

SEGURO DE RENTA HOSPITALARIA

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 fuerza externa

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 CRONICA: 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

NEUMONIA: 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 ANATOMO-PATOLÓGICO HISTOLÓGICO: Resultado histopatológico que define el diagnóstico de cáncer y es emitido por un médico anatómo 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 preestablecida 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 en las 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°. PERÍODO DE CARENCIA

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

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 preexistencia 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.

Artículo 5° TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

1. Fallecimiento del CONTRATANTE o ASEGURADO.
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 existente a 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, éste 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 9º. - 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 que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva **SOLICITUD DE SEGURO** ni una nueva **DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la **SOLICITUD DE SEGURO** y llenar la correspondiente **DECLARACIÓN**

JURADA DE SALUD y se iniciará nuevamente el cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia, previa aprobación de la Solicitud por parte de **PACÍFICO SEGUROS**.

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 periodo 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 de acercarse, a las oficinas del **COMERCIALIZADOR** y/o de **PACÍFICO SEGUROS** 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, según corresponda indicando las causas, diagnóstico, fecha de ingreso y fecha de alta.

- Dichos documentos deberán estar suscrito por el médico tratante.

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 13°. - 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 PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura.

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

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

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

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

Artículo 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 Pacifico Seguros al (XX)XXX-XXXX 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 a los términos del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO. Su oficina está ubicada en la calle Amador Merino Reyna N° 339 piso 9, distrito de San Isidro, Lima, teléfono 4210614, página web: www.defaseg.com.pe

Artículo 19°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

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

No obstante, lo señalado en el párrafo anterior, El CONTRATANTE o EL ASEGURADO, según corresponda, podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro; y siempre que el seguro se encuentre vigente.

Artículo 20°.- CESIÓN DE CARTERA

EL ASEGURADO declara conocer que PACÍFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la cartera de seguros del que forma parte este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por el Reglamento de Cesión de Cartera de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 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 Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor, 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 éste seguro.