente necesario, podrá incluir serv icio de técnica de enfermería hasta por un máximo de 12 horas sólo en horario diurno.

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

e. ODONTOLOGÍA EN EL PERÚ

Esta cobertura comprende la CONSULTA diagnóstica, radiografías, extracción simple, restauración directa (curación con resina en anteriores y amalgama en posteriores) y endodoncias, en los proveedores odontológicos y bajo las CONDICIONES PARTICULARES especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

f. OFTALMOLOGÍA EN EL PERU

Las ENFERMEDADES o cirugías de los ojos serán cubiertas como ambulatorio u hospitalario según corresponda y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

g. ENFERMEDADES CONGÉNITAS

1. **Diagnosticadas del recién nacido en póliza**

Están cubiertas bajo esta Póliza, las ENFERMEDADES, lesiones y/o defectos congénitos y adquiridos al nacer, así como aquellas de tipo genético hereditario, de los hijos recién nacidos de madres cuyo PARTO tenga derecho de cobertura por esta Póliza y que hayan sido inscritos en ésta dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de nacimiento. Las INTERCURRENCIAS, COMPLICACIONES y/o secuelas a consecuencia de las ENFERMEDADES congénitas serán cubiertas dentro de este beneficio hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

2. **No diagnosticadas**

Están cubiertas bajo esta Póliza, las ENFERMEDADES, lesiones y/o defectos congénitos adquiridos al nacer, así como aquellas de tipo genético hereditario, no diagnosticadas ni conocidas y siempre que no sean condiciones preexistentes antes de ingresar a la Póliza.

Las INTERCURRENCIAS, COMPLICACIONES y/o secuelas a consecuencia de las

ENFERMEDADES congénitas serán cubiertas dentro de este beneficio hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

h. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

Están cubiertas según la modalidad de atención, sea hospitalario o ambulatorio, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

No se cubren las epidemias que se encuentren bajo el control del Ministerio de SALUD o de alguna otra entidad gubernamental.

i. OSTEOPOROSIS

Se cubre los gastos de medicinas que requiera el ASEGURADO con el diagnóstico de OSTEOPOROSIS post menopáusica por densitometría ósea de cadera y columna, según las condiciones señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS.
Solo se cubre una densitometría al año. Solo mujeres mayores 60 años.
No se cubre OSTEOPOROSIS en varones.

j. VACUNA VIRUS DEL PAPILOMA HUMANA

Se cubre la vacuna para prevenir el virus del Papiloma Humano únicamente a mujeres entre 10 y 17 años, solo en Lima, de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares.

k. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

El ASEGURADO deberá notificar a PACÍFICO SEGUROS cuando se determine la necesidad de realizar un TRASPLANTE. **Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por o en relación a un procedimiento de TRASPLANTE que no haya sido previamente aprobado por PACÍFICO SEGUROS.**

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

1. Se otorgará luego del período de carencia y de espera señalados en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza.
2. En el Perú se otorgará sólo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y TRASPLANTE) del MINSA o de la entidad oficial encargada siempre que esté dentro de la red de clínicas afiliadas, de lo contrario la atención será a reembolso. Y en el extranjero se otorgará sólo en establecimientos acreditados por las leyes de sus respectivos países.

3. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.
4. En relación con los gastos del DONANTE CALIFICADO, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para TRASPLANTE de órganos humanos del donante y del receptor. **No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.**

5. Los únicos TRASPLANTES de órganos que están cubiertos para este beneficio son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea autólogo y alogénico e hígado.

6. Los beneficios están limitados al monto de la cobertura señalado en la TABLA DE BENEFICIOS. Un TRASPLANTE de dos órganos o tejidos realizados durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo TRASPLANTE. Los beneficios para la repetición de TRASPLANTE de un mismo órgano o tejido (un TRASPLANTE realizado por segunda vez debido al fracaso de un TRASPLANTE inicial), solo serán pagaderos si PACÍFICO SEGUROS lo aprueba como MÉDICAMENTE NECESARIO.

7. Aplican exclusiones específicas. Ver artículo GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES.

8. El ASEGURADO tendrá cobertura en habitación burbuja (ambiente protegido por flujo laminar) durante el procedimiento del trasplante de médula como receptor. No se cubre habitación burbuja para el donante.

l. <u>PRÓTESIS QUIRÚRGICAS Y STENT (PRÓTESIS ENDOVASCULAR)</u>

Este seguro cubre el valor de las PRÓTESIS INTERNAS que sean quirúrgicamente necesarias, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. No se cubren PRÓTESIS externas salvo las dentales en caso de una EMERGENCIA ACCIDENTAL.

m. <u>SEGUNDA OPINIÓN MEDICA NACIONAL</u> (para CIRUGÍA PROGRAMADA)

Se brinda la oportunidad de reevaluar la necesidad de una cirugía propuesta por el médico del ASEGURADO que consiste en una evaluación médica donde obtendrá otra opinión que lo ayudará a decidirse sobre la cirugía propuesta. Para ello, PACÍFICO SEGUROS presentará una terna de médicos especialistas para que el ASEGURADO elija a uno de ellos

Sólo se cubre la CONSULTA. **No se cubren los exámenes auxiliares ni tratamientos adicionales que el médico evaluador pudiera sugerir; tampoco el viaje del paciente ni de sus familiares.**

n. <u>SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL</u>

Debido a que algunos casos presentan dificultad diagnóstica o terapéutica (pre via validación de Auditoría Médica de PACÍFICO SEGUROS), ya sean médicos o quirúrgicos, se brinda la oportunidad de obtener la opinión y sugerencias de médicos especialistas en el tema que laboran en el extranjero los cuales forman parte de un grupo consultor sugerido por el OPERADOR INTERNACIONAL de PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO no puede realizar el proceso indicado precedentemente en forma

directa. Este beneficio no está sujeto a REEMBOLSO.

Este beneficio no incluye el viaje del ASEGURADO ni de sus familiares, ni la evaluación del ASEGURADO, sólo el envío del expediente médico el cual debe ser entregado por el ASEGURADO traducido al idioma inglés.

o. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH

Todas las ENFERMEDADES causadas por o relacionadas con el viru s VIH serán cubiertas como hospitalarios o ambulatorio, una vez superado el periodo de espera, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. No se cubre el tratamiento antirretroviral contra el virus VIH.

p. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DENTRO DEL PERÚ

1. EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O EMERGENCIA ACCIDENTAL:

   Si el ASEGURADO sufre una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL y se encuentre en una condición inestable que pueda poner en riesgo su vida o dejar secuelas irreversibles y no haya la capacidad profesional y/o equipamiento médico en el lugar en que el ASEGURADO se encuentra, PACÍFICO SEGUROS pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea comercial de pasajeros al centro hospitalario con capacidad profesión y/o equipamiento médico más cercano dentro del territorio peruano bajo las siguientes condiciones:

   a) Coordinación previa del equipo médico de PACÍFICO SEGUROS con el médico que atiende al ASEGURADO herido o enfermo llamando al teléfono que se señala en la TABLA DE BENEFICIOS, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre o avión de línea comercial) hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.
   b) En el caso de traslado por avión de línea aérea comercial por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL, se cubre hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (sólo por motivos de evacuación). Previa coordinación y aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS.
   c) Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. Los honorarios del profesional se reconocerán de acuerdo al Tarifario A Pacifico. **No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante**.

2. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN (SÓLO EN PROVINCIAS):
   Cubre los gastos por traslado en avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano únicamente para casos de HOSPITALIZACIÓN donde no haya resolución médica en el lugar de la atención, previa coordinación y

aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS al centro hospitalario con capacidad profesión y/o equipamiento médico más cercano. Se cubre hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos.

En caso de HOSPITALIZACIÓN, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. Los honorarios del profesional se reconocerán de acuerdo al Tarifario A Pacifico.

No se cubren gastosde hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.
No hay cobertura de traslados para atenciones ambulatorias.

q. ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO

Los alcances de esta cobertura especial son los siguientes:

1. Todos los beneficios de esta cobertura, serán otorgados como parte del Beneficio Máximo Anual contratado según se indica en la Póliza y serán proporcionados única y exclusivamente por PACÍFICO SEGUROS y/o por su OPERADOR INTERNACIONAL en el extranjero, siempre que los gastos correspondan a los señalados en estas Condiciones Generales.
2. El ámbito territorial de las coberturas, se extiende a todo el mundo, salvo que algún país por su régimen político no acepte trabajar con Aseguradoras extranjeras, en cuyo caso la cobertura se liquidará según las condiciones aplicables a la atención bajo REEMBOLSO especificados en la TABLA DE BENEFICIOS a Tarifario Pacifico en moneda Nacional. Esta cobertura se activa una vez agotada o en caso que no aplique la cobertura del Anexo referente a Condiciones del Beneficio de Asistencia Médica y del Viajero en el Extranjero.

Los beneficios que se otorgan son:

1. Asistencia médica en caso de emergencia médico quirúrgica o emergencia accidental

Las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS o EMERGENCIAS ACCIDENTALES, tanto las ambulatorias como las hospitalarias se cubren al 100% durante las primeras 24 horas de ocurrida la emergencia. Después de las primeras 24 horas de ocurrida la emergencia, aplican las condiciones normales establecidas en la póliza y en la TABLA DE BENEFICIOS.

2. Transporte por evacuación en el extranjero

Si el ASEGURADO sufriera una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL y no haya la capacidad profesional y/o equipamiento médico en el lugar en que el ASEGURADO se encuentra, PACÍFICO SEGUROS cubrirá los gastos del transporte por su evacuación al centro hospitalario con capacidad profesión y/o equipamiento médico más cercano, bajo las siguientes

condiciones:

a) Coordinación previa del equipo médico de PACÍFICO SEGUROS con el médico que atiende al ASEGURADO herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre, AMBULANCIA AÉREA o avión de línea comercial) hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.

b) Todas las decisiones relacionadas con la indicación médica de evacuación, los medios, la oportunidad de éstos, el destino final, así como el personal médico y el equipo a ser utilizado, serán tomadas por el médico tratante, y el médico del establecimiento de SALUD de destino, en coordinación con el médico designado por el OPERADOR INTERNACIONAL de PACÍFICO SEGUROS, las mismas que serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

c) El límite de este beneficio es el que aparece especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

d) Para el uso de una AMBULANCIA AÉREA, se requiere de previa aprobación de PACÍFICO SEGUROS, en caso de que el tratamiento médico no pueda ser efectuado en el país donde el ASEGURADO esté hospitalizado, y siempre que su condición médica no le permita viajar en una línea aérea comercial de pasajeros, PACÍFICO SEGUROS hará las coordinaciones correspondientes para el transporte aéreo en un avión particular debidamente acondicionado con el personal y equipo médico adecuado según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. Se pagará el importe máximo establecido para esta cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza, debiendo el ASEGURADO asumir cualquier exceso. Se excluye todo gasto por transporte de familiares, médicos o de terceros y el viaje de regreso del ASEGURADO al Perú.

3. <u>Transporte y/o repatriación de restos humanos</u>

En el caso que el ASEGURADO falleciera mientras se encuentre de viaje en el extranjero, PACÍFICO SEGUROS, por intermedio de su OPERADOR INTERNACIONAL, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para el transporte y/o repatriación del cadáver, asumiendo los gastos de transporte hasta el límite especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

4. **<u>Prolongación de la estancia del aseguradoen el extranjero por accidente o enfermedad</u>**

Se cubrirán los gastos del HOTEL en que se aloje el ASEGURADO, cuando por un ACCIDENTE o una ENFERMEDAD y por indicación del médico tratante, requiera prolongar su estancia en el extranjero para su atención médica; hasta el límite especificado en la TABLA DE BENEFICIOS. **Este beneficio no aplica para la condición de EMBARAZO**.

r. <u>LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR</u>

Se otorga cobertura de un año de seguro sin pago de prima, a partir de la fecha del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, siempre que la muerte sea causada por una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por la Póliza.

Se mantendrán asegurados los DEPENDIENTES inscritos bajo la misma Póliza en que se encontraba cubierto el ASEGURADO TITULAR fallecido.

Cumplido el año, tanto el/la cónyuge o conviviente ASEGURADO(a) así como sus DEPENDIENTES, podrán continuar con la cobertura si así lo desean pagando las primas correspondientes.

s. SEPELIO EN EL PERÚ

Cubre los gastos ocasionados por concepto de sepultura y servicio funerario d e acuerdo al paquete descrito en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. Este beneficio se otorgará siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por esta Póliza.

t. PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCION – CHEQUEOS MEDICOS PREVENTIVOS

Se cubren chequeos médicos preventivos de acuerdo a lo señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

u. PROGRAMA SIEMPRE SANO

Programa de atención médica ambulatoria especialmente diseñado para el manejo, prevención y control de ASEGURADOS que durante la vigencia de la Póliza, se les diagnostiquen las siguientes ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión Arterial, Asma Bronquial, Diabetes Mellitus tipo II y Dislipidemia a cargo de especialistas en Medicina Interna, Cardiología, Neumología y Endocrinología. La cobertura se inicia luego de realizada la primera CONSULTA en Clínica SANNA San Borja, SANNA Centro Clínico La Molina y Atención a domicilio en Lima y en provincia SANNA Clínica del Sur, SANNA CM Cajamarca, SANNA Clínica Belén, SANNA Clínica Sánchez Ferrer, para lo cual deberá comunicarse con la Central de Información y Consultas Clientes de PACÍFICO SEGUROS 513-5000 opción 2.
El ingreso al programa estará sujeto a evaluación médica, aplican restricciones.
Mayor información en http://www.pacifico.com.pe/programas-salud/siempresano.

Artículo 8°
GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Aquellos que no cumplen con los criterios de cobertura señalados en los dos tipos de beneficio señalados arriba. Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

a) Preexistencias, entendidas como aquéllas así definidas en el glosario de la póliza, no considerándose como preexistencias a las enfermedades por las que el asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por 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) Cuidado podiátrico, efectuados por personal médico o no médico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles, plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.
c) Medicina alternativa, complementaria, integrativa, funcional y/o tradicional como acupuntura, homeopatía, quiropraxis, magnetoterapia, entre otros, salvo que se detalle específicamente en su póliza.
d) Cuidados particulares de enfermería para casos hospitalarios y servicio a

domicilio.

e) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.
Excepción: Se cubrirán las atenciones de personal no médico, bajo las siguientes condiciones:
- Medicina física y rehabilitación asistidas por tecnólogos, cuando es en cumplimiento de las indicaciones del médico fisiatra
- Sesiones con el foniatra, cuando cumple las indicaciones del médico otorrino
- Evaluaciones neuropsicológicas, cuando son indicadas por el médico neurólogo.
- Atenciones por nutricionista según condiciones detalladas en la Póliza.
- Terapias de esfera mental asistida por especialistas: ocupacional, lenguaje.

f) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell), salvo que se requiera para trasplante de médula ósea.
Excepción: se cubre albúmina humana en plasmaféresis, y en pacientes cirróticos con peritonitis bacteriana espontánea o síndrome hepatorrenal tipo 1, o en grandes quemados. Para células madre: en trasplante de médula ósea.

g) En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, internet, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico. Excepción: alimentación del acompañante, siempre y cuando cuente con el beneficio en la póliza.

h) 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 y no cuenten con el sustento médico según la medicina basada en la evidencia con ensayos clínicos de fase III concluidos y con beneficio demostrado. Se consideran para beneficio de cobertura únicamente los niveles de recomendación fuerte a favor con calidad de evidencia alta a moderada de acuerdo al sistema GRADE (1-A, 1-B).
iii. Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos aprobados por la FDA o EMA, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados (excepto en casos de cáncer que aplica el ítem viii).
iv. Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos que aun cuando hayan sido aprobados por la FDA o EMA, se encuentren expresamente indicados en este Artículo 8° 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.
viii. Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A en las "Clinical Practice Guidelines in Oncology" (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de América;

adicionalmente, para su aprobación deben contar con ensayos clínicos de fase III concluidos demostrando beneficio. Excepción adicional en NCCN: no se cubre inmunoterapia del tipo terapia de células T con CAR (receptor de antígeno quimérico por sus siglas en inglés) para ninguna indicación. Para mayor información general acceder a www.nccn.org.

ix. Productos de higiene personal, manoplas, ropa descartable para cuidadores o visitantes. Productos cosméticos, cosmecéuticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes.

Bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos (se cubren bloqueadores en vitíligo y rosácea).

x. Medicamentos para tratamiento de la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

xi. Consultas, pruebas auxiliares y tratamientos preventivos, curativos o rehabilitadores médicos, psicológicos y/o psiquiátricos relacionados con los diagnósticos comprendidos en el capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10 (códigos "F"), así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención, del desarrollo, lenguaje, memoria, habilidades sociales y del aprendizaje. 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.

xii. 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.

xiii. Alimentos ni 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. No se cubren vitaminas ni minerales. salvo en enfermedades en las que se haya demostrado por laboratorio la carencia de los mismos. No se cubre carboximaltosa de hierro. Nutrición enteral o parenteral en domicilio. Excepciones: se cubre ácido fólico y vitamina B12 en anemia megaloblástica, tiamina en hiperemesis gravídica, vitamina K en trastornos de coagulación relacionados a su deficiencia, folato en consumidores de metotrexate, calcio y vitamina D para pacientes con insuficiencia renal crónica y en exéresis de tiroides y/o paratiroides, y hierro oral o hierro sacarato parenteral en anemia ferropénica. Se cubren, de ser médicamente necesarios, preparados de nutrición enteral o parenteral en pacientes hospitalizados hasta el alta.

xiv. Medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria.
Excepciones: se cubren aspirina, clopidogrel, warfarina, heparinas u otros anticoagulantes, metformin, palivizumab, gastroprotectoresfrente al uso de fármacos gastrolesivos, montelukast en asma, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios (dosis única).

xv. Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest, Ashtest, entre otros). No se cubre elastografía en la evaluación de ningún órgano. Excepción: se cubre elastografía hepática (Fibroscan©) para evaluar fibrosis hepática en: 1) Esteatohepatitis No Alcohólica con Score FIB-4
>1.45, 2) Hepatitis crónica B o C previo al inicio de terapia (a menos que

ya tenga diagnóstico de cirrosis) y 3) Hepatitis autoinmune configurada.

xvi. Inmunoestimulantes, Vacunas (excepto vacuna indicada por isoinmunización materno-fetal, vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica y la vacuna del virus del papiloma humano en mujeres).

xvii. Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.

xviii. Microresonancia magnética.

xix. Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.

xx. Prótesis externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular, dentales y extremidades. Órtesis (como silla de ruedas, corsés, fajas, botas ortopédicas, rodilleras, tobilleras, coderas, collarines, remodelador craneal). Audífonos, implante coclear. Excepción: Se cubren las prótesis internas (reemplazos articulares y óseos, válvulas cardiacas, para diálisis, cages para columna y prótesis vertebrales, stents, diversores de flujo, injertos biológicos o artificiales, marcapaso cardiaco, cardiovertores defibriladores) bajo beneficio de prótesis.

xxi. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines diagnósticos o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; 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.

Excepción: sólo se cubren tiras reactivas y lancetas para glucometrías a los pacientes ambulatorios con diabetes tipo 1 y en pacientes hospitalizados con cualquier tipo de diabetes.

xxii. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético (hereditario o no hereditario), identificados o no al nacer, a excepción de lo indicado en las coberturas congénitas del recién nacido y de enfermedades congénitas no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.

xxiii. Tratamientos farmacológicos (que incluye los análogos de GLP-1/GIP), estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad, esteatosis asociada a disfunción metabólica, o reducción de peso. Secuelas, consecuencias o complicaciones de cirugía bariátrica (hernias, reflujos, esofagitis, malabsorción, entre otras). Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.

xxiv. Ginecomastia y gigantomastia.

xxv. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por cáncer de mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta póliza, para la cobertura oncológica o en los casos de accidentes cubiertos por la póliza, debidamente reportados a Pacífico Seguros.

xxvi. Vasectomía y bloqueo tubario.

xxvii. Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a histerosalpingografía, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales. Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.

Gestación subrogada.

xxviii. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de prótesis.

xxix. Tratamiento de alopecia.

xxx. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.

xxxi. 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.

xxxii. Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de 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.

En caso de accidente vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo.

Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si el examen de alcoholemia u otro que corresponda arroja un resultado mayor al permitido por el reglamento nacional de tránsito vigente, al momento del accidente.

Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del accidente vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de

0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del accidente hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.

xxxiii. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.

xxxiv. 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, los gastos relacionados con la higiene bucal, las prótesis dentales ni las cirugías ortognáticas.

Excepción: se cubren prótesis dentales en caso de accidente.

xxxv. Pruebas diagnósticas y tratamiento de condiciones de salud o patologías relacionadas a la articulación temporomandibular.

xxxvi. Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.

xxxvii. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y no profesional cuando hayan sido practicados o desarrollados en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.

xxxviii. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.

xxxix. Pruebas auxiliares y/o tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto, lentes tóricos, lentes intraoculares multifocales. Excepción: Sólo se cubren los lentes intraoculares monofocales para tratamiento de cataratas bajo beneficio de prótesis.

xl. Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana, salvo los chequeos médicos preventivos que se especifiquen en la tabla de beneficios, así como controles de enfermedades no cubiertas por esta póliza.

xli. Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.

xlii. Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.

xliii. Gastos incurridos por el aborto ilegal y sus complicaciones.

xliv. Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a diagnósticos o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.

xlv. Procedimientos de criopreservación o criogenéticos, salvo lo indicado para la cobertura Programa de Maternidad, en los términos señalados en la tabla de beneficios.

xlvi. Terapias biológicas en oftalmología, dislipidemia, terapia del dolor, neumología, hematología, endocrinología ni dermatología. Antifibróticos para fibrosis pulmonar. Excepción: solo se cubre terapia biológica en las condiciones de salud del listado que aparece en el beneficio de cobertura de terapia biológica para casos no oncológicos que figura en la póliza de salud.

xlvii. Dispositivos de cierre vascular mediante sutura o grapa post punción arterial percutánea (Perclose Proglide, Prostar, StarClose, entre otros).

xlviii. 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) con fines de screening o en cuadros de resfrío comú n o respiratorio alto.

Excepción: se cubre estudio de Filmarray en líquido cefalorraquídeo y Filmarray respiratorio solo en población pediátrica internada en área crítica (UCI, UCIN) de ser médicamente necesario. Se cubre estudio de Influenza estival en inmunosuprimidos.

xlix. Tratamientos que no se consideren médicamente necesarios.

l. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para insuficiencia venosa superficial de extremidades como várices y telangiectasias. No se cubren sistemas tipo Venaseal® ni medias para várices. Terapia láser para hemorroides.

Excepción: Para el diagnóstico de várices de venas safenas se cubre flebectomía quirúrgica, escleroterapia o láser endoluminal. Se cubre ligadura de venas perforantes en presencia de úlcera varicosa activa.

li. Pruebas in vivo o in vitro para el diagnóstico alergológico. Tratamientos desensibilizantes para alergias.

lii. Tratamiento con hormona de crecimiento o testosterona para cualquier condición de salud, así como las pruebas de laboratorio o imágenes para su seguimiento. Rasagilina en enfermedades neurológicas. Atosiban en

ginecoobstetricia.

liii. Dispositivos para la columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin sea implantarlo) del tipo separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Coflex-F, Diam, DCI, entre otros). Tampoco se cubren las cirugías híbridas de columna ni los procedimientos mínimamente invasivos ablativos con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastía, discectomía o discolisis, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastía, aguja seca, analgesia post quirúrgica con bloqueos nerviosos.
Excepción: Se cubren bloqueos radiculares, y a nivel facetario se cubre neurotomía, neurolisis y bloqueos. Se cubren vertebroplastías en fracturas dolorosas de columna.

liv. Enfermedades epidémicas que se encuentren bajo el control del ministerio de salud o de cualquier otra entidad gubernamental.

lv. Viscosuplementación (ácido hialurónico, derivados y similares) para cualquier condición de salud osteoarticular.

lvi. No se cubre score de calcio para ninguna indicación. No se cubre angiotomografía coronaria. Excepción: se cubre angiotomografía coronaria en pacientes con cuadro anginoso y riesgo coronario intermedio con prueba de esfuerzo positiva.

lvii. Estudios, pruebas, paneles o screening genéticos (intra o extrauterino), estudio microarray. No se cubren ecografías 3D, 4D o 5D, ni ecografías genéticas o morfológicas.
Excepción: se cubren los estudios genéticos para cáncer recomendados por la NCCN con fines de decisión terapéutica para leucemias y Oncotype en cáncer de mama de ser médicamente necesario.

lviii. Terapia biológica. Terapias génicas, epigenéticas genéticas. Antifibróticos para fibrosis pulmonar.

lix. SPECT cerebral en estudio de trastornos cognitivos, demencias, Parkinson, trastornos del sueño o atención, trauma craneoencefálico ni en accidente cerebrovascular. Excepción: se cubre en evaluación prequirúrgica de foco epileptógeno.

lx. Monitores de profundidad anestésica (Sensor BIS, Conox, entre otros). Equipos de video laringoscopía para intubación en sala de operaciones y áreas críticas (Ej. Glidescope, C-MAC, Airtraq, entre otros). Oximetría cerebral no invasiva. Excepción: se cubren los monitores de profundidad anestésica en cirugías del sistema nervioso central, de trasplante, en obesidad mórbida, reserva cardiaca baja y en cirugías mayores cardiacas, de grandes vasos y pulmonares. Se cubre video laringoscopía en intubación difícil (Mallampati III-IV). Enfermedades huérfanas y raras

lxi. Embolización arterial próstática

lxii. No se cubre anestesiólogo fuera de sala de operaciones.
Excepción: Se cubre para procedimientos endoscópicos terapéuticos de gastroenterología/ urología en:

- **Endoscopías terapéuticas complejas: resecciones tumorales (no incluye adenomas ni pólipos), mucosectomías, colocación de prótesis/stents, gastrostomía, dilatación de estenosis esofágica, uretrotomía**
- **Clasificación de riesgo ASA clase IV-V en endoscopías terapéuticas No se cubre la asistencia anestesiológica en: estudios endoscópicos diagnósticos, toma de biopsias, extirpación de adenomas o pólipos, inyectoterapia/infiltraciones, colocación/retiro de sondas o catéteres, uso en hemorragias.**

lxiii. Para la cobertura de trasplante de órganos, adicionalmente a las exclusiones señaladas en este artículo, no se pagarán los beneficios por

cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, en los siguientes casos:

a. Aquellas condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por Pacífico Seguros.
b. Los trasplantes considerados como experimentales.
c. Cuando el órgano sea consideradocomo equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
d. Exámenes, evaluaciones, estudiosde histocompatibilidad ypruebas de selección de posibles donantes, salvo del donante calificado.
e. Trasplante haploidéntico.
f. Trasplante de células hematopoyéticas en categorías de recomendación de la ASBMT tipo C, R, D o N. (Sí se cubren las indicaciones categoría "S" en adultos y niños, autólogo o alogénico no haploidéntico).
g. Segundo trasplante del mismo órgano o tejido.
a. Infusión de linfocitos del donante.

lxiv. Adicionalmente, se tienen las siguientes exclusiones:

a. Terapia con luz pulsada intensa (IPL) para síndrome de ojo seco.
b. Valvuloplastía nasal
c. Ablación laparoscópica de nervios uterinos (LUNA) o neurectomía presacra.
d. Retractores de heridas operatorias descartables para cesáreas (Alexis/Mobius, Traxi, entre otros). Manipuladores uterinos.
e. Estudios de piel con sistema Fotofinder ® o similares

i) Terapia génica o genética para cualquier diagnóstico o condición de salud.
j) Retractores de heridas operatorias descartables para cesáreas (Alexis/Mobius, Traxi, entre otros). Manipuladores uterinos. Excepción: manipuladores uterinos para histerectomía
k) Terapia genética, génica o epigenética para cualquier condición de salud, ya sean modificadores de ADN, de genoma, o medicamentos basados en ARN/ADN modificados.
l) Valvuloplastía nasal con luz pulsada intensa (IPL) para síndrome de ojo seco
m) Dispositivos específicos para: cierre de orejuela izquierda (Ej. Watchman), filtro de protección embólica cerebral (Ej.Sentinel), envolturas antibacterianas absorbibles para equipos cardiacos (Ej.Tyrx), sistema de reducción valvular cardiaco (Ej.Mitraclip), Neuronavegador para cirugías de columna vertebral del tipo discectomía, laminectomía o fusión. EXCEPCIÓN: El Neuronavegador se financia en: cirugía de tumores cerebrales de base de cráneo, ángulo pontocerebeloso o de tronco cerebral, meningiomas extensos o de base de cráneo, incluyendo cirugías selares/paraselares, biopsia de tumores cerebrales subcorticales, cirugía de epilepsia, tumores de columna vertebral con riesgo de lesión medular y localización del punto cerebral preciso para colocación del Deep Brain Stimulator en Parkinson (de tener este beneficio)
n) Atenciones médicas o de salud realizadas o procedentes del extranjero, salvo su póliza lo autorice expresamente. Esquemas terapéuticos pertenecientes a ensayos clínicos o protocolos experimentales desarrollados a nivel nacional o así los hayan iniciado en el extranjero, no disponiendo de cobertura ni el medicamento en estudio ni el resto del esquema que lo acompaña, salvo su póliza lo autorice. Tratamientos no aprobados por DIGEMID, ni por vía regular ni por autorización excepcional para importación.
o) Diversores de flujo para cualquier territorio anatómico o condición de salud.

EXCEPCIONES: se brindan, bajo beneficio de prótesis, para uso en aneurismas

intracraneales no rotos de los territorios de la arteria carótida interna, cerebral media y cerebral anterior, con diámetro de cuello mayor o igual a 4mm. No se financian para otras localizaciones de cabeza o cuello, ni para lesiones vasculares torácicas, abdominales o pélvicas.

p) Hemodiafiltración hospitalaria o ambulatoria. EXCEPCIONES: para pacientes hospitalizados con una de las siguientes condiciones: hiperfosfatemia persistente a pesar de terapia dialítica regular óptima y con expectativa de vida mayor a cinco años; amiloidosis dialítica con elevación de beta 2 microglobulina; shock de cualquier etología con falla renal aguda, con dosis altas de vasopresores y que no tolere hemodiálisis convencional.

q) 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.

r) 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.

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 dich o siniestro a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al asegurado apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado sólo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.

Artículo 9º
PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO (DEDUCIBLE, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL)

Para todo gasto cubierto incurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE amparados por la póliza, así como en el caso de las coberturas cubiertas por la Póliza, el ASEGURADO tendrá como obligación consumir bajo su propio costo, hasta el monto del DEDUCIBLE ANUAL, en el caso de que su PLAN DE SEGURO contemple la contratación de dicho deducible. Luego de consumir el monto del DEDUCIBLE ANUAL, podrá aplicar las coberturas de la Póliza.

En el caso que la Póliza no contemple el DEDUCIBLE ANUAL, el ASEGURADO debe pagar desde el inicio de la vigencia los DEDUCIBLES y COASEGUROS establecidos para cada una de las coberturas, según se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza. En el caso de haberse contratado el DEDUCIBLE ANUAL, luego de consumir el monto pactado, el ASEGURADO empezará a pagar los DEDUCIBLES Y COASEGUROS señalados en la TABLA DE BENEFICIOS. Las definiciones de DEDUCIBLE, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL, se encuentran señaladas en el GLOSARIO de la Póliza.

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

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

En caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria no se aplicará DEDUCIBLE y COASEGURO siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en las CONDICIONES GENERALES, sujeto a las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y anexos adjuntos.

Para la aplicación del DEDUCIBLE ANUAL establecido en la Póliza, en caso se haya contratado y así conste en las CONDICIONES PARTICULARES, el procedimiento que se seguirá para su determinación es el siguiente, en este orden:

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

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

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 10º
PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ
En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el PLAN DE SEGURO contemple dicho deducible, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades

a) ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE PACÍFICO SEGUROS)
Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS, pagando solamente los DEDUCIBLES y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

Las formas de atención son las siguientes:

1) ***ATENCIÓN AMBULATORIA***
Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS su documento de identidad para verificar la cobertura.

Las situaciones de EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA serán cubiertas al 100% sin DEDUCIBLE y/o COASEGURO según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES.

2) ***ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA***
En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo tiene que presentar al proveedor médico afiliado su documento de identidad. El PROVEEDOR MÉDICO AFILIADO solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS con un mínimo de tres días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia. La Carta de Garantía es la autorización escrita que PACÍFICO SEGUROS otorga al PROVEEDOR MÉDICO para realizar la atención médica luego de validar cobertura de acuerdo a 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.

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

3) ***PROGRAMA SIEMPRE SANO***

La cobertura se inicia luego de realizada la primera CONSULTA en Clínica SANNA San Borja, SANNA Centro Clínico La Molina y Atención a domicilio en Lima y en provincia SANNA Clínica del Sur, SANNA CM Cajamarca, SANNA Clínica Belén, SANNA Clínica Sánchez Ferrer, para lo cual deberá comunicarse con la Central de Información y Consultas Clientes de PACÍFICO SEGUROS 513-5000 opción 2.

El ingreso al programa estará sujeto a evaluación médica, aplican restricciones.

Mayor información en http://www.pacifico.com.pe/programas-salud/siempresano.

4) ***ATENCIÓN MEDICA A DOMICILIO***

- ***ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO***

  Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse a la Central de Emergencia y Asistencia al 415-1515. Este beneficio tiene limitaciones geográficas y de especialidades, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS. Al presentarse el médico en el domicilio del ASEGURADO éste deberá presentar su documento de identidad.

  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.

- ***SERVICIO DE AMBULANCIAS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA***

  Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Central de Emergencia y Asistencia al 415-1515. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS y está sujeto a la disponibilidad de los proveedores en el lugar de la emergencia.

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

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

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

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

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

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

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

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20332970411. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del ASEGURADO. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

El ASEGURADO podrá presentar la documentación en físico o mediante nuestra Aplicación móvil y desktop Reembolsos Online. Para el caso del Aplicativo Reembolsos Online aplican condiciones y restricciones detalladas en los términos y condiciones del servicio. web.reembolsos.pacifico.com.pe

6) ***OTROS PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE COBERTURA***

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

<u>ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS (ATENCIÓN AL CRÉDITO O REEMBOLSO)</u>
El ASEGURADO deberá enviar los resultados del INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO a PACIFICO SEGUROS, acercándose a la Unidad de Consejería Oncológica (UCO), ubicada en a Av. José Gálvez Barrenechea 1044, San Isidro, el horario de Atención es Lunes a Viernes de 9:00a.m a 1:30 p.m. y de 2:30 a 6:00 p.m. o enviando un correo a uco@pacifico.com.pe. o llamando al 518-4000 anexo 5881

<u>TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL PERÚ (ATENCIÓN AL CRÉDITO)</u>
El beneficio se solicita llamando a la Central de Emergencias y Asistencia al (01) 4151515. Se deberá presentar a PACIFICO SEGUROS el informe del médico tratante. PACIFICO SEGUROS evaluará pertinencia médica y administrativa para otorgar la cobertura. Atención al crédito previa coordinación y autorización de PACIFICO SEGUROS.

<u>SEPELIO EN EL PERÚ (ATENCION AL CREDITO Y POR REEMBOLSO)</u>
Se otorga solicitándolo directamente a los proveedores funerarios señalados en la TABLA DE BENEFICIOS. Se debe entregar el original del acta de defunción del ASEGURADO, en original, al proveedor funerario.

En caso se tramite vía reembolso, se deberá entregar a PACIFICO SEGUROS los siguientes documentos:
1) Original del Certificado de Defunción del ASEGURADO.
2) Comprobante de pago original que acredite el gasto funerario.

<u>LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR</u>
Se deberá solicitar la activación de la cobertura presentando a PACIFICO SEGUROS, el certificado de defunción del ASEGURADO TITULAR. El beneficio se activará siempre y cuando el motivo del fallecimiento haya sido materia de cobertura bajo la presente póliza.

Artículo 11º
PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO

En caso de requerir atención médica en el extranjero, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las modalidades indicadas en este artículo. La cobertura se otorgará conforme a las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que su PLAN DE SEGURO contemple dicho deducible.

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

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

<u>Si el ASEGURADO se encuentra en el Perú</u> y requiere una atención programada en el extranjero con un proveedor médico afiliado, el ASEGURADO deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS para pre-certificar la atención, con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación.

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

1) ***El ASEGURADO deberá enviar un correo electrónico al buzón <u>uce@pacifico.com.pe</u> solicitando la atención en el extranjero.***
2) ***PACÍFICO SEGUROS, luego de validar pertinencia médica, administrativa y cobertura, entregará al ASEGURADO una carta de PRE-CERTIFICACIÓN dirigida al PROVEEDOR DE SALUD AFILIADO autorizando la atención requerida.***
3) ***El ASEGURADO deberá acudir al PROVEEDOR de SALUD AFILIADO con la carta de PRE-CERTIFICACIÓN.***

- ***<u>Si el ASEGURADO se encuentra en el extranjero</u> y requiere una atención programada en la RED PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS deberá comunicarse con el OPERADOR INTERNACIONAL cuyo teléfono se indica la TABLA DE BENEFICIOS, quien realizará el proceso de PRE-CERTIFICACIÓN.***

b) ***ATENCION A REEMBOLSO***

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

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

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

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

d) ***OTROS PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE COBERTURA***

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

COBERTURA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS DENTRO DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, ENSAYO CLÍNICO O EXPERIMENTAL
Cuando el asegurado solicite la cobertura para una prueba diagnóstica, procedimiento y/o tratamiento y para ello ingrese (consentimiento firmado) o siga (sin necesidad de firmar consentimiento) los lineamientos de un protocolo de investigación, ensayo clínico o estudio experimental (denominado como clínical trial/protocol/study research), ya sea de forma total o parcial, no procederá la cobertura del total ni parte del mismo al no hallarse como prueba, procedimiento o terapia aprobada de acuerdo a los lineamientos de Medicina Basada en la Evidencia y de entes reguladores (FDA/EMA) para el diagnóstico (o estadio) para el cual lo solicitan; adicionalmente no se cubrirán por tanto los gastos relacionados a su preparación, estudios de identificación y selección, ejecución, administración ni monitoreo o seguimiento del mismo, como hotelería, consultas, insumos, medicamentos, laboratorio, procedimientos, medidas preventivas, otros cuidados ni las complicaciones o consecuencias que puedan derivarse de dicho procedimiento o tratamiento.

TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL EXTRANJERO
Se requiere que el asegurado envíe a PACIFICO SEGUROS el informe médico.

TRANSPORTE Y/O REPATRIACIÓN DE RESTOS HUMANOS
Se requiere el original del acta de defunción del ASEGURADO. PACIFICO SEGUROS realizará los trámites ante las autoridades gubernamentales para que se autorice la repatriación.

ENVÍO DE MEDICAMENTOS FUERA DEL PERÚ
Entregar la receta médica para la evaluación y aprobación de PACIFICO SEGUROS.

PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO EN EL EXTRANJERO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD
Se requiere el informe médico para la evaluación y aprobación de PACIFICO SEGUROS.

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

Artículo 12º
RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A PACÍFICO SEGUROS EN EL PERU
La relación de los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a PACÍFICO SEGUROS se muestra en un anexo de la PÓLIZA DE SEGURO.

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

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

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

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

Artículo 13º
PAGO DE BENEFICIOS
PACÍFICO SEGUROS, y en su caso, con intervención de su OPERADOR INTERNACIONAL, reconocerá los gastos cubiertos en casos de HOSPITALIZACIÓN o atención ambulatoria en el Perú o en el Extranjero.

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, en el país o en el extranjero, aun cuando haya contratado el DEDUCIBLE ANUAL, en cuyo caso, éste deberá ser asumido primero directamente por el ASEGURADO y de acuerdo con el procedimiento establecido en la TABLA DE BENEFICIOS.

Si el ASEGURADO opta por la Atención a REEMBOLSO, PACÍFICO SEGUROS reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos que haya pagado directamente, en los casos, bajo las condiciones y en la forma establecida en estas CONDICIONES GENERALES.

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

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

Artículo 14º
TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO
Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el Perú que el ASEGURADO haya pagado directamente a clínicas y/o médicos no afiliados a la red de proveedores de PACÍFICO SEGUROS, serán reembolsados con base en el TARIFARIO PACÍFICO y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el extranjero que el ASEGURADO haya pagado directamente a clínicas y/o médicos como resultado de no haberse pre-certificado, por no haberse atendido con un proveedor médico afiliado o por no haberse atendido al crédito serán reembolsados según las condiciones señaladas en la Tabla de Beneficios y tomando en cuenta la definición de GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO señalada en el GLOSARIO, precisándose que el importe de dicho gasto es informado a PACIFICO SEGUROS por el OPERADOR INTERNACIONAL en base a la información que tiene de los precios de cada procedimiento médico por zona geográfica. No aplica el TARIFARIO PACIFICO.

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, accediendo a https://www.pacifico.com.pe/seguros/salud/documentos y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS cuyo número se indica en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza.

Dichos REEMBOLSOS pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con lo establecido en el TARIFARIO PACIFICO y TABLA DE BENEFICIOS.

CONDICIONES LEGALES

Artículo 15º
CONTRATO DE SEGURO
El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual PACÍFICO SEGUROS se obliga, mediante el cobro de la prima, a asumir los gastos incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por las coberturas convenidas, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

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

En caso de producirse discrepancias entre las estipulaciones de la PÓLIZA DE SEGURO, queda convenido que, las Condiciones Especiales prevalecen sobre las

CONDICIONES PARTICULARES y éstas prevalecen sobre las CONDICIONES GENERALES.

Artículo 16º
OBJETO DEL SEGURO
En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la ENFERMEDAD, condición médica o ACCIDENTE del ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza.

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

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en los términos pactados en el CONVENIO DE PAGO, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro. Se precisa que la cobertura queda condicionada al pago de la prima, a la firma del CONVENIO DE PAGO o a la ocurrencia del siniestro, si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima. En caso de siniestro el ASEGURADO y el beneficiario son solidariamente responsables respecto del pago de la prima pendiente.

Artículo 17º
BASES DEL CONTRATO
La presente Póliza se emite teniendo como base la información proporcionada por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO y en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD, así como en las declaraciones adicionales que le hayan sido requeridas para la debida evaluación del riesgo.

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

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

Artículo 18º
DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA
Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta u oferta realizada por PACIFICO SEGUROS, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el contratante si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando PACÍFICO SEGUROS advierte al contratante, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por PACÍFICO SEGUROS, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

Artículo 19º
DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o cuestionarios médicos que le suministre PACÍFICO SEGUROS.

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

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

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

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

iii) La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

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

Artículo 20º
RESIDENCIA

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

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

Si el ASEGURADO pierde su condición de residente y este hecho es conocido por PACIFICO SEGUROS, se suspenderá la cobertura en el extranjero en el plazo que se establezca en la comunicación escrita que le cursará PACIFICO SEGUROS al

ASEGURADO. El contrato terminará definitivamente en caso que el ASEGURADO permanezca bajo la calidad de no residente al momento de la renovación de la Póliza.

Si el CONTRATANTE informa a PACIFICO SEGUROS, con anticipación y por escrito sobre la salida del país del ASEGURADO por un periodo igual o mayor de tres (3) meses, PACIFICO SEGUROS evaluará si suspenderá la cobertura en el extranjero o no, y, de ser el caso se pondrá de acuerdo con el CONTRATANTE para que mantenga la cobertura nacional pagando una prima menor a la originalmente establecida, la que le será comunicada por escrito. El CONTRATANTE informará su decisión a PACIFICO SEGUROS por escrito dentro de un plazo de quince (15) días de recibida la comunicación de PACIFICO SEGUROS. En caso que no acepte el CONTRATANTE mantener solamente la cobertura nacional, procederá la resolución del contrato de acuerdo a lo establecido en el artículo sobre RESOLUCIÓN DEL CONTRATO de estas CONDICIONES GENERALES.

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

Artículo 21º
COBERTURAS Y EXCLUSIONES
PACIFICO SEGUROS brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en estas CONDICIONES GENERALES, en las CONDICIONES PARTICULARES, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales o Endosos, de ser el caso.

La presente Póliza de Seguro brinda cobertura a todas las nuevas condiciones médicas que se diagnostiquen desde el inicio de vigencia de esta póliza, siempre que no estén excluidas.

Asimismo, la presente Póliza de Seguro brindará cobertura a las condiciones médicas preexistentes –en virtud de las normas que resulten de aplicación y que garantizan la continuidad de cobertura de preexistencias–, siempre que (i) el contratante haya declarado dicha condición de salud al solicitar el seguro de salud; (ii) se haya extinguido la relación contractual con el anterior financiador, y (iii) que dichas condiciones médicas preexistentes se encuentren contempladas como parte de las coberturas que ofrece esta póliza.

Artículo 22º
PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

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

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

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

Artículo 23º
VIGENCIA DE LA POLIZA, CONTINUIDAD DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

La presente póliza tiene vigencia desde las cero horas (00:00) hasta las cero horas (00:00) de la vigencia de la póliza.

Las pólizas tienen vigencia anual, salvo acuerdo distinto de las partes, y no serán renovadas automáticamente; salvo que se haya pactado la renovación automática en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. No obstante lo anterior, vencido el plazo del contrato, la cobertura podrá continuar por un plazo igual y bajo los nuevos términos y condiciones que podría proponer PACÍFICO SEGUROS, que pueden incluir el aumento de primas y/o COASEGUROS y/o DEDUCIBLES, de ser el caso, salvo que se haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años; en cuyo caso el 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 al término de la vigencia de la Póliza, detallando las modificaciones en caracteres destacados. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendarios previos al vencimiento del contrato para rechazar la propuesta. En caso de rechazo, se considerará que no hay aceptación de la propuesta y por lo tanto, que no hay Contrato de Seguro al vencimiento del plazo original.

Se considera que existe aceptación tácita a la propuesta si, vencido el plazo anteriormente señalado, el CONTRATANTE procede a pagar la prima o a firmar el Convenio de Pago obligándose a pagarla o a acepta el cargo en cuenta o en su tarjeta de crédito y/o débito, según se haya establecido en el Convenio de Pago. En el caso que la póliza se pague mediante cargo en cuenta y/o débito automático y/o a través de tarjeta de crédito y/o débito, dicha ratificación también se entenderá realizada si, luego de transcurridos quince (15) días calendario desde que el CONTRATANTE reciba su

primer estado de cuenta, donde figure el primer cargo efectuado con el nuevo monto, éste no manifieste estar en desacuerdo con dicho cargo realizado por la COMPAÑÍA.

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

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

La comunicación que PACIFICO SEGUROS envíe al contratante informando sobre las modificaciones al contrato de seguro se realizarán a través de los mecan ismos de comunicación escritos señalados en la Póliza.

Artículo 24º
MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

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

Artículo 25º
DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE
La prima de seguro tiene el objeto de garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES.

El monto de la prima a pagar por el CONTRATANTE se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de SALUD contenido en la SOLICITUD DE SEGURO, a la siniestralidad del programa, a los costos de los

proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Artículo 26º
INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS
Si la prima no es pagada en el plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez que hayan transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

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

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

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

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

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

Artículo 27º
REHABILITACION
Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que PACÍFICO SEGUROS no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la póliza previo pago de todas las primas impagas, intereses de mora y los gastos que origine la rehabilitación debidamente sustentados. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable PACÍFICO SEGUROS por SINIESTRO alguno ocurrido durante la suspensión.

Artículo 28º
AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR
El CONTRATANTE o el ASEGURADO, en su caso, deberán notificar por escrito a PACÍFICO SEGUROS, los hechos o circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal magnitud que, si hubieran sido conocidas al momento de perfeccionarse el contrato, no lo hubiera celebrado o lo hubiera hecho en condiciones más gr avosas. 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 que le fue 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 sobre la agravación del riesgo, PACIFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso, es decir por el periodo efectivamente cubierto.

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

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

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

Artículo 29º
INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

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

b) Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en los Artículos referidos sobre al "PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ" Y "PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO".

c) El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.

d) Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague al ASEGURADO bajo la forma de REEMBOLSO, PACÍFICO SEGUROS, tendrá un plazo de 30 días calendarios contados desde que

recibió la documentación e información completa exigida en la Póliza para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del SINIESTRO. Si PACÍFICO SEGUROS requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de haber recibido dicha documentación.

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

Artículo 30º
NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro (desde el momento de su celebración) por cualquier causal existente al momento de su celebración.

La Póliza es nula por las siguientes causales:

a) Por ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente, al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.
b) Por inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE y/o ASEGURADO- de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACIFICO SEGUROS, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.

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

Artículo 31º
RESOLUCIÓN DEL CONTRATO
La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza.

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

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

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

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

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

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

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

a. Por falta de pago de la prima

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

b. Por agravación del riesgo

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

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

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

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

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b., c. d. y e. precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

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

Artículo 32º
TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO
Adicionalmente a las causales de nulidad y resolución del contrato antes señaladas, el contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
c) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
d) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza.

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

Artículo 33º
RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA
Se considerará que existió DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa respondida en la SOLICITUD DE SEGURO o en sus documentos accesorios o complementarios, a sabiendas que son falsas y con la intención de ocultar información que de haber sido conocida por PACÍFICO SEGUROS la hubiera llevado a no celebrar el Contrato de Seguro o lo hubiera hecho en circunstancias diferentes.

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

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

i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS presentará al contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el contratante en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del contratante respecto de la revisión de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO, mediante una comunicación dirigida al contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a PACÍFICO SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un SINIESTRO que goza de cobertura según los términos de la Póliza, PACÍFICO SEGUROS reducirá la suma asegurada a pagar en

proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

Artículo 34º
REVISIÓN DE LOS SINIESTROS
PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de PACÍFICO SEGUROS y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO, cuando la atención sea por reembolso. Este derecho, así como el de requerir al ASEGURADO aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación que ha presentado debe ser solicitado por PACIFICO SEGUROS dentro del plazo de los primeros 20 días de los 30 días que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.

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

Artículo 35º
SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA
El ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando PACÍFICO SEGUROS relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente Póliza.

En caso PACÍFICO SEGUROS, actuando de buena fe, atiende un SINIESTRO que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado conjuntamente con los in tereses 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 36º
SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS
PACÍFICO SEGUROS tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO por gastos de asistencia médica y aquellos que correspondan a coberturas de índole patrimonial, en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de las lesiones causadas por terceros al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos.

En virtud del derecho de subrogación y con el objeto de materializar dicha recuperación, PACÍFICO SEGUROS queda autorizado para interponer directamente las acciones legales contra los terceros causantes de las lesiones.
En igual forma lo podrá hacer contra el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES si estos, violando el derecho de subrogación que le asiste a PACÍFICO SEGUROS, han cobrado para sí directamente dichos pagos.

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

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

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

(*) Este beneficio no aplica para pruebas diagnósticas, medicamentos y esquemas terapéuticos:
A. Con ensayos clínicos fase I o II concluida o no concluida y fase III no concluida.
B. Que se detallen en las Guías de Manejo Oncológico de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) en categoría de consenso 2B o 3.
C. Que se detallen en otras guías nacionales o internacionales bajo cualquier nivel de evidencia.

Artículo 37º
INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLINICA
El ASEGURADO se encuentra en la obligación de proporcionar a PACÍFICO SEGUROS toda la información que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria para los efectos del pago de la(s) cobertura(es) debida por PACÍFICO SEGUROS, para lo cual ha autorizado expresamente que la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a que exhiban su historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, únicamente al momento en que PACÍFICO SEGUROS tenga necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presen te el ASEGURADO en caso de SINIESTRO, como consecuencia de la presente póliza.

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

Artículo 38º
COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES
PACIFICO SEGUROS y el ASEGURADO señalan como su domicilio la dirección física y la dirección electrónica declaradas en la SOLICITUD DE SEGURO y que se consignan en las CONDICIONES PARTICULARES. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días calendarios de anticipación.

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

Artículo 39º
PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA
Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el SINIESTRO.

Artículo 40º
MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

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

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

Artículo 41º
DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y PACÍFICO SEGUROS sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

a) El procedimiento es voluntario y gratuito.

b) Procede sólo para atender solicitudes de cobertura formulados por ASEGURADOS que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de PACÍFICO SEGUROS.

c) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del ASEGURADO dentro de ciento ochenta (180) días computados a partir de la fecha en que es denegado por PACÍFICO SEGUROS.

Artículo 42º
TRIBUTOS

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

Artículo 43º
RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

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

Artículo 44º
CESION DE CARTERA

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

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

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

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

Artículo 45º
BASE LEGAL
En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley Nº 29946 – Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley Nº 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

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

- **ACCIDENTE**
  Se considera como tal a la 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.

- **AMBULANCIA AÉREA**
  Avión especialmente equipado con personal médico, paramédico e instrumental, capaz de asistir cualquier emergencia médica.

- **AMENAZA DE ABORTO**
  Conjunto de síntomas y/o signos que sugieren la posibilidad de un ABORTO.

- **ASEGURADO**
  Dentro de esta definición se considera indistintamente tanto al ASEGURADO TITULAR, como a los DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, como personas que gozan de las coberturas.

- **ASEGURADO TITULAR**
  Cuando es la misma persona que el CONTRATANTE del seguro, es el obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza. Cuando es una persona distinta al CONTRATANTE es el beneficiario principal de las coberturas que otorga la póliza.

- **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**
  Monto total anual ASEGURADO bajo esta Póliza con respecto a cada ASEGURADO TITULAR o sus dependientes, que se renueva anualmente cuando se haya consumido durante el periodo anual.

- **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.

- **CIRUGÍA AMBULATORIA**
  Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de HOSPITALIZACIÓN

- **CIRUGÍA ONCOLÓGICA**
  Procedimiento realizado en sala de operaciones por un médico con espec ialidad en cirugía oncológica con el propósito de biopsiar (tomar una muestra del tejido sospechoso para estudio) o resecar (extraer) de forma completa el tejido canceroso (incluyendo ganglios de ser necesario), con la intención de ofrecer una posibilidad de curación de la enfermedad.

- **CIRUGÍA PROGRAMADA**
  Cirugía en la que existe la alternativa de elegir y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder a la cirugía.

- **CLÍNICAMENTE ESTABLE**
  Se refiere cuando el paciente alcanza los objetivos terapéuticos con una dosis de medicamento, dieta, actividad física estable por lo menos en los últimos 6-12 meses sin haber presentado reagudizaciones o la necesidad de visitarse de urgencia por el diagnóstico referido o no haber presentado un resultado alterado en las pruebas de control.

- **COASEGURO**
  Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe asumir y pagar directamente cada vez que se le brinden las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican COASEGUROS se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a DEDUCIBLE y COASEGURO.

- **COMORBILIDAD**
  Presencia de enfermedades, tales como: enfermedad renal crónica, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedades del corazón, diabetes, Síndrome de Down, cáncer y esplenectomizados (personas que han tenido extracción parcial o total del bazo) e inmunosuprimidos (personas con sistema inmunológico debilitado), entre otros.

- **COMPLICACIONES**
  Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.

- **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**
  Eventos presentados durante la gestación y que ponen en riesgo la continuidad de la misma. Se consideran así a los ABORTOS, EMBARAZO ectópico, incompatibilidad de Rh, problemas con la placenta, hiperemesis, preeclampsia y eclampsia, así como PARTO pre-término y rotura de membranas.

  A partir de la semana veintiuno (21), se considerará como una amenaza de PARTO pre-término.

- **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**
  Conjunto de circunstancias que surgen de las respuestas del solicitante a la SOLICITUD DE SEGURO para que un riesgo pueda ser aceptado por PACÍFICO SEGUROS. Con este propósito PACÍFICO SEGUROS evaluará el riesgo y asimismo podrá disponer la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados, para que el solicitante pase a ser ASEGURADO.

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

- **CONDICIONES PARTICULARES**
  Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del ASEGURADO, descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene la TABLA DE BENEFICIOS. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al PLAN DE SEGURO adquirido por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

- **CONSECUENCIAS**
  Es todo hecho o acontecimiento resultante de otro, que se constituye en su causa.

- **CONSULTA**
  Acto mediante el cual el profesional de la SALUD atiende a la solución de un problema que guarda relación con alguna condición de SALUD de un individuo (el paciente).

- **CONTRATANTE**
  Persona que toma el seguro, ya sea a su favor, en cuyo caso será el ASEGURADO TITULAR o a favor de otra persona en cuyo caso ella se convierte en ASEGURADO TITULAR. En el segundo caso el CONTRATANTE es el obligado al pago de la prima y con quién se convienen las condiciones del seguro.

- **COSMÉTICO**
  Toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyen do mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos COSMÉTICOS.
  El producto cosmético que, en razón de su composición o absorción, tenga efectos farmacológicos deberá registrarse como producto farmacéutico. Igual disposición rige para los COSMÉTICOS a los que se les atribuye propiedades terapéuticas.

  Se considera grupo cosmético a:
  a) Los productos COSMÉTICOS con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.
  b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.
  c) Los COSMÉTICOS de perfumería con la misma fragancia.

d) Los productos COSMÉTICOS para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

Toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el f in de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos cosméticos, así como los humectantes que se asocian o acompañan.

- **CULPA INEXCUSABLE**
  Incurre en CULPA INEXCUSABLE quien por negligencia grave no ejecuta una obligación que estaba a su cargo.

- **DECLARACIÓN DE SALUD**
  Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, respecto de su estado de SALUD y del estado de SALUD de sus DEPENDIENTES, de ser el caso.
  La DECLARACIÓN DE SALUD, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por PACÍFICO SEGUROS, pudiendo encontrarse como parte de la SOLICITUD DE SEGURO.

- **DEDUCIBLE**
  El DEDUCIBLE es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de PACÍFICO SEGUROS en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican DEDUCIBLES se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES. Una misma atención puede estar afecta a DEDUCIBLE y COASEGURO.

- **DEDUCIBLE ANUAL**
  Dependiendo de si la Póliza ha sido contratada bajo este PLAN DE SEGURO y así conste en las CONDICIONES PARTICULARES, es el importe anual pactado que corresponderá asumir directa e íntegramente al ASEGURADO, sumando cada gasto cubierto por la Póliza, durante cada vigencia anual de la misma, hasta llegar a dicho importe total, luego de lo cual, PACÍFICO SEGUROS procederá a cubrir los gastos médicos de acuerdo a lo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES. Para el cómputo del monto del DEDUCIBLE ANUAL se considerarán sólo los Gastos Cubiertos por la Póliza. Sobre la operativid ad de este concepto ver el artículo 9° de estas CONDICIONES GENERALES.

- **DEPENDIENTE**
  Podrán asegurarse como DEPENDIENTES del ASEGURADO TITULAR las siguientes personas:

  - El cónyuge y/o conviviente (sin impedimento legal).
  - Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos del cónyuge y/o conviviente del ASEGURADO. La fecha máxima de permanencia de los hijos se señalará en las CONDICIONES PARTICULARES.

Para que los DEPENDIENTES puedan tener derecho a las coberturas de ésta póliza, ellos deberán estar necesariamente incluidos en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **DIAGNÓSTICO**
  Calificación que da el médico al estado de SALUD de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte, aun cuando no haya sido informado al ASEGURADO

- **DOLO**
  Procede con DOLO quien deliberadamente no ejecuta la obligación a la cual estaba obligado.

- **DONANTE CALIFICADO**
  Persona que cumple con los criterios normados para donar sangre, tejido u órganos y el designado para realizar la donación al ASEGURADO.

- **THE EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA)**
  Es responsable de la evaluación científica, supervisión y control de seguridad de los medicamentos desarrollados por empresas farmacéuticas para su uso en la UE (Unión Europea).

- **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.

- **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. Los casos considerados EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS bajo este concepto son los siguientes:

  - Abdomen agudo.
  - ACCIDENTES cerebrovasculares agudos.
  - Anafilaxia.
  - Asfixias de cualquier origen.
  - Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos.
  - Convulsiones.
  - Crisis asmática severa.
  - Deshidratación severa.
  - Dolor torácico de origen cardiaco (coronario).
  - Emergencia hipertensiva.
  - Envenenamiento e Intoxicaciones agudas

- Hemorragias.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Paro cardíaco y/o respiratorio.
- Pérdida de conocimiento súbito.
- Quemaduras.
- Shock.

Asimismo, cualquier otra condición que requiera de atención médica inmediata y que sea considerada como un caso de EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA por los médicos o paramédicos tratantes

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

- **ENFERMEDAD CONGÉNITA**
  Cualquier ENFERMEDAD, defecto f ísico, desorden orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, aunque no presentara manifestación clínica en el inicio de la vida extrauterina y aun cuando su evolución orgánico-funcional y/o manifestación clínica se haga evidente per se o por complicaciones o consecuencias en etapas posteriores de la vida, es decir independientemente del tiempo transcurrido, con o sin conocimiento previo del ASEGURADO.

- **ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS**
  Aquellas condiciones de SALUD potencialmente patológicas (anomalías en la estructura, función o metabolismo) originadas antes del nacimiento, mas no necesariamente manifestadas o identificadas en dicho momento, no siendo conocidas (ni siquiera parcialmente) por el ASEGURADO en el momento de ingreso a su póliza.

- **ENFERMEDAD CRÓNICA**
  Toda ENFERMEDAD que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

- **ENFERMEDAD EPIDÉMICA**
  ENFERMEDAD infecto-contagiosa que afecta simultáneamente a un gran número de la población.

- **ENFERMEDAD GENETICO - HEREDITARIA**
  ENFERMEDAD cuyo origen obedece a leyes de la genética y se transmite a las siguientes generaciones sin necesariamente respetar un orden natural. Se refiere a ENFERMEDADES hereditarias autosómico – dominantes.

- **ENFERMEDAD ONCOLÓGICA TERMINAL**
  Presencia de una enfermedad neoplásica maligna avanzada, progresiva e incurable sin opción de mejoría con tratamientos oncológ icos y con pronóstico de vida inferior a 4 meses (periodo comprendido entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía), en un contexto de fragilidad progresiva.

- **EPICRISIS**
  Documento resumen que formula y firma el médico tratante al momento del alta hospitalario del paciente.

- **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 médica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **EXAMEN PRECLÍNICO**
  Pruebas que se realizan antes que los signos o síntomas se manifiesten, se usan básicamente para estudios de investigación. Ejemplo: microresonancia

- **FÁRMACONUTRIENTE:**
  Ffórmulas alimentarias que además de su efecto nutricional intrínseco, poseen propiedades terapéuticas frente a enfermedades.

- **FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (F.D.A)**
  Agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la Administración y regulación de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos de América.
  Para mayor información, puede acceder a: www.fda.gov.

- **FECHA DE INICIO DEL SEGURO**
  Fecha que aparece en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza como fecha de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujeto a los períodos de carencia o espera establecidos en la misma.

- **GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO**
  Son los costos promedio cobrados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el ASEGURADO, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que, de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, se encuentren cubiertos.

- **HOSPITALIZACIÓN**
  Internamiento de una persona registrada como paciente en la RED DE CLÍNICAS por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una ENFERMEDAD, EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **HOTEL**
  Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

- **IMPLANTE**
  Es todo aquel material inerte que se inserta parcial o totalmente en el cuerpo humano, con finalidad terapéutica o estética (por ejemplo: IMPLANTES de mama

de silicona, entre otros). Para su aplicación no es imprescindible retirar el órgano en el que se implanta.

- **INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO**
  Resultado de pruebas y análisis emitido por un médico Anátomo Patólogo para determinar la existencia o ausencia de la ENFERMEDAD de CÁNCER.

- **INTERÉS ASEGURABLE**
  Es el requisito que debe concurrir en el Contratante del Seguro con respecto al Asegurado, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

- **INTERCURRENCIAS**
  Dícese de una complicación o de una enfermedad que sobreviene en el curso de otra enfermedad.

- **MEDICAMENTE NECESARIO**
  Significa una prueba, procedimiento, insumo, dispositivo o tratamiento que es apropiado y esencial, que no excede en alcance, duración, o intensidad del nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado, y que es consistente con las normas profesionales vigentes ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina basada en la evidencia y en las normas de ética médica.

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**
  Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la SALUD, práctica y productos, que **no** son considerados como parte de la medicina científica.

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**
  Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.

- **NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN)**
  Alianza norteamericana de centros médicos de excelencia en el tratamiento del CÁNCER, cuyo objetivo es ayudar a pacientes y a profesionales médicos a tomar decisiones fundamentadas sobre la atención médica del CÁNCER. Desarrolla, actualiza y disemina las guías de práctica clínica en oncología.
  Para mayor información visite la siguiente página web: www.nccn.org.
  Las guías están desarrolladas en lenguaje médico y están dirigidas a los médicos. Están desarrolladas en idioma inglés.

- **OPERADOR INTERNACIONAL**
  Es la entidad extranjera encargada de atender al ASEGURADO, señalada en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **OSTEOPENIA**
  Disminución leve de la densidad ósea cuantificada por densitometría que alcance un score T entre -1 a -2.5 en los huesos descritos para osteoporosis.

- **OSTEOPOROSIS**

  Disminución severa de la densidad ósea cuantificada por densitometría que demuestre un Score T inferior a -2.5 en columna lumbar (al menos dos cuerpos vertebrales), cuello femoral y/o cadera total, con incremento del riesgo de fractura. También configuran como osteoporosis los casos de fractura patológica de cuerpo vertebral o cadera, así tengan un score T que no alcance los valores de osteoporosis. No se valida el diagnóstico de osteoporosis con densitometrías de radio, antebrazo o triángulo de Ward por recomendación de la Organización Mundial de la Salud.

- **PACIENTE TERMINAL**

  Término médico que define la condición de salud de una persona diagnosticada con una ENFERMEDAD que no puede ser curada o tratada de manera adecuada y se espera como probable resultado el deceso del paciente dentro de un período corto de tiempo. Para la presente PÓLIZA, se refiere al ASEGURADO que presenta una ENFERMEDAD neoplásica avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a los tratamientos oncológicos y con pronóstico de vida inferior a tres (03) meses.

- **PARTO**

  Salida del feto del cuerpo materno naturalmente o por cesáre a, dando por finalizado el EMBARAZO.

- **PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO**

  Son las ENFERMEDADES indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico.

- **PERTINENCIA MÉDICA**

  Medida en que la atención médica se corresponde con las necesidades del paciente, es decir, adecuado como sinónimo de correcto, conveniente y medicamente necesario para la patología concreta que es atendida.

- **PÓLIZA DE SEGURO**

  Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, cláusulas adicionales, endosos, Anexos así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro.

- **PRE CERTIFICACIÓN**

  Es el proceso previo a la realización de una atención en el extranjero, el cual permite validar la pertinencia médica y condiciones a aplicar a dicha atención.

- **PREEXISTENCIA**

  Cualquier condición de alteración del estado de SALUD, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud inserta en la SOLICITUD DE SEGURO.

  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 que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una PÓLIZA DE SEGURO de

ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra en el periodo inmediato anterior a la presente Póliza**.**

El ASEGURADO y/o 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, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.

- **PREMATURIDAD**
  Gestación cuyo PARTO ocurre antes de alcanzar las 37 semanas de desarrollo intrauterino.

- **PUERPERIO**
  Se llama así al período de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de PARTO y se extiende por 45 días. El PUERPERIO se divide en PUERPERIO, inmediato, mediato y tardío.

- **PRÓTESIS**
  Pieza o dispositivo que reemplaza parcial o totalmente a un órgano, miembro o estructura del cuerpo y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad o estructura del órgano original. Para su aplicación es imprescindible retirar el órgano o parte del órgano que se reemplaza.

- **PRÓTESIS INTERNAS**
  PRÓTESIS de aplicación quirúrgica que sustituye a un órgano o parte del mismo. A diferencia de las PRÓTESIS externas, las PRÓTESIS INTERNAS se colocan mediante cirugía a un órgano interno y su uso es permanente o de tiempo prolongado pues no puede removerse diariamente.

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

- **REHABILITACIÓN FÍSICA**
  Aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas para preparar o readaptar al individuo con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad física funcional.

- **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**
  Procedimiento quirúrgico de restauración que se realiza luego del retiro de la mama como tratamiento del CÁNCER.
  Las técnicas de reconstrucción cubiertas son: con colgajo muscular (TRAM) y con PRÓTESIS.
  Se cubre sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado mastectomía radical o total por CÁNCER de mama durante la vigencia de la PÓLIZA, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro.

- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**
  Conjunto de centros de SALUD tales como clínicas y hospitales en los cuales la podrá derivar atenciones a consecuencia de EMERGENCIAS ACCIDENTALES y

EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICO, así como cualquier otra cobertura de la Póliza. Se detallan en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **REEMBOLSO**
  Modalidad de atención médica que permite la libertad de elección de médicos y servicios auxiliares en entidades no vinculadas (proveedores o médicos no afiliados) para recibir una prestación de SALUD, siempre y cuando su PLAN DE SEGURO contemple este beneficio.

- **REPORTE OPERATORIO**
  Documento que describe el procedimiento quirúrgico empleado y que se registra al concluir un acto quirúrgico. Es suscrito por el médico tratante.

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

- **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL**
  Para casos de dificultad diagnostica o terapéutica (previa validación de auditoría medica), ya sean casos médicos o quirúrgicos , pueden requerir la opinión de médicos especialistas que laboran en el extranjero y forman parte de nuestro grupo consultor. Para este fin sólo se envía el expediente médico al extranjero.

- **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (SOLO PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)**
  Opinión de otro cirujano, que PACÍFICO SEGUROS gestionará al existir una duda razonable con respecto a una decisión quirúrgica.

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

- **SINIESTRO**
  Realización del riesgo cubierto que da lugar a la solicitud de cobertura efectuada por el ASEGURADO por atenciones médicas prestadas o gastos incurridos durante la vigencia de la PÓLIZA DE SEGURO.

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

- **SOLICITUD DE SEGURO**
  Documento pre-impreso y definido por PACÍFICO SEGUROS, en el cual consignando la identificación del CONTRATANTE, ASEGURADO TITULAR y

DEPENDIENTES, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la DECLARACIÓN DE SALUD de los solicitantes.

- **SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD**
  Políticas y procesos definidos por PACÍFICO SEGUROS para fines de asumir o no el riesgo; entre sus instrumentos se incluyen: DECLARACIÓN DE SALUD; Examen de Asegurabilidad, interrogatorio ginecológico, perfil de e xámenes auxiliares por edad y sexo. Puede incluir además: exámenes adicionales y/o informes médicos.

- **TABLA DE BENEFICIOS**
  Cuadro inserto en la CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que contiene las coberturas, sus límites y alcances, las sumas aseguradas, así como las redes de atención.

- **TARIFARIO PACIFICO**
  Documento que fija los montos máximos a pagar para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de REEMBOLSO. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de PACÍFICO SEGUROS, ingresando a https://www.pacifico.com.pe/seguros/salud/documentos.

- **TRASPLANTE**
  Procedimiento quirúrgico, MÉDICAMENTE NECESARIO, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo del ASEGURADO, uno o más de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de TRASPLANTE, provenientes de un DONANTE CALIFICADO humano.

- **TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL**
  Todo tratamiento o procedimiento, ya sea de índole médica o quirúrgica, que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

- **UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO)**
  Unidad donde el ASEGURADO debe presentarse para una cita, llevando el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER y la documentación que sustente dicho DIAGNÓSTICO, con la finalidad de brindar las coberturas y beneficios oncológicas.
  Esta Unidad brinda también el servicio de Consejería Oncológica a pacientes con CÁNCER y a sus familiares acerca de la ENFERMEDAD diagnosticada, los tratamientos disponibles y el uso del seguro.
  Los teléfonos se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES.

- **URGENCIAS MÉDICAS**
  Cualquier condición de salud que requiere de atención médica que **no** pone en riesgo la vida ni deja secuelas irreversibles en la persona.