SEGURO DE RENTA HOSPITALARIA
(SEGURO SALUD ESENCIAL)

Condiciones Generales

INTRODUCCIÓN

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

Artículo 1°. - DEFINICIONES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CÁNCER: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de células malignas con crecimiento descontrolado, así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos. Se cubre el primer diagnóstico de cáncer.

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

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

Artículo 2°. - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

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

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

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

Artículo 3°. - PERIODO DE CARENCIA

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

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

Artículo 4°. - EXCLUSIONES

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

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

Artículo 5° TERMINACIÓN DE LA

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

Art. 6° NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

1. **Ausencia de INTERÉS ASEGURABLE, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o certificado de seguro al inicio de sus efectos, entendiéndose por INTERÉS ASEGURABLE lo señalado en el Glosario.**
2. **Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato o certificado de seguro se había producido el SINIESTRO o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**
3. **Reticencia y/o declaración inexacta, si media DOLO o CULPA INEXCUSABLE del CONTRATANTE o del ASEGURADO de circunstancia(s) por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. En caso de reticencia y/o declaración inexacta de un ASEGURADO será nulo sólo su certificado de seguro, manteniéndose vigente el contrato de seguro. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACÍFICO SEGUROS, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.**

Efectos sobre la prima:

En caso de nulidad de la Póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada a los treinta (30) días calendario siguientes de la fecha de nulidad. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta del CONTRATANTE o ASEGURADO, las primas pagadas quedan adquiridas por PACÍFICO SEGUROS, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio, en caso de haber un saldo adicional, esté se devolverá en el mismo plazo a los dos supuestos anteriores.

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

Artículo 7. - RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

La resolución del contrato o del certificado puede darse:

A. Sin expresión de causa:

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

expresión

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

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

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

Efecto sobre la prima:

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

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

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

(i) Por agravación del riesgo:

PACÍFICO SEGUROS podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los quince (15) días calendarios en que ésta fue debidamente comunicada por el CONTRATANTE o el ASEGURADO.

(ii) Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta:

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

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

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

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

Efectos sobre la prima:

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

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

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

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

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

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

Artículo 9°. - VIGENCIA DE LA POLIZA, INICIO DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

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

No obstante, lo anterior, vencido el plazo del contrato, la cobertura podrá continuar a requerimiento del CONTRATANTE o ASEGURADO, por un plazo igual y bajo los nuevos términos y condiciones que podría proponer PACÍFICO SEGUROS, que pueden incluir el aumento de primas y/o COASEGUROS y/o COPAGOS, de ser el caso, salvo que se haya venido renovando la Póliza de manera sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, en cuyo caso las coberturas no podrán ser modificadas de tal forma que resulten menores a las contratadas originalmente. El CONTRATANTE/ASEGURADO tendrá derecho a renovar su Póliza indefinidamente con el Beneficio Máximo Anual por Persona asegurada no menor que la pactada en la última vigencia. Queda establecido que la prima, aún después de los mencionados cinco años podrá variarse. Los criterios y procedimientos de actualización de la prima se encuentran señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso PACÍFICO SEGUROS no reclame el pago de la prima dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes al vencimiento del plazo para pagar la prima se entiende que el contrato se ha extinguido, de manera automática sin necesidad de comunicación alguna por PACÍFICO SEGUROS. PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima devengada.

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

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

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

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

- Dichos documentos deberán estar suscrito por el médico tratante.

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

Si PACÍFICO SEGUROS requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de los treinta (30) días calendario que tiene para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud de cobertura.

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

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

Artículo 12°. - RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

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

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

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

convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

Artículo 13º. - AGRAVACIÓN DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

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

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

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

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

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

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

Artículo 14°. - PREEXISTENCIAS

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

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

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

La preexistencia deberá ser declarada por el ASEGURADO en la solicitud de seguro proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS, está autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros o EPS, según corresponda, los antecedentes médicos y los alcances de su seguro de salud anterior, a fin de poder otorgar la continuidad de cobertura.

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

Artículo 15. - SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

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

Artículo 16°. - ATENCIÓN DE QUEJAS O RECLAMOS

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

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

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

Artículo 17°. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

Artículo 18°. - DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

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

Artículo 19°. - DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

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

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, El CONTRATANTE o EL ASEGURADO, según corresponda, podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no hay[illegible]na de las coberturas y/o

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

Artículo 20°. - CESIÓN DE CARTERA

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

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

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

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

Artículo 21°. - BASE LEGAL

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

Artículo 22°. - PRESCRIPCIÓN

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

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

CLÁUSULA ADICIONAL PARA COBERTURA INTERNACIONAL Y COBERTURA MÉDICA NACIONAL COMPLEMENTARIA

1. ALCANCE

En consideración al pago de la prima adicional, queda expresamente convenido que, en virtud de la presente Cláusula Adicional, PACIFICO SEGUROS conviene cubrir a los gastos médicos correspondiente a diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico que disponen de cobertura por la póliza, correspondiente al siniestro que sufra EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE a consecuencia de una ENFERMEDAD, CONDICIÓN MÉDICA o ACCIDENTE, ya sea en el Perú o en el Extranjero, conforme a lo establecido en esta cláusula adicional, en las condiciones generales y estrictamente restringido hasta los límites y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares.

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, deberán haber suministrado toda la información requerida por PACÍFICO SEGUROS sobre su estado de SALUD antes de la emisión de esta Póliza. Asimismo, autorizan a los profesionales o instituciones públicas y privadas donde hayan sido o sean tratados a suministrar a PACIFICO SEGUROS 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.

3. PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA

a) Período de Carencia

Es el período de tiempo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS y en la presente Cláusula Adicional, 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 período no serán cubiertas durante la vigencia de la Póliza, quedará excluidas permanentemente.
Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las siguientes EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS como: 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.

El Período de Carencia podrá ser eliminado si así lo decide PACIFICO SEGUROS en caso el ASEGURADO demuestre, al momento de contratar el seguro que estuvo previamente asegurado por una póliza de gastos médicos con cobertura internacional comparable a la Póliza emitida por PACIFICO SEGUROS y que dicha póliza estuvo vigente durante un año continuo inmediatamente anterior a la Fecha de Inicio de Cobertura de la nueva Póliza. Para ello, la Solicitud de Seguro debió ser presentada a PACIFICO SEGUROS dentro de los primeros treinta (30) días calendario

siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la Renovación de la Póliza anterior, y el ASEGURADO debió de haber declarado la existencia del seguro previo, aportando copia de la Póliza y el recibo de pago de la prima del último año y aviso de renovación. No obstante, la eliminación del Período de Carencia, si una condición médica se manifestara durante los primeros sesenta (60) días de cobertura de esta Póliza, los beneficios que PACIFICO SEGUROS estarán obligada a pagar por dicha condición se limitarán al menor valor establecido entre los beneficios previstos por la presente Póliza y aquellos que hubiese cubierto la póliza de gastos médicos anterior.

b) Período de Espera

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

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

El período de espera aplica para las siguientes condiciones de salud y será el que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS 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. Cáncer: ENFERDADES ONCOLÓGICAS
    b. Enfermedades crónicas y degenerativas del sistema osteomuscular, digestivo, urinario, endocrino y neurológico (incluye cirrosis, litiasis, esclerosis múltiple).
    c. Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, salvo eventos agudos (IAM, angina inestable, ACV agudo).
    d. Enfermedades oftalmológicas (catarata, glaucoma, degeneración macular).
    e. Procedimientos electivos: artroscopía, litotricia, polisomnografía, cirugías ORL.
4. Las ENFERMEDADES a consecuencia del Virus del VIH y Hepatitis C, el período de espera será el que se establezca en las TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.
5. Cirugía profiláctica del cáncer de mama, ovario y trompas, el período de espera será el que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.
6. Obtención y Almacenamiento de Células Madre, el período de espera será el que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.
7. Cirugía Bariátrica, de Bypass Gástrico y Cualquier Otro Procedimiento Quirúrgico para la Reducción de Peso, el período de espera será el que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

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

4. 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 de residencia o en el extranjero y hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO hasta el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL indicado en TABLA DE BENEFICIOS.

Las coberturas están sujetas a un DEDUCIBLE ANUAL, el seguro comenzará a regir únicamente después de que el Asegurado haya consumido el monto total señalado como tal en la TABLA DE BENEFICIOS.

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 Hospitalaria Privada y Semi-privada
- Sala de emergencias
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Cirugías.
- Honorarios del Cirujano Principal, del Anestesista, del Médico/Cirujano Asistente, del Asistente Instrumentista, y Visitas a Médicos y Especialistas. Estos se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables que correspondan a los procedimientos quirúrgicos realizados, o conforme a las tarifas especiales establecidas o pactadas por la aseguradora para un área geográfica, país o proveedor determinado, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios. Asimismo, estos son definidos por el equipo médico de la aseguradora en base a la revisión periódica de los costos prevalecientes para cada servicio médico en una misma área geográfica, o han sido previamente determinados en acuerdos negociados directamente con los proveedores. El costo UCR constituye la cantidad máxima que la aseguradora considerará elegible para el pago de un beneficio bajo la póliza.
- **Medicamentos por Prescripción Médica:**
  - Suministrados Durante una Hospitalización están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
  - Medicamentos Especializados durante una hospitalización están cubiertos tomando como base la fórmula genérica más económica disponible. Si un Medicamento Genérico o un Medicamento Biosimilar no está disponible, el costo del Medicamento de Patente podrá estar cubierto según lo especificado en la TABLA DE BENEFICIOS. Sin embargo, si un Medicamento Genérico o Biosimilar sí está disponible y el ASEGURADO opta por la compra del Medicamento de Patente, el ASEGURADO será responsable de asumir la diferencia de costo entre el valor del medicamento genérico o biosimilar y el medicamento de patente. En todos los casos, la reclamación de cobertura deberá estar debidamente acompañada de la prescripción médica correspondiente.
- Oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el DIAGNÓSTICO y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.
- Todo examen diagnóstico estudio especializado requerido y debidamente justificado, siendo suficiente la solicitud y justificación del médico a cargo del tratamiento.

b) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.

- **Medicamentos por Prescripción Médica:**
  - Suministrados Durante en una atención ambulatoria están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
  - Medicamentos Especializados durante una hospitalización están cubiertos tomando como base la fórmula genérica más económica disponible. Si un Medicamento Genérico o un Medicamento Biosimilar no está disponible, el costo del Medicamento de Patente podrá estar cubierto según lo especificado en la TABLA DE BENEFICIOS. Sin embargo, si un Medicamento Genérico o Biosimilar sí está disponible y el ASEGURADO opta por la compra del Medicamento de Patente, el ASEGURADO será responsable de asumir la diferencia de costo entre el valor del medicamento genérico o biosimilar y el medicamento de patente. En todos los casos, la reclamación de cobertura deberá estar debidamente acompañada de la prescripción médica correspondiente.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Para solicitar Equipo Médico Durable y Dispositivos Especiales, el asegurado deberá notificar previamente a PACIFICO SEGUROS y obtener la autorización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en esta Póliza, facultando a PACIFICO SEGUROS para coordinar dicho beneficio. Solo tendrá cobertura si se cumplen los criterios de que: proporcione un beneficio terapéutico al Asegurado para ciertas condiciones médicas; sea recetado por un Proveedor con licencia; el Asegurado presente documentación médica que justifique su necesidad; y no sirva principalmente como un elemento de comodidad o conveniencia. En caso de que el beneficio sea autorizado y el Asegurado lo adquiera, los Gastos Cubiertos serán reembolsados de acuerdo con los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables, previamente autorizado por PACIFICO SEGUROS.
- Implantes Quirúrgicos y Prótesis (excluyendo dentales).
- Cualquier servicio relacionado con un Implante Coclear, incluyendo cirugía, complicaciones, fisioterapia y visitas de seguimiento, está cubierto solo cuando así se especifique en la TABLA DE BENEFICIOS, y no aplica Período de Espera para este procedimiento. No obstante, para calificar para la cobertura, se requiere que el procedimiento sea Médicamente Necesario, debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que ocurra por primera vez mientras la Póliza está vigente (excluyendo, por lo tanto, una Condición Preexistente). Adicionalmente, se deberá informar previamente a PACIFICO SEGUROS que el Asegurado es candidato a la cirugía o Tratamiento de Implante Coclear, el cual debe contar con la aprobación previa de PACIFICO SEGURO.
- Yeso acrílico.
- Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.

5. COBERTURAS

En todos los casos, los pagos por las coberturas señaladas a continuación 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 con el tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por la presente Póliza.

Todas las coberturas de la presente póliza se otorgarán como parte del Beneficio Máximo Anual contratado, según lo indicado 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 la TABLA DE BENEFICIOS. El ámbito territorial de la cobertura se extiende a todo el mundo, salvo en aquellos países cuyo régimen político no permita trabajar con aseguradoras extranjeras; en tal caso, la cobertura se liquidará conforme a las condiciones aplicables a la atención bajo reembolso, especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS, a Tarifario Pacífico de Reembolso en moneda nacional.

Los beneficios que se otorgan son:

5.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

1. ATENCIÓN POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

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 hasta lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Si el asegurado requiere hospitalización y/o cirugía será bajo cobertura de condiciones hospitalarias detalladas en la TABLA DE BENEFICIOS.

Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

2. ATENCIÓN POR EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA

Siempre que el manejo de la emergencia médico-quirúrgica sea de manera exclusivamente ambulatoria, los gastos serán cubiertos sin aplicación de DEDUCIBLE ni COASEGURO hasta lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Si el asegurado requiere hospitalización y/o cirugía será bajo cobertura de condiciones hospitalarias detalladas en la TABLA DE BENEFICIOS.
Los gastos posteriores serán cubiertos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

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 con las condiciones 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

Asimismo, 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.
Este beneficio está condicionado a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO.

5.2 AMBULANCIA AÉREA O AMBULANCIA TERRESTRE

Los casos donde el transporte aéreo privado pudiera ser recomendado, pero que no califican como de Emergencia, no tendrán cobertura de 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 detallada 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.

Se cubre el transporte de Emergencia, por Ambulancia Aérea o Ambulancia Terrestre, al Hospital o Sanatorio más cercano donde el Asegurado pueda recibir el tratamiento apropiado que no está disponible localmente, siempre que:

a. El transporte de Emergencia sea Médicamente Necesario, para trasladar al Asegurado al Hospital o Sanatorio más cercano donde existe el tratamiento apropiado requerido.
b. El transporte de Emergencia esté relacionado con una Enfermedad o Accidente cubierto que no puede ser tratado donde se encuentra el paciente o donde se originó la Emergencia.
c. El transporte por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida, de la integridad personal o de la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.
d. El transporte de Emergencia tenga a bordo equipos e instrumentos médicos especializados, una tripulación capacitada en transportes médicos de Emergencia y sea operada por una compañía legalmente licenciada como operadora de ambulancias.
e. Tanto el transporte por Ambulancia Terrestre como por Ambulancia Aérea debe ser notificado y pre-aprobado por PACÍFICO SEGUROS, de acuerdo con la cobertura disponible para la condición o beneficio a tratar según lo establecido en esta Póliza.
f. El Asegurado acuerde mantener a PACÍFICO SEGUROS y a cualquier compañía afiliada libre de responsabilidad por cualquier negligencia resultante de tales servicios, o por demoras, o restricciones en los vuelos causadas por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, aerolínea, piloto, condiciones operacionales o climáticas, o cualquier otra causa ajena al control de PACÍFICO SEGUROS. El beneficio de Ambulancia Terrestre está cubierto hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin aplicación de Deducible, sujeto a los términos estipulados en esta Póliza. PACÍFICO SEGUROS proporcionará cobertura para Ambulancia Aérea hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin aplicación de Deducible, sujeto a los términos estipulados en esta Póliza.

5.3 TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN AMBULATORIA

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO solicitando una cita programada para atenderse con un médico en la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación de acuerdo con la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el DEDUCIBLE establecido. Pueden

ser realizadas en una instalación ambulatoria o en el hogar hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios por Asegurado, por Año Póliza, sujeto a los términos estipulados en esta Póliza. Si exceden treinta (30) días, deben ser notificadas para obtener autorización previa de PACIFICO SEGUROS.

5.4 MATERNIDAD

El beneficio de maternidad está disponible para ciertos planes de deducible únicamente. Por favor revisar la TABLA DE BENEFICIOS de su plan para verificar si cuenta con esta cobertura.
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 período de espera indicado en la TABLA DE BENEFICIOS, haya sido o no exonerado del Período de Carencia. Ningún servicio relacionado a la maternidad que ocurra antes del Período de Espera tendrá cobertura.

Se precisa que, para que las hijas inscritas como DEPENDIENTES en la Póliza, puedan acceder a esta cobertura, éstas deberán haber superado el período 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.

El beneficio máximo por gastos de maternidad se establece hasta el límite indicado en la TABLA DE BENEFICIOS, sin aplicación de deducible, tanto para parto normal —incluyendo gastos pre y post natales y atención médica al recién nacido saludable— como para cesárea electiva realizada en Hospital o Sanatorio dentro o fuera de la Red de Proveedores de PACIFICO SEGUROS. En el caso de cesáreas médicamente necesarias, estas se consideran Complicaciones de Maternidad y se cubrirán siempre que se haya cumplido el período de espera, no se considerará complicación una cesárea derivada de una anterior. Los gastos pre y post natales y los servicios médicos al recién nacido relacionados con complicaciones inherentes al parto estarán cubiertos bajo el beneficio de complicaciones de maternidad y del recién nacido conforme a la misma sección.

Para asegurarse que un Proveedor sea afiliado de la Red de Proveedores de PACIFICO SEGUROS, el asegurado deberá notificar a PACIFICO SEGUROS antes de recibir servicios bajo esta cobertura, ya que la misma puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

a. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

El beneficio de Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio está disponible para ciertos planes de deducible únicamente. Por favor revisar la TABLA DE BENEFICIOS de su plan para verificar si cuenta con esta cobertura. Siempre y cuando se haya cumplido con el Período de Espera de diez (10) meses, el beneficio máximo de por vida para las Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido, según se definen en esta Póliza, es como se indica en la Tabla de Beneficios.

Dicho beneficio incluye cualquier beneficio de Complicaciones del Embarazo o del Recién Nacido ya pagado bajo cualquier otra Póliza, contrato y/o Endoso de PACIFICO SEGUROS o cualquier compañía afiliada a ésta.

5.5 ENFERMEDADES CONGÉNITAS

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

Están bajo cobertura de esta Póliza, las ENFERMEDADES, lesiones y/o defectos congénitos y adquiridos al nacer, así como aquellas de tipo genético hereditario y/o no 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 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 y/o no hereditario, no diagnosticadas ni conocidas y siempre que no sean preexistencias antes de ingresar a la Póliza. Las 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 beneficio hospitalario o beneficio ambulatorio según corresponda, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

Los Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con Condiciones Congénitas y/o Hereditarias estarán cubiertos al cien por ciento (100%) del monto del beneficio indicado en la Tabla de Beneficios cuando se lleven a cabo dentro de la Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados. Estos Tratamientos deberán ser previamente autorizados y coordinados por PACIFICO SEGUROS. Si el Asegurado elige tratarse fuera de la Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados, PACIFICO SEGUROS cubrirá el Tratamiento como se especifique en la Tabla de Beneficios.

5.6 ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Se ofrece cobertura para el tratamiento del cáncer hasta el máximo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Los Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con el cáncer estarán cubiertos al cien por ciento (100%) del monto del beneficio indicado en la Tabla de Beneficios cuando se lleven a cabo dentro de la Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados. Estos Tratamientos deberán ser previamente autorizados y coordinados por PACIFICO SEGUROS. Si el Asegurado elige tratarse fuera de la Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados, PACIFICO SEGUROS cubrirá el Tratamiento como se especifique en la Tabla de Beneficios. 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.

5.7 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 totalidad de “Criterios de Cobertura” arriba mencionados, **adicional a lo indicado en la tabla de beneficios, condicionados y anexos.**

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.

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.

5.8 CIRUGÍA PROFILÁCTICA DE MAMA, OVARIOS Y TROMPAS PARA REDUCCIÓN DE RIESGO DE CÁNCER

La cirugía estará cubierta hasta el límite indicado en la TABLA DE BENEFICIOS, incluyendo todos los procedimientos y complicaciones directamente relacionados con la cirugía autorizada, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: el asegurado presente una predisposición genética confirmada mediante pruebas realizadas después del período de espera correspondiente a esta cobertura; se cuente con la validación por parte de PACIFICO SEGUROS de que la intervención es médicamente necesaria; y se haya cumplido el período de espera de veinticuatro (12) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado. Todos los servicios deberán ser previamente autorizados y coordinados por PACIFICO SEGUROS. El costo de las pruebas genéticas o procedimientos similares que determinen la predisposición se considerará dentro del monto total cubierto. En caso de que el asegurado realice un cambio a un plan con mayor beneficio, prevalecerá el monto menor del plan anterior. No se cubrirán los costos de ninguna prueba genética previa que no haya sido aprobada por PACIFICO SEGUROS.

5.9 PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCION – CHEQUEOS MEDICOS PREVENTIVOS

En tanto esté señalado en la Tabla de Beneficios, se cubren algunos chequeos médicos preventivos de acuerdo a las condiciones y límites ahí señaladas. El beneficio está disponible para ciertos planes de deducible únicamente.

5.10 EXAMEN MÉDICO DE RUTINA

Se cubren los Exámenes Médicos de Rutina siempre y cuando así se indique en la TABLA DE BENEFICIOS, hasta los montos máximos especificados, sin aplicación de Deducible ni Período de Espera.

Para menores de edad:

a) Durante el primer año de vida: Se cubren los exámenes generales, incluyendo gastos por servicios de laboratorio o gabinete, radiografías y vacunas.

b) A partir del primer año y hasta los dieciocho (18) años: Se cubre un examen general anual.

Para mayores de edad (a partir de los 18 años):

Incluye gastos por servicios de laboratorio o gabinete, radiografías y otros gastos médicos relacionados con el Examen Médico de Rutina. Algunos planes también incluyen como parte de este beneficio cobertura para tratamientos quiroprácticos, de acupuntura y nutrición, tratamientos para dejar de fumar y procedimientos de esterilización cuando así se indique en la TABLA DE BENEFICIOS.

5.11 GASTO DENTAL POR ACCIDENTE

Esta cobertura comprende el tratamiento Médicamente Necesario para la reconstitución o el remplazo de dientes naturales sanos que se hayan dañado o perdido en un Accidente cubierto por la póliza hasta el máximo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS. Los costos tendrán cobertura durante la vigencia de la Póliza hasta que concluya el tratamiento.

5.12 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.

5.13 TRASPLANTE DE ÓRGANOS

El beneficio de trasplante de órganos está disponible para ciertos planes de deducible únicamente. En la TABLA DE BENEFICIOS debe constar como tal para que se tenga derecho a la cobertura.
El ASEGURADO deberá notificar a PACÍFICO SEGUROS cuando se determine la necesidad de realizar un TRASPLANTE y se determine que es candidato para un Trasplante, para que PACIFICO SEGUROS coordine este beneficio. **Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por o en relación con un procedimiento de TRASPLANTE que no haya sido previamente aprobado por PACÍFICO SEGUROS.**

PACIFICO SEGUROS se reserva el derecho de solicitar una mayor información o de someter la documentación médica correspondiente al Trasplante a uno o más Médicos especialistas en Trasplantes para determinar la Necesidad Médica y pertinencia del mismo. Los plazos para solicitar la información adicional, así como el plazo para comunicar al ASEGURADO que se solicitará esa opinión y el plazo de espera de la respuesta, se señalan en la TABLA DE BENEFICIOS.

La cobertura incluye el cuidado médico previo al procedimiento de trasplante, directamente relacionado con el mismo, que comprende la evaluación para determinar si el asegurado es candidato, la evaluación específica para el procedimiento y la preparación y estabilización del asegurado; todos los estudios preoperatorios como servicios de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ultrasonidos, biopsias, medicamentos por prescripción médica y otros suministros; el costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano o tejidos, así como los gastos del donante; el procedimiento de trasplante; todos los cuidados posteriores directamente relacionados con el trasplante, incluyendo cualquier tratamiento médicamente necesario y complicaciones derivadas del procedimiento; y cualquier medicamento prescrito o medida terapéutica destinada a garantizar la viabilidad y permanencia del órgano o tejido trasplantado.

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

1. 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.
2. En el extranjero se otorgará sólo en establecimientos dentro de la Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados, estos estarán cubiertos al cien por ciento (100%) del monto del beneficio indicado en la TABLA DE BENEFICIOS. Estos Tratamientos deberán ser previamente autorizados y coordinados por PACIFICO SEGUROS. Si el Asegurado elige tratarse fuera de la Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados, PACIFICO SEGUROS cubrirá el Tratamiento como se especifique en la Tabla de Beneficios.
3. 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.**
4. Los únicos TRASPLANTES de órganos que están cubiertos para este beneficio son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea autólogo y alogénico e hígado.
5. 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.
6. 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.**

No se cubrirá ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro en las siguientes circunstancias: cuando no sea médicamente necesario; cuando sea considerado electivo, experimental o investigativo; cuando se brinde existiendo procedimientos o tratamientos alternativos con igual eficacia para tratar la condición que originó el trasplante; cuando provenga de un trasplante en el que el receptor reciba un dispositivo mecánico o artificial para reemplazar órganos humanos, o el donante sea un animal; cuando esté relacionado con un segundo trasplante posterior a uno fallido realizado antes de la fecha de inicio de cobertura del asegurado o con un trasplante no autorizado previamente por PACIFICO SEGUROS; y cuando se refiera a gastos de trasplante en los que el asegurado

actúe como donante vivo, incluyendo cualquier complicación médica derivada de dicha donación electiva.

Aplican también otras limitaciones en GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

5.14 ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Esta cobertura se otorga en tanto conste en la a TABLA DE BENEFICIOS. Se ofrecerá cobertura únicamente cuando los anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no hayan sido detectados antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, y siempre que así se indique en la TABLA DE BENEFICIOS, hasta el monto máximo especificado. Aplica un Período de Espera precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza

No se cubrirá ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro relacionado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las siguientes circunstancias: cuando la condición haya sido adquirida mediante el uso de drogas ilícitas por vía intravenosa, o cuando el asegurado utilice drogas, medicamentos o tratamientos considerados experimentales o investigativos. No se cubre el tratamiento antirretroviral contra el virus VIH.

5.15 CIRUGÍA BARIÁTRICA, DE BY-PASS GÁSTRICO Y CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA REDUCCIÓN DE PESO

Se cubrirán las cirugías bariátricas, procedimientos de by-pass gástrico y cualquier otro tratamiento quirúrgico para la reducción de peso cuando así se indique en la TABLA DE BENEFICIOS, hasta el monto máximo especificado y dentro de la Red de Proveedores previamente definido por PACIFICO SEGUROS. Para acceder a esta cobertura, el procedimiento debe ser médicamente necesario y confirmado como la mejor alternativa según el comité de auditoría de PACIFICO SEGUROS, además el asegurado debe haber cumplido un período de espera de veinticuatro (24) meses desde la fecha de inicio de cobertura, y se debe notificar a PACIFICON SEGUROS tan pronto se confirme que el asegurado es candidato para la cirugía o tratamiento, a fin de que la compañía autorice y coordine todo el proceso con el proveedor de la atención.

5.16 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Se cubrirán las cirugías reconstructivas hasta el máximo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS, siempre que estén relacionadas con una condición cubierta por esta póliza y no correspondan a una condición o padecimiento preexistente, o bien se deriven de una lesión ocasionada por un accidente cubierto durante la vigencia de la póliza. En el caso de cirugías de nariz, la cobertura aplicará únicamente cuando sean médicamente necesarias para corregir deformidades de la nariz o del tabique nasal causadas por trauma en un accidente cubierto, o para el tratamiento de cáncer de nariz. El asegurado deberá notificar previamente a PACIFICO SEGUROS y obtener la autorización correspondiente conforme a lo estipulado en la póliza. La evidencia del trauma, en forma de fractura, deberá ser confirmada mediante estudios radiológicos (radiografías, tomografías o resonancias magnéticas) y entregada a PACIFICO SEGUROS para su evaluación al momento de solicitar la aprobación. PACIFICO SEGUROS podrá rechazar la cobertura en caso compruebe que corresponde a una condición y lesión preexistente.

5.17 CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMOS TERMINALES

Se cubren los servicios relacionados con Cuidados Paliativos y Centros para Enfermos Terminales hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre que el médico tratante certifique que el asegurado ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal con expectativa de vida menor a seis (6) meses y presente a PACIFICO SEGUROS un plan de tratamiento. Para acceder a este beneficio, se deberá notificar previamente a PACIFICO SEGUROS y obtener la autorización correspondiente conforme a lo estipulado en la póliza. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: consultas médicas, atención de enfermería, suministros médicos, medicamentos por prescripción para control de síntomas y dolor, cuidado médico a domicilio y terapias física y ocupacional, siempre que formen parte del plan autorizado por PACIFICO SEGUROS. En caso el servicio se autorice para brindarse en el hogar del asegurado se otorgará asistencia parcial o complementaria en el hogar, que podrá incluir: una cama clínica mecánica, medicamentos, soluciones para hidratación, bomba de infusión, oxímetro de pulso y oxígeno; siempre y cuando tenga la indicación del médico oncólogo tratante. En caso sea médicamente necesario, podrá incluir servicio de técnica de enfermería hasta por un máximo de 12 horas sólo en horario diurno. Si el asegurado requiere internamiento en una residencia para enfermos terminales, esta deberá estar especializada en cuidados paliativos.

5.18 SERVICIOS DE CREMACIÓN Y REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de fallecimiento del Asegurado fuera de su País de Residencia como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la presente Póliza, PACIFICO SEGUROS asumirá los costos relacionados con la cremación de los restos mortales y su repatriación al País de Residencia del Asegurado. Este beneficio se limita a los servicios y suministros necesarios para la cremación o para la preparación y transporte del cuerpo al destino indicado. Para acceder a esta cobertura será obligatorio notificar previamente a PACIFICO SEGUROS y obtener la autorización correspondiente, conforme a lo estipulado en la Póliza. PACÍFICO SEGUROS, por intermedio de su OPERADOR INTERNACIONAL, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para el transporte.

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

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.

6. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

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

a) Gastos por tratamientos, lesiones, enfermedades, padecimientos, servicios o insumos que no sea médicamente necesarios; o que no hayan sido prescritos por un médico o profesional legalmente autorizado.

b) Preexistencias, entendidas como aquéllas así definidas en las condiciones generales de la póliza.

c) Tratamientos, procedimientos o cuidado podiátricos, sean efectuados por personal médico o no médico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, callosidades, juanetes (Hallux Valgus), dedos en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos y pies débiles, pedicure, tratamientos quiroprácticos, plantillas y

zapatos ortopédicos y ortésicos u otros soportes especiales de cualquier tipo o forma.

d) Tratamientos, procedimientos o servicios de Medicina alternativa, complementaria, integrativa, funcional y/o tradicional como acupuntura, homeopatía, quiropraxis, magnetoterapia, entre otros, salvo que se detalle específicamente en su póliza. Asimismo, se excluyen aquellos tratamientos que no hayan sido reconocidos para uso general por autoridades sanitarias competentes (FDA, EMA) como adecuados para condiciones médicas.

e) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos, psicólogos u odontólogos colegiados.

f) Cualquier tratamiento brindado por un familiar directo, incluido, pero no limitado al cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el hogar del Asegurado, así como cualquier tratamiento brindado en una entidad o instalación que sea propiedad o que esté bajo la supervisión del Asegurado o familiar directo, excepto aquellos que hayan sido previamente autorizados por PACIFICO SEGUROS.

g) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos u órganos, así como albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell), lo expresamente indicado para trasplante de médula ósea. Asimismo, se excluyen la adquisición o implantación de órganos artificiales, equipos de riñón artificial para uso personal y todos los gastos relacionados con la criopreservación y almacenamiento de tejidos o células por más de veinticuatro (24) horas, salvo lo expresamente indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

h) 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.

i) Pruebas diagnósticas, medicamentos, equipos, dispositivos, implantes, procedimientos o insumos médicos que no cuenten con aprobación para el diagnóstico o tratamiento correspondiente por autoridades sanitarias competentes (FDA, EMA) y que no estén científicamente reconocidos conforme a estándares internacionales. Asimismo, se excluyen tratamientos experimentales, investigativos o aquellos realizados en el marco de estudios clínicos patrocinados por terceros, salvo lo expresamente indicado en la póliza.

j) Pruebas diagnósticas, tratamientos, procedimientos, medicamentos, equipos o insumos que no se consideren médicamente necesarios y que carezcan de sustento científico conforme a la medicina basada en evidencia, incluyendo ensayos clínicos de fase III concluidos con beneficio demostrado. Se consideran para cobertura únicamente aquellos con niveles de recomendación fuerte (1-A, 1-B) según el sistema GRADE y que estén reconocidos por autoridades sanitarias competentes (FDA, EMA) y estándares internacionales.

k) Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos aprobados por la FDA o EMA, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados.

l) Medicamentos, equipos, insumos o dispositivos que, aun cuando cuenten con aprobación por autoridades sanitarias competentes (FDA, EMA), se encuentren expresamente indicados en esta póliza como excluidos. Esta disposición prevalece sobre cualquier otra condición de aprobación regulatoria.

m) Recursos terapéuticos naturales, cualquiera sea su forma de presentación, incluyendo productos, suplementos o tratamientos que no cuenten con reconocimiento para uso general por autoridades sanitarias competentes (FDA, EMA) como adecuados para condiciones médicas, salvo lo expresamente indicado en la póliza.

n) 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.

o) Productos de higiene personal, manoplas, ropa descartable para cuidadores o visitantes, así como productos cosméticos, cosmecéuticos, humectantes, exfoliantes, antiaging, despigmentantes, pigmentantes o similares. Asimismo, se excluyen bloqueadores solares (fotoprotectores) utilizados con fines preventivos y/o estéticos, salvo lo expresamente indicado en la póliza (por ejemplo, bloqueadores para vitíligo y rosácea).

p) Medicamentos, ni tratamientos destinados a la dependencia, desintoxicación o rehabilitación por consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas o sustancias controladas, salvo lo expresamente indicado en la póliza. Asimismo, se excluyen atenciones derivadas de lesiones autoinfligidas o actos realizados bajo la influencia de dichas sustancias.

q) Procedimientos y tratamientos para trastornos relacionados con Enfermedades mentales y/o psiquiátricas, y trastornos de la conducta y el desarrollo.

r) Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de género, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, Enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, tratamiento o Prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH positivo) o enfermedades consecuencia del mismo, salvo para planes que especifiquen cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

s) 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 estos. No se cubre carboximaltosa de hierro, ni nutrición enteral o parenteral en domicilio.

t) Cualquier estudio o Examen de Diagnóstico realizado para la emisión de certificados médicos con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, tratamientos profilácticos incluyendo, pero no limitado a vacunas, exámenes y pruebas genéticas o procedimientos similares, salvo lo específicamente indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

u) 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.

v) 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).

w) Exámenes de rutina de la vista y oídos, dispositivos auditivos, Implantes Cocleares (salvo lo específicamente indicado en la TABLA DE BENEFICIOS), anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y otros procedimientos para corregir trastornos de refracción visual. 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.

x) 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).

y) 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, 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.

z) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético (hereditario o no hereditario), identificados o no al nacer, a excepción de lo indicado TABLA DE BENEFICIOS.

aa) 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) y Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales salvo las que menciona la TABLA DE BENEFICIOS.

bb) Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea para una reconstrucción Médicamente Necesaria a consecuencia de una Lesión, deformidad o Enfermedad cubierta por la Póliza. No tiene cobertura el tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido consecuencia de un Accidente o trauma, complicaciones, efectos secundarios o secuelas derivadas de un procedimiento cosmético tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento.

cc) Cualquier medicamento de venta libre cuya adquisición no requiera una prescripción médica, así como cualquier suplemento dietético y/o alimenticio, supresores del apetito, vitaminas, medicamentos contra el envejecimiento, medicamentos o tratamientos para la regeneración del cabello que requiera o no prescripción médica.

dd) Cualquier atención, procedimiento o tratamiento por Enfermedades o Lesiones autoinfligidas, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental del Asegurado; incluyendo suicidio; suicidio fallido; abuso del alcohol; uso o abuso de drogas; uso de Drogas Ilícitas o el uso ilícito de substancias controladas; estando bajo la influencia de alguna de estas sustancias; o por riñas o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa grave de él mismo, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.

ee) 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.

ff) Cualquier tratamiento de ortodoncia, tratamientos quirúrgicos de la mandíbula o maxilar superior con el fin de corregir malformaciones de estos huesos ya sea con fin estético o de rectificación de la mordida.

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

hh) Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.

ii) 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.

jj) 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.

kk) 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.

ll) Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.

mm) Gastos incurridos por el aborto ilegal y sus complicaciones.

nn) Terapias biológicas en oftalmología, dislipidemia, terapia del dolor, neumología, hematología, endocrinología ni dermatología. Antifibróticos para fibrosis pulmonar.

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

pp) 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 común o respiratorio alto.

qq) 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.

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

ss) 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.

tt) 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.

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

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

ww) 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.

xx) Estudios, pruebas, paneles o screening genéticos (intra o extrauterino), estudio microarray. No se cubren ecografías 3D, 4D o 5D, ni ecografías genéticas o morfológicas.

yy) Antifibróticos para fibrosis pulmonar.

zz) SPECT cerebral en estudio de trastornos cognitivos, demencias, Parkinson, trastornos del sueño o atención, trauma craneoencefálico ni en accidente cerebrovascular.

aaa) 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.

bbb) Embolización arterial próstática

ccc) No se cubre anestesiólogo fuera de sala de operaciones.

ddd) 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.

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 considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, d) exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas 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 h) Infusión de linfocitos del donante.

eee) Terapia con luz pulsada intensa (IPL) para síndrome de ojo seco.

fff) Valvuloplastía nasal

ggg) Ablación laparoscópica de nervios uterinos (LUNA) o neurectomía presacra.

hhh) Retractores de heridas operatorias descartables para cesáreas (Alexis/Mobius, Traxi, entre otros). Manipuladores uterinos.

iii) Estudios de piel con sistema Fotofinder ® o similares

jjj) Terapia génica o genética y epigenéticas genéticas. para cualquier diagnóstico o condición de salud.

kkk) Retractores de heridas operatorias descartables para cesáreas (Alexis/Mobius, Traxi, entre otros). Manipuladores uterinos. Excepción: manipuladores uterinos para histerectomía

lll) Terapia genética, génica o epigenética para cualquier condición de salud, ya sean modificadores de ADN, de genoma, o medicamentos basados en ARN/ADN modificados.

mmm) Valvuloplastía nasal

nnn) con luz pulsada intensa (IPL) para síndrome de ojo seco

ooo) 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.

ppp) Esquemas terapéuticos pertenecientes a ensayos clínicos o protocolos experimentales desarrollados a nivel nacional o así los hayan iniciado en el extranjero.

qqq) Tratamientos no aprobados por DIGEMID, ni por vía regular ni por autorización excepcional para importación.

rrr) Diversores de flujo para cualquier territorio anatómico o condición de salud.

sss) Hemodiafiltración hospitalaria o ambulatoria.

ttt) Procedimientos, servicios y suplementos para el tratamiento del síndrome de fatiga crónica.

uuu) El diferencial de gastos que exceda el costo Usual, Acostumbrado y Razonable como se define en esta Póliza.

vvv) Cualquier admisión en un Hospital o Sanatorio por más de veinticuatro (24) horas antes de una cirugía programada.

www) Lesiones o Enfermedades causadas por o relacionadas con energía atómica, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares, o por terapia de Rayos X o radioterapia aplicada sin disposición o supervisión médica.

xxx) Cualquier gasto relacionado con el extravío, reparación o reemplazo del Equipo Médico Durable dañado, a menos que haya expirado su vida útil, así como cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones de un equipo médico que tenga el mismo propósito o fin

yyy) Tratamiento brindado por más de un asistente de cirugía, a menos que sea autorizado previamente por PACIFICO SEGUROS.

zzz) Tratamientos, servicios, y suministros brindados en instituciones que son hogares geriátricos, instituciones de descanso, de cuidado a largo plazo, spas, balnearios e hidroclínicas.

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

7. PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO (DEDUCIBLE ANUAL)

Para todo gasto cubierto a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE amparado por la póliza, así como en el caso de las coberturas incluidas en ella, el ASEGURADO tendrá como obligación consumir bajo su propio costo el monto del DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL señalado en la Tabla de Beneficios de su póliza. Luego de consumir el monto del DEDUCIBLE ANUAL, podrá aplicar las coberturas de la Póliza.
La definición de DEDUCIBLE ANUAL, se encuentra señalada en el GLOSARIO de la Póliza.
Asimismo, el ASEGURADO tendrá como obligación pagar los gastos no cubiertos por la póliza.
Para la aplicación del DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL:

a. Se aplicará un (1) deducible por cada Asegurado durante cada vigencia anual de la póliza. En el caso de pólizas familiares, se aplicará como máximo dos (2) deducibles por año póliza, considerando para dicho cálculo todos los montos imputados al deducible por cada uno de los miembros asegurados bajo la misma póliza.
b. Si el deducible ha sido completado en el país de residencia y el Asegurado recibe atenciones médicas en los Estados Unidos, donde el deducible aplicable sea mayor, la diferencia entre ambos deducibles será asumida por el Asegurado.
c. Todo gasto cubierto que haya sido aplicado al deducible durante los últimos tres (3) meses de la vigencia será trasladado y considerado para el deducible del siguiente año póliza.
d. En caso de accidente, conforme a la definición establecida en la póliza, el deducible será exonerado para los gastos incurridos por el Asegurado durante la vigencia en que ocurrió el accidente, siempre que la primera atención médica se realice dentro de los quince (15) días siguientes al evento. De no cumplirse este plazo, el siniestro será procesado como enfermedad. Si el accidente ocurre dentro de los últimos tres (3) meses de la vigencia, la exoneración aplicará también para la vigencia inmediata posterior únicamente respecto de los gastos derivados del accidente.
e. Es obligación del Asegurado notificar el accidente a PACÍFICO SEGUROS conforme a los procedimientos establecidos en estas condiciones generales. La exoneración del deducible no procederá si el aviso no se realiza en los términos indicados.
f. El deducible se reducirá en un cincuenta por ciento (50%) para el Asegurado que no registre reclamaciones durante tres (3) vigencias consecutivas. Este beneficio no aplica para deducibles familiares. Una vez presentada una reclamación, se reiniciará el cómputo del período de tres (3) años a partir de la siguiente renovación. El cambio de plan o deducible no interrumpe el cómputo, aplicándose siempre el menor beneficio hasta completar un nuevo período de tres (3) años sin reclamaciones. Este beneficio aplica únicamente para deducibles iguales o inferiores a cinco mil dólares (US$ 5,000). No se considerarán para este beneficio los chequeos médicos preventivos ni las reclamaciones en las que PACÍFICO SEGUROS no efectúe pagos.

Para la aplicación del DEDUCIBLE ANUAL establecido en la Póliza, 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.

8. 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.

PACIFICO SEGUROS reconocerá honorarios y gastos médicos aplicando los costos usuales, acostumbrados y razonables según bases de datos actualizadas. Los porcentajes de reembolso para profesionales asistentes se aplicarán según la escala establecida por PACIFICO SEGUROS indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Asimismo, el ASEGURADO deberá comunicar la ocurrencia del siniestro a PACIFICO SEGUROS dentro de los siete (7) días calendario siguientes a la fecha en que tome conocimiento del mismo o se encuentre razonablemente en posibilidad de efectuar dicha comunicación. En caso de imposibilidad por caso fortuito o fuerza mayor, el plazo se computará desde el momento en que desaparezca el impedimento.

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:

Si el ASEGURADO requiere una atención programada en el extranjero con un proveedor médico afiliado en el EXTRANJERO, 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 uce@pacifico.com.pe 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.

La notificación previa tiene como finalidad permitir a la PACIFICO SEGUROS verificar la elegibilidad del ASEGURADO, autorizar los beneficios conforme a las coberturas contratadas, evaluar la razonabilidad de los costos médicos y coordinar la atención, incluyendo la negociación de tarifas con PROVEEDORES, en beneficio del ASEGURADO.
Asimismo, la notificación permitirá confirmar si el PROVEEDOR se encuentra dentro de la RED de prestadores del plan, evitando la aplicación de penalidades por el uso de PROVEEDORES fuera de la red.

La notificación será obligatoria para hospitalizaciones, cirugías ambulatorias, exámenes de diagnóstico y transporte en ambulancia aérea o terrestre y otros servicios detallados en la TABLA DE BENEFICIOS.

b. ATENCION A REEMBOLSO

En caso de incumplimiento de los plazos de notificación establecidos, salvo causa ajena no imputable al ASEGURADO, éste asumirá el treinta por ciento (30%) del monto de los GASTOS CUBIERTOS, incluyendo el DEDUCIBLE aplicable. Esta penalidad es aplicable tanto para prestaciones en pago directo como para las otorgadas bajo modalidad de reembolso.

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 COSTO 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. Cuando los GASTOS CUBIERTOS se hayan incurrido en moneda extranjera, la indemnización se efectuará en DÓLARES AMERICANOS (USD), conforme a la legislación aplicable. Para pagos efectuados en el Perú, se aplicará el tipo de cambio regulado por la normativa vigente en el Perú.

c. ATENCIÓN POR EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O EMERGENCIA ACCIDENTAL

En caso de servicios de emergencia, debidamente acreditadas, deberán notificarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes de ocurrido el evento que dio origen a la EMERGENCIA. La notificación podrá ser efectuada por el ASEGURADO o por un tercero actuando en su representación.

Los plazos antes señalados podrán ampliarse únicamente en casos de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo efectuarse la notificación tan pronto cese el impedimento.
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) ATENCIÓN A REEMBOLSO precedente.

d. OTROS PROCEDIMIENTOS DE SOLICITUD DE COBERTURA
Para las siguientes coberturas, el ASEGURADO deberá tener en cuenta lo siguiente:

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.

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 documentos originales antes señalada debe ser enviada al correo uce@pacifico.com.pe, para dar inicio a los trámites.

9. 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 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 extranjero 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 en la que PACIFICO SEGUROS deberá comprometerse a dar una respuesta pronta y oportuna.

PACIFICO SEGUROS no es un PROVEEDOR de servicios médicos ni participa en la prestación directa de atenciones de salud. Su función se limita exclusivamente a administrar y otorgar la cobertura del seguro conforme a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones establecidos en la Póliza, respecto de las atenciones médicas brindadas por PRESTADORES debidamente autorizados y habilitados para ejercer.
En tal sentido, la PACIFICO SEGUROS no asume responsabilidad alguna por la calidad, idoneidad, oportunidad o resultado de los servicios médicos, opiniones profesionales, diagnósticos, tratamientos, prescripciones, procedimientos quirúrgicos, terapias, uso de medicamentos, prótesis, implantes o cualquier otro acto médico realizado por dichos PRESTADORES, incluyendo los eventuales efectos secundarios, complicaciones o interacciones que pudieran derivarse de los mismos. Todas las decisiones médicas, así como la elección de tratamientos, terapias, prescripciones y utilización de dispositivos médicos, corresponden de manera exclusiva al ASEGURADO y a su PROVEEDOR médico tratante.
El ASEGURADO reconoce que toda atención médica, así como los tratamientos, procedimientos, terapias, medicamentos y dispositivos utilizados, conllevan riesgos inherentes. En consecuencia, la decisión de aceptar o seguir una determinada indicación o tratamiento es de responsabilidad única y exclusiva del ASEGURADO y del profesional de salud que le brinda atención.
Asimismo, el ASEGURADO libera a la PACIFICO SEGUROS, a sus funcionarios, empleados, agentes y sociedades vinculadas, de cualquier reclamo, responsabilidad, daño, perjuicio, costo o gasto que pudiera derivarse de los servicios médicos recibidos, por cuanto tales servicios corresponden única y exclusivamente al ámbito de responsabilidad del PRESTADOR debidamente autorizado.

10. 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.

11. 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 dejará 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 de 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).

12. 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 de 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 período 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 de que no acepte el CONTRATANTE mantener solamente la cobertura nacional, procederá la resolución del contrato de acuerdo con 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.

13. 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.

14. ZONA DE COBERTURA

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 ya sea en el Perú o en el Extranjero.

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.

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.

RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS PARA TRATAMIENTOS AVANZADOS: Red de Hospitales con los que PACIFICO SEGUROS tiene convenio para que el Asegurado pueda recibir la atención médica requerida relacionada con los Tratamientos Médicos Avanzados (como se definen en esta Póliza). La lista actualizada de proveedores afiliados se deberá solicitar al momento de la pre-certificación a través de nuestros canales de atención. Esta es una red de convenio de pagos que atiende a la naturaleza del seguro de indemnizar y facilitar las mejores condiciones en los costos para cuidar la suma asegurada del Asegurado. La calidad de los servicios no es responsabilidad de PACIFICO SEGUROS.

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