

**RESUMEN INFORMATIVO
SEGURO ONCOLÓGICO ALIADA**

1. Compañía de Seguros

PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS (PACIFICO SEGUROS)

Web: www.pacifico.com.pe/

Lima - Sede Principal

Calle Juan de Arona N°830, San Isidro, Lima.

Teléfono: (01) 513-5000 (para Lima y Provincias)

La Compañía cuenta con agencias a nivel nacional, cuya información se encuentra en la web: <http://www.pacifico.com.pe/contactanos/oficinas>

2. Vigencia del seguro

Vigencia del seguro: {{FECINIVIGPOL}} – {{FECFINVIGPOL}}

Vigencia anual, con renovación según establecido en las condiciones particulares de la póliza.

3. Monto, forma y lugar de pago de la prima

Monto de la prima mensual comercial + IGV: S/. {{PRIMATOTAL}}

Mediante afiliación a débito automático ya sea con tarjeta de débito o con tarjeta de crédito, o mediante pago directo en las oficinas de PACIFICO SEGUROS.

Los detalles de la forma de pago se encuentran en las Condiciones Particulares.

CONDICIONES DEL PRODUCTO:

4. Alcances del derecho de arrepentimiento

Si el seguro fuera contratado a través de un comercializador o por PACÍFICO SEGUROS o utilizando sistemas de comercialización a distancia, el contratante y/o asegurado, según corresponda tiene derecho a arrepentirse de su contratación, lo cual debe ejercerlo dentro del plazo de 15 días calendario de haber recibido la póliza de seguro. No se cobra penalidad alguna. Para ello deberá enviar una comunicación escrita a la dirección de PACIFICO SEGUROS: área central de atención al cliente Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima, o a su comercializador, o enviar un correo electrónico a la siguiente dirección: atencionalcliente@grupopacifico.com.pe, o comunicarlo por teléfono llamando al 518-4000.

En general, el contratante y/o asegurado, según corresponda, podrá utilizar los mismos canales y procedimientos que se usó para la contratación de la póliza. Si hubiere pagado la prima o parte de ella, se le devolverá en el plazo máximo de 30 días calendario de recibir la comunicación antes indicada. No obstante, lo anterior, el contratante y/o 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; o, hubiera culminado la vigencia del contrato de seguro.

5. Principales riesgos cubiertos

El seguro cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al primer tratamiento de la enfermedad de Cáncer, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, únicamente en el centro oncológico ALIADA. Las principales coberturas oncológicas son:

- Cirugía Oncológica
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Terapias Biológicas

Los detalles de las coberturas y los beneficios especiales se encuentran señaladas en la parte C de las Condiciones Generales de la Póliza.

6. Principales exclusiones y gastos no cubiertos

Algunas de las exclusiones que tienen este seguro son las siguientes:

- Ninguna complicación como resultado del TRATAMIENTO ONCOLÓGICO o en relación con las Coberturas y Beneficios Especiales excepto las patologías cubiertas bajo el beneficio PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, descritas en esta PÓLIZA.
- Atenciones o tratamientos oncológicos realizados o prescritos por personas que no sean médicos profesionales colegiados, entendiéndose que son procedimientos médicos a los que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en el cual éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o, que conforme a las circunstancias de contratación no le permita conocer la existencia de irregularidades.
- Cambio de PRÓTESIS una vez concluido el procedimiento de reconstrucción cubierto por esta PÓLIZA.
- Chequeos médicos que no se encuentren señalados en la TABLA DE BENEFICIOS, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos y de rehabilitación, excepto las atenciones cubiertas expresamente por esta PÓLIZA.
- Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así

sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta PÓLIZA, excepto las cirugías de reconstrucción cubiertas expresamente por esta PÓLIZA.

- Compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos así como suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre, excepto las requeridas para el TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.
- Compra o alquiler de equipo médico. Ejemplos: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, sillas de ruedas, muletas, equipos ambulatorios para rehabilitación y cualquier otro utensilio u objeto destinado a ser aplicado en intervenciones médicas, diagnósticas o terapéuticas.
- Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno, comprendidos en las Clases II ó III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA. Ejemplos: implante coclear, neuroestimulador cerebral, marcapaso cardiaco, dispositivos intervertebrales o interespinosos y cualquier otro que surja en el futuro que se considere dispositivo o implante médico.
- Entiéndase por dispositivo o implante médico a cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro similar o relacionado, destinado a fines médicos.
- Gastos incurridos en establecimientos médicos no designados por CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA, excepto los cubiertos expresamente por esta PÓLIZA.
- Gastos pagados directamente por el ASEGURADO para su tratamiento oncológico no reconocidos por esta PÓLIZA.
- Neoplasias malignas en pacientes previa o concomitantemente diagnosticados de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y que se encuentran en los criterios AIDS, tales como sarcoma de Kaposi y Linfomas.
- Procedimientos, terapias o tratamientos que NO cuenten con la recomendación de las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de los Estados Unidos de América, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A y/o que NO hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- Todo tipo de prótesis externas, y PRÓTESIS INTERNAS que no estén expresamente cubiertas por esta PÓLIZA.
- Los siguientes tratamientos de medicina alternativa y/o complementaria: acupuntura, aromaterapia, ayurveda, cromoterapia, dietética, fitoterapia, hidroterapia, hipnosis, homeopatía, kinesiología, medicina folklórica, medicina holística, medicina naturopática, medicina osteopática, medicina tradicional oriental, quiromasaje, quiropráctica, qi gong,

reiki, reflexoterapia, sanación pranika, sofrología, terapia floral, terapia de toque, watsu, yoga.

- Tratamientos o procedimientos catalogados como preventivos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
- Vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, nootrópicos, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.

Este seguro tiene más exclusiones y gastos no cubiertos. Mayor información se encuentra en la parte E de las Condiciones Generales de la Póliza.

7. Canales de orientación sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del seguro

El ASEGURADO puede solicitar la cobertura bajo la modalidad de atención al crédito en cualquier clínica o centro médico de la red de proveedores médicos de PACÍFICO SEGUROS señalado en las condiciones particulares, o por reembolso si es que así se establece en las Condiciones Particulares. En caso de tener dudas sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del presente seguro usted podrá realizar cualquier consulta directamente a PACÍFICO SEGUROS al teléfono (01) 415-1515 o a través de la aplicación Mi Espacio Pacífico, o llamando al Call Center: (01) 513-5000.

8. Condiciones de acceso y límites de permanencia

El ASEGURADO para acceder al seguro debe residir en el Perú y gozar de buena salud, salvo lo declarado en la Solicitud de Seguro. La edad límite de ingreso del ASEGURADO y sus dependientes se establece en las Condiciones Particulares.

9. Procedimiento para la solicitud de cobertura en caso de un siniestro

Para que el ASEGURADO pueda hacer uso del seguro por las coberturas especificadas en las CONDICIONES PARTICULARES, deberá cumplir con lo siguiente:

Requisitos:

- a) Contar con un INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO con resultado positivo para CÁNCER, extendido por un profesional médico especialista.
- b) Contar con documentación de sustento del DIAGNÓSTICO: resultados de exámenes preliminares, análisis, radiografías y/o procedimientos realizados.
- c) Que la cobertura no se encuentre suspendida.

Procedimiento:

- a) Comunicarse con la UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO) a fin de programar una cita.
- b) La dirección y teléfonos de la UCO se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA.

- c) En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento, la orientación se podrá realizar telefónicamente.
- d) Presentar al momento de la cita en la UCO, en original, el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER y la documentación que sustente dicho DIAGNÓSTICO.
- e) En la UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO) se orientará al ASEGURADO acerca de las coberturas, exclusiones y en general sobre los alcances de la PÓLIZA.
- f) En caso de requerir atención, ésta será brindada directamente por el CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA o por el establecimiento médico derivado por éste.

Para más información y detalle sobre el procedimiento a seguir para solicitar los beneficios adicionales, revisar la parte B de las Condiciones Generales.

10. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias

Se informa al ASEGURADO que existen diferentes instancias para presentar reclamos en contra de PACIFICO SEGUROS, como son:

- **Defensoría del Asegurado:** Web: www.defaseg.com.pe. Teléfono: (01) 421-0614, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 – Piso 9, San Isidro, Lima.
- **Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones: Plataforma de Atención al Usuario – SBS:** Teléfono: (0800) 10840, Dirección: Av. Dos de mayo 1475, San Isidro 15073, Web: www.sbs.gob.pe
- **Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud): Teléfonos: 01-372 6127 / 01-372 6150, Línea gratuita: 113. Sede central:** Av. Nicolás de Piérola N°529-589 Cercado de Lima, Lima-Perú. Web: <https://www.gob.pe/susalud>
- **INDECOPI:** Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

**SEGURO ONCOLÓGICO
“ALIADA CONTRA EL CÁNCER”**

CONDICIONES GENERALES

INTRODUCCIÓN

PARTE A DEFINICIONES

PARTE B PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA Y TIPO DE ATENCIÓN

PARTE C COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES

PARTE D GASTOS CUBIERTOS

PARTE E GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

PARTE F DISPOSICIONES GENERALES

PARTE G CONDICIONES LEGALES COMUNES PARA TODO TIPO DE SEGURO DE SALUD

PARTE H CONDICIONES MINIMAS

INTRODUCCIÓN

El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada PACÍFICO SEGUROS, celebra el presente contrato de seguro teniendo como base la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR. El contrato de seguro se rige por lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES y Anexos que se adjunten.

Todos los términos resaltados en mayúsculas se encuentran definidos en la Parte A siguiente:

PARTE A: DEFINICIONES:

Para ayudarle a entender su PÓLIZA se definen a continuación las siguientes palabras y frases:

1. **ASEGURADO:** Dentro de esta denominación se considera indistintamente al ASEGURADO TITULAR y a los DEPENDIENTES inscritos en la PÓLIZA, todos ellos como personas que gozan de las coberturas.
2. **ASEGURADO TITULAR:** Persona natural que se beneficia con las coberturas del seguro para él y/o sus DEPENDIENTES y que mantiene una relación con el CONTRATANTE de la PÓLIZA. Es el responsable de completar la Declaración de Salud. La figura de asegurado titular y contratante puede reunirse en la misma persona. El contratante es el obligado al pago de la prima.
3. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Monto total anual asegurado bajo esta PÓLIZA con respecto a cada ASEGURADO inscrito.
4. **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.
5. **CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA:** Referencia a la red de Clínicas “Aliada, Oncología Integral”. Centro médico especializado en el tratamiento del CÁNCER. La dirección y sus teléfonos se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES.
6. **CIRUGÍA PROGRAMADA:** Cirugía en la que existe la alternativa de programar la cirugía y esperar el tiempo para operar. No existe urgencia ni emergencia para proceder con la cirugía de manera inmediata.
7. **CIRUGÍA ONCOLÓGICA:** Intervención quirúrgica realizada por un médico con especialidad de Cirujano Oncólogo para tratar una enfermedad oncológica.
8. **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por PACÍFICO SEGUROS para regir el Contrato de Seguro. Su aplicación puede ser modificada por

otras cláusulas contractuales incluidas en la PÓLIZA.

- 9. CONDICIONES PARTICULARES:** Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada, los alcances de las coberturas, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, lugar y forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene la TABLA DE BENEFICIOS. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan adquirido por el CONTRATANTE.
- 10. CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro. Puede además tener la calidad de Asegurado. Es el obligado al pago de la prima.
- 11. DEPENDIENTE:** Persona que se beneficia de los Gastos Cubiertos de la presente PÓLIZA siempre y cuando se encuentre inscrita como tal.
Para la presente PÓLIZA, se considera como DEPENDIENTES asegurables a las siguientes personas:
- a) El cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR de acuerdo a la legislación peruana.
 - b) Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos de cualquiera de los cónyuges, siempre y cuando sean solteros y residan con el ASEGURADO TITULAR en el mismo domicilio.
 - c) Los padres del ASEGURADO TITULAR.
 - d) Los trabajadores del hogar del ASEGURADO TITULAR.
- 12. DIAGNÓSTICO:** Calificación que da el médico al estado de salud de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte, aún cuando no haya sido informada al ASEGURADO.
- 13. FISIOTERAPIA:** Técnica de curación que consiste en utilizar elementos naturales (luz y agua) o acciones mecánicas (masajes, movimientos corporales y ejercicios físicos) cuando por consecuencia del tratamiento oncológico el ASEGURADO ha perdido o se encuentra en riesgo de perder, o de alterar de forma permanente o temporal, el adecuado movimiento de su cuerpo a fin de recuperar sus funciones físicas.
- 14. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN:** (*NCCN ClinicalPracticeGuidelines in Oncology*). Una biblioteca completa de lineamientos de práctica clínica, desarrollada, actualizada y diseminada por la NCCN con base en la experiencia colectiva de norma para las políticas clínicas en oncología. Las guías representan una declaración de pruebas y consenso de expertos con respecto a la evidencia científica y sus puntos de vista sobre los enfoques de tratamientos aceptados en la actualidad. Las guías se van actualizando a medida que se dispone de nuevos datos significativos.
- 15. INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO:** Resultado de pruebas y análisis emitido por un médico Anatómo Patólogo para determinar la existencia o ausencia de la enfermedad de CÁNCER.

- 16. INTERÉS ASEGURABLE:** Es el requisito que debe concurrir en el Contratante del Seguro con respecto al Asegurado, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.
- 17. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN):** Alianza norteamericana de centros médicos de excelencia en el tratamiento del CÁNCER, cuyo objetivo es ayudar a pacientes y a profesionales médicos a tomar decisiones fundamentadas sobre la atención médica del CÁNCER. Desarrolla, actualiza y disemina las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA. Para mayor información respecto a la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK: visite la siguiente página web: www.nccn.org.
- 18. NUTRICIÓN PARENTERAL:** Alimentación endovenosa para pacientes que por una CIRUGÍA ONCOLÓGICA no pueden alimentarse en forma enteral.
Para la presente PÓLIZA, esta cobertura no se brinda a los pacientes que estén usando el beneficio de CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR.
- 19. PACIENTE TERMINAL:** Término médico que indica que una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada y se espera como resultado el deceso del paciente dentro de un período corto de tiempo.
Para la presente PÓLIZA, se refiere al ASEGURADO que presenta una enfermedad neoplásica avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a los TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS y con pronóstico de vida inferior a tres (03) meses.
- 20. PERÍODO DE CARENCIA:** Tiempo que se indica en las CONDICIONES PARTICULARES durante el cual los Gastos Cubiertos y las Coberturas y Beneficios Especiales aún no están activos. Se cuenta desde el inicio de la vigencia de la PÓLIZA. Todo DIAGNÓSTICO y/o enfermedad manifestada durante este período será considerado PREEXISTENCIA y no estará sujeto a cobertura.
- 21. PERÍODO DE ESPERA:** Tiempo que se indica en las CONDICIONES PARTICULARES durante el cual ciertas coberturas, beneficios adicionales y/o procedimientos no están aún cubiertos. Se cuenta desde el inicio de la vigencia de la PÓLIZA.
A diferencia del PERÍODO DE CARENCIA, transcurrido el plazo señalado, la cobertura, beneficio adicional y/o procedimiento se activará y será cubierto.
- 22. PET:** (Positron Emission Tomography) Tomografía por Emisión de Positrones. Procedimiento de DIAGNÓSTICO por imágenes, no invasivo, que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano.
Para la presente PÓLIZA, se cubre el PET Scan, PET/CT para el seguimiento de la enfermedad, de acuerdo a los parámetros establecidos en la NCCN para el tipo de patología cubierta y según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.
- 23. PÓLIZA:** La PÓLIZA o PÓLIZA de Seguro, es el documento en el que consta el Contrato de Seguro y que está conformado por las CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES

PARTICULARES, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales, Endosos y Anexos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro.

- 24. PREEXISTENCIA:** Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud que incluye la declaración jurada de salud. No se consideran PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una PÓLIZA de enfermedades o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente PÓLIZA.
- 25. PRÓTESIS:** Extensión artificial que sustituye parte del cuerpo y cuya utilidad, para efectos de la presente PÓLIZA, es netamente funcional.
- 26. PRÓTESIS INTERNAS:** PRÓTESIS de aplicación quirúrgica que sustituye a un órgano o parte del mismo. A diferencia de las prótesis externas, las PRÓTESIS INTERNAS se implantan mediante cirugía a un órgano interno y su uso es permanente o de tiempo prolongado pues no puede removerse diariamente.
- 27. QUIMIOTERAPIA:** Esquemas de tratamiento de oncología clínica con fármacos antineoplásicos.
- 28. RADIOTERAPIA:** Aplicación de radiaciones ionizantes emitidas por equipos como el acelerador lineal, diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores malignos localizados.
- 29. RECLAMO:** Es la manifestación verbal o escrita, por la cual un ASEGURADO se dirige a PACÍFICO SEGUROS para hacer conocer deficiencias en la calidad de la atención o algún incumplimiento en el servicio brindado de acuerdo a lo estipulado en la PÓLIZA.
- 30. SOLICITUD DE SEGURO:** Documento determinado por PACÍFICO SEGUROS, en el cual se consigna la identificación del ASEGURADO TITULAR y DEPENDIENTES, se define el tipo de Seguro que desea contratar el solicitante, los otros seguros que tiene (de ser el caso) y la forma de pago del Seguro, además de contener la Declaración Jurada de Salud del ASEGURADO. Debe ser completado por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR. Es el documento base para la emisión de la PÓLIZA de Seguro.
- 31. SINIESTRO:** Materialización del riesgo cubierto que en este tipo de PÓLIZA es el DIAGNÓSTICO de la enfermedad de CÁNCER, sustentado con el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO.
- 32. TABLA DE BENEFICIOS:** Cuadro inserto en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA que contiene las especificaciones de las coberturas, los límites del beneficio máximo anual y los

aspectos importantes del seguro. Forma parte de las CONDICIONES PARTICULARES.

- 33. TERAPIA BIOLÓGICA:** Tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica cubiertos por la presente PÓLIZA: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia.
- 34. TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA:** Procedimiento para reemplazar la médula ósea infiltrada por células neoplásicas, por células madre sanas, que pueden ser obtenidas del mismo paciente (trasplante autólogo), o de otra persona (trasplante alogénico).
- 35. UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO):** Unidad donde el ASEGURADO debe presentarse para una cita, llevando INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER y la documentación que sustente dicho DIAGNÓSTICO, con la finalidad de activar su PÓLIZA y poder gozar de las coberturas y beneficios que se ofrecen.
Esta Unidad brinda también el servicio de Consejería Oncológica a pacientes con CÁNCER y a sus familiares acerca de la enfermedad diagnosticada, los tratamientos disponibles y el uso del seguro.
La dirección y teléfonos de la UCO se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA.

PARTE B. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA Y BENEFICIOS ADICIONALES - TIPO DE ATENCIÓN

Para que el ASEGURADO pueda hacer uso del seguro por las coberturas especificadas en las CONDICIONES PARTICULARES, deberá cumplir con lo siguiente:

1. PARA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Requisitos:

- a) Contar con un INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO con resultado positivo para CÁNCER, extendido por un profesional médico especialista.
- b) Contar con documentación de sustento del DIAGNÓSTICO: resultados de exámenes preliminares, análisis, radiografías y/o procedimientos realizados.
- c) Que la cobertura no se encuentre suspendida.

Procedimiento:

- a) Comunicarse con la UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO) a fin de programar una cita.
La dirección y teléfonos de la UCO se señalan en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA.
En caso el ASEGURADO viva en provincias o en caso de impedimento, la orientación se podrá realizar telefónicamente.
- b) Presentar al momento de la cita en la UCO, en original, el INFORME ANÁTOMO

PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo para CÁNCER y la documentación que sustente dicho DIAGNÓSTICO.

- c) En la UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO) se orientará al ASEGURADO acerca de las coberturas, exclusiones y en general sobre los alcances de la PÓLIZA.
- d) En caso de requerir atención, ésta será brindada directamente por el CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA o por el establecimiento médico derivado por éste.

2. PARA BENEFICIOS ADICIONALES

El ASEGURADO y/o sus familiares solicitarán al CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA la información necesaria para acceder a los BENEFICIOS ADICIONALES en el momento en que ellos lo requieran. Específicamente, para acceder a cada cobertura el ASEGURADO deberá tener en cuenta lo siguiente:

2.1 ALIMENTACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE

Solicitarlo a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios, quien lo aprobará emitiendo una carta de garantía, dentro del plazo máximo de 12 horas.

2.2 AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA

Solicitarlo a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios, previa indicación del médico tratante.

2.3 CIRUGÍA DE HALLAZGO

Solicitar el reembolso en la Plataforma de atención al Cliente de PACIFICO SEGUROS, dentro de los 60 días calendarios adjuntando la documentación sustentatoria de los gastos: (i) comprobantes de pago en original (ii) copia de informes o procedimientos médicos.

2.4 SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL.

En caso se confirme la enfermedad de Cáncer, solicitarlo al CENTRO ONCOLOGICO ALIADA quienes serán los encargados de tramitar la carta de garantía.

2.5 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios o ante el mismo CENTRO ONCOLOGICO ALIADA quienes se encargarán de tramitar la carta de garantía. Tiene restricciones, ver la Tabla de Beneficios.

2.6 COBERTURA DE PRÓTESIS INTERNAS

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios o al CENTRO ONCOLOGICO ALIADA quienes se encargarán de tramitar la carta de garantía.

2.7 CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

2.8 CONSEJERÍA ONCOLÓGICA

El ASEGURADO debe coordinar una cita con la UCO, llamando a la Central de Aliada contra el Cáncer al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

2.9 PARA DESPISTAJE ONCOLÓGICO GRATUITO

Requisito:

Sólo se puede hacer uso de la cobertura de Despistaje Oncológico Gratuito luego de la primera renovación de la PÓLIZA y siempre y cuando ésta se encuentre vigente.

Procedimiento:

Comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Programar la fecha de la cita.

2.10 PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios o ante el CENTRO ONCOLOGICO ALIADA quienes tramitarán la carta de garantía.

2.11 GASTOS DE SEPELIO

Solicitarlo a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios o directamente al proveedor funerario señalado en dicha Tabla. La atención es inmediata.

2.12 NUTRICIONISTA

Coordinar una cita llamando a la central del proveedor señalado en la Tabla de Beneficios. Se emitirá una carta de garantía dentro del plazo máximo de 12 horas de solicitado.

2.13 NUTRICIÓN PARENTERAL

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios. Se emitirá una carta de garantía dentro del plazo máximo de 12 horas de solicitado.

2.14 PET SCAN Y PET/CT

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios o ante el CENTRO ONCOLOGICO ALIADA quienes tramitarán la carta de garantía.

2.15 RADIOCIRUGÍA

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios o ante el CENTRO ONCOLOGICO ALIADA quienes tramitarán la carta de garantía.

2.16 RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Solicitar a PACIFICO SEGUROS o ante el CENTRO ONCOLOGICO ALIADA quienes tramitarán la carta de garantía.

2.17 SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO

Solicitar a PACIFICO SEGUROS pasando por el procedimiento señalado en el numeral 1 precedente para la ATENCION ONCOLOGICA.

2.18 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

Coordinar con la Central Telefónica de PACIFICO SEGUROS al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

2.19 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

Coordinar con la Central Telefónica de PACIFICO SEGURO al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

2.20 TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL

Coordinar con la Central Telefónica de PACIFICO SEGUROS al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

2.21 TRATAMIENTOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Solicitar a PACIFICO SEGUROS llamando al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios, quien de aprobar la cobertura, emitirá una carta de garantía dentro del plazo máximo de 48 horas.

2.22 PROGRAMA PSICOLÓGICO PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES

Solicitarlo llamando a la central telefónica del Centro Oncológico Aliada al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

2.23 FISIOTERAPIA

Solicitarlo llamando a la central telefónica del Centro Oncológico Aliada al teléfono señalado en la Tabla de Beneficios.

PACIFICO SEGUROS extenderá la carta de garantía dentro de un plazo máximo de 24 horas. No obstante, dependiendo de la complejidad del caso médico podría otorgarse en un plazo mayor, que no excederá de 96 horas.

3. ATENCIÓN A CRÉDITO Y COBERTURA UNICA DE ATENCION POR REEMBOLSO

Los beneficios cubiertos serán pagados directamente al CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA por PACIFICO SEGUROS. El ASEGURADO deberá acudir únicamente al CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA o al establecimiento médico que él derive para su atención.

Todas las coberturas se brindan sin pagos adicionales. La única cobertura que es por reembolso es la de CIRUGIA DE HALLAZGO.

PARTE C.COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES

El seguro otorga las siguientes coberturas y beneficios adicionales para el tratamiento de la enfermedad oncológica, los cuales serán brindados únicamente en él y por el CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA:

1. TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:

Cubre el primer tratamiento de la enfermedad de CÁNCER a partir de que es diagnosticada y sustentada por primera vez con el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO positivo. Los tratamientos y/o procedimientos cubiertos por la presente PÓLIZA comprenden: QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA y TERAPIA BIOLÓGICA.

Para la aprobación de la cobertura de cada caso oncológico específico a tratar, resulta indispensable que los tratamientos y/o procedimientos de QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, CIRUGÍA ONCOLÓGICA y TERAPIA BIOLÓGICA cumplan simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:

- a) Que hayan concluido exitosamente los estudios de Fase III de su ensayo clínico (es decir que demuestre su eficacia en el tratamiento y/o procedimiento oncológico), y
- b) Que encuentren calificadas en las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de los protocolos de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de Estados Unidos de América.

Adicionalmente los mencionados tratamientos y/o procedimientos oncológicos deberán contar con la recomendación de las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A.

Como parte del tratamiento oncológico, se cubre el TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA siempre y cuando cumpla simultáneamente las siguientes condiciones:

- a) El ASEGURADO esté amparado por la presente PÓLIZA, se haya cumplido el PERÍODO DE ESPERA (24 meses) indicado en la TABLA DE BENEFICIOS
- b) El CÁNCER por el cual el TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA es médicamente necesario esté cubierto bajo este seguro.
- c) El TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA se realice en el Perú, en alguno de los establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos, expedidos por el ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA (Ministerio de Salud), y sea designado por el CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA.
- d) El TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA se encuentre calificado como beneficioso por las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de Estados Unidos de América.

Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, incluyendo los exámenes de histocompatibilidad del donante designado.

En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de la búsqueda del donante, esto incluye gastos de los candidatos y del donante.

1. ALIMENTACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE

Servicio de alimentación que se otorgará a un (01) acompañante del ASEGURADO hospitalizado, durante el tiempo que dure el internamiento, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

2. AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA

Cubre el traslado del ASEGURADO en ambulancia terrestre, únicamente desde la clínica o centro médico a su domicilio, después de la respectiva alta hospitalaria y previa indicación médica.

Atención únicamente dentro de los límites geográficos indicados en la TABLA DE BENEFICIOS.

3. CIRUGÍA DE HALLAZGO

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

Cubre los gastos, incluso por reembolso, en caso la intervención quirúrgica se haya realizado fuera de CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA, tras lo cual la PÓLIZA queda activa para que el ASEGURADO pueda continuar los tratamientos correspondientes en el CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA.

4. SOSPECHA ONCOLÓGICA INICIAL

Para aquellos casos en que no sea factible realizar la biopsia o cirugía, previa evaluación y aprobación de PACIFICO SEGUROS, y siempre que la documentación alcanzada sustente el Cáncer con exámenes auxiliares y de ayuda diagnóstica, se cubrirán los gastos incurridos para el tratamiento, seguimiento y control del Cáncer desde la fecha de dicha aprobación.

En caso que se obtenga el INFORME ANÁTOMO PATOLÓGICO HISTOLÓGICO y éste no confirme la enfermedad de CÁNCER, los gastos no estarán cubiertos y serán a cargo del ASEGURADO.

5. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE

Tratamiento que se realiza después de una CIRUGÍA ONCOLÓGICA radical y cuya finalidad es netamente funcional. Cubre únicamente el tratamiento de reconstrucción con PRÓTESIS INTERNA por cirugía mutilante de rodilla y cadera, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

6. COBERTURA DE PRÓTESIS INTERNAS

Cubre PRÓTESIS INTERNAS en caso sea medicamento necesario para el ASEGURADO, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

7. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

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

Se brinda sólo en el Perú y por una única vez a aquél PACIENTE TERMINAL que, debido a su condición médica, sólo requiere tratamiento de sostén y que no requiere tratamiento oncológico (bajo cualquiera de sus modalidades, incluyendo el tratamiento paliativo relacionado directamente a la neoplasia).

8. CONSEJERÍA ONCOLÓGICA

Servicio que ofrece consejería permanente y especializada a pacientes con CÁNCER y a sus familiares acerca de la enfermedad diagnosticada, los tratamientos disponibles y el uso del seguro.

Este servicio se brinda en la UNIDAD DE CONSEJERÍA ONCOLÓGICA (UCO).

9. DESPISTAJE ONCOLÓGICO GRATUITO

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

El beneficio no requiere activación de la PÓLIZA; no es transferible y no puede acumularse en el caso que el ASEGURADO no pueda o decida no someterse a los exámenes y procedimientos cubiertos.

10. PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Cubre únicamente el tratamiento de las patologías indicadas en la TABLA DE BENEFICIOS, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico.

11. GASTOS DE SEPELIO

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

12. NUTRICIONISTA

Cubre la asesoría nutricional a cargo de un especialista, cuando sea médicamente necesario, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

13. NUTRICIÓN PARENTERAL

Alimentación endovenosa para pacientes que por una cirugía oncológica o progresión del Cáncer no pueden alimentarse en forma enteral, previa aprobación de la compañía. No se brinda a los pacientes que estén usando el beneficio de cuidado paliativo en el hogar. Atención únicamente en clínicas o proveedores afiliados detallados en las CONDICIONES PARTICULARES.

14. PET SCAN Y PET/CT

Procedimiento de diagnóstico por imagen no invasivo que evalúa la actividad metabólica de los tumores y la perfusión en varios órganos del cuerpo humano, se utiliza para el seguimiento del tratamiento de pacientes con Cáncer.

15. RADIOCIRUGÍA

Tratamiento con radioterapia de última generación.

16. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Cubre únicamente las técnicas de reconstrucción mamaria con colgajo muscular (TRAM) y reconstrucción mamaria con PRÓTESIS, la expansión de PRÓTESIS hasta 06 sesiones, las PRÓTESIS médicamente necesarias y la reconstrucción de complejo aureola-pezón, en sus diferentes etapas necesarias, siempre que éstas se realicen antes de los doce (12) meses de iniciada la reconstrucción, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de los Estados Unidos de América.

Sólo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado mastectomía radical o total por CÁNCER de mama durante la vigencia de la PÓLIZA, aun cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro.

Se reconocen las complicaciones de la reconstrucción mamaria que ocurran dentro de las tres (03) semanas posteriores de realizada cada etapa de la reconstrucción.

17. SEGUNDO CÁNCER PRIMARIO

Se cubre cualquier otro cáncer diferente histológicamente al primero cubierto por la Póliza.

18. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

Cubre el costo de obtener la opinión de otro cirujano, que PACÍFICO SEGUROS gestionará cuando así lo considere necesario por recomendación de sus médicos auditores, con respecto a una decisión quirúrgica previa sobre la cual el ASEGURADO tiene una duda razonable.

19. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL (PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS)

Cubre el costo de obtener la opinión de un cirujano en el extranjero, que PACÍFICO SEGUROS gestionará cuando así lo considere necesario, al existir una duda razonable con respecto a una decisión quirúrgica y en la que las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN no tenga una clara recomendación al respecto. Para este fin se envía el expediente médico al extranjero.

20. TRATAMIENTOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Tratamientos de última generación con modificadores de la respuesta biológica: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonia e inmunoterapia. Solicitar a la COMPANÍA mediante una carta de garantía.

21. TRASLADO EN TERRITORIO NACIONAL

Cubre el traslado del ASEGURADO en un medio de transporte terrestre dentro del territorio peruano. Tiene limitaciones geográficas.

C. BENEFICIOS DE SOPORTE EMOCIONAL**1. COACH ALIADA**

Servicio personal que lo asistirá en lo médico, emocional y administrativo. Beneficio únicamente en el Centro Oncológico Aliada.

2. PROGRAMA PSICOLÓGICO PARA EL PACIENTE Y FAMILIARES

Cubre la atención de consultas y terapias psicológicas individuales y/o grupales para el ASEGURADO y sus familiares, en caso sean médicamente necesarias.

No incluye medicinas ni atención por emergencia, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

3. FISIOTERAPIA

Cubre la terapia física y rehabilitación ambulatoria, cuando sea médicamente necesario, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

4. PELUCAS, PAÑUELOS O TURBANTES

Cubre las pelucas, pañuelos o turbantes para el ASEGURADO que haya perdido el cabello por efecto de los tratamientos de QUIMIOTERAPIA o RADIOTERAPIA, según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

Todas las coberturas se otorgarán hasta por los límites establecidos para cada una de ellas en los términos y condiciones indicados en la TABLA DE BENEFICIOS, de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria u hospitalaria.

Los gastos generados por las coberturas descritas formarán parte del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO.

PARTE D. GASTOS CUBIERTOS

Este seguro cubre los gastos ambulatorios y hospitalarios médicamente necesarios, derivados del tratamiento de la enfermedad de CÁNCER y aquellos correspondientes a las coberturas y beneficios adicionales señalados en la presente PÓLIZA, únicamente brindados en el CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA, según lo indicado en las CONDICIONES PARTICULARES hasta el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS, siempre que no se encuentren excluidos de la cobertura.

1. GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

- a) Exámenes de laboratorio, servicios de imágenes y otros procedimientos relacionados a la patología.
- b) Exámenes InmunoHistoquímico e Histopatológico.
- c) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- d) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados por el médico tratante.
- e) Medicina Nuclear, que comprende: PET Scan, PET/CT, gammagrafía ósea, y rastreo tiroideo de acuerdo a lo indicado en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA.
- f) QUIMIOTERAPIA y TERAPIA BIOLÓGICA recomendadas según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- g) Radiología, que comprende: ecografías, rayos X de tórax, resonancia magnética, yodoterapia, tomografía computarizada, RADIOTERAPIA convencional y 3D y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de Estados Unidos de América.
- h) Salas de QUIMIOTERAPIA, operaciones y de recuperación.

1. GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:



- a) Exámenes de laboratorio, servicios de imágenes y otros procedimientos relacionados a la patología.
- b) Exámenes InmunoHistoquímico e Histopatológico.
- c) Habitación estándar, individual o bipersonal.
- d) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- e) Medicamentos no oncológicos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el tratamiento oncológico, incluidos los insumos necesarios para la transfusión sanguínea, debidamente justificados.
- f) Medicina Nuclear, que comprende: PET Scan, PET/CT, gammagrafía ósea, y rastreo tiroideo de acuerdo a lo indicado en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA.
- g) QUIMIOTERAPIA y TERAPIA BIOLÓGICA recomendadas según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de Estados Unidos de América y que hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
- h) Procedimientos oncológicos como CIRUGÍA ONCOLÓGICA y RADIOTERAPIA, exámenes auxiliares y radiología, que comprende: ecografías, rayos X de tórax, resonancia magnética, yodoterapia, tomografía computarizada, RADIOTERAPIA convencional y 3D y cualquier otro examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A en las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NCCN de Estados Unidos de América.
- i) NUTRICIÓN PARENTERAL, para pacientes que por una CIRUGÍA ONCOLÓGICA no pueden alimentarse en forma enteral.
- j) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos e intermedios.

PARTE E. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre:

1. Tratamientos o gastos en relación, o como resultado, de cualquier enfermedad que no sea CÁNCER, excepto las patologías cubiertas bajo el beneficio PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, descritas en esta PÓLIZA.
2. Ninguna complicación como resultado del TRATAMIENTO ONCOLÓGICO o en relación con las Coberturas y Beneficios Especiales excepto las patologías cubiertas bajo el beneficio PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, descritas en esta PÓLIZA.
3. Atenciones o tratamientos oncológicos realizados o prescritos por personas que no sean médicos profesionales colegiados, entendiéndose que son procedimientos médicos a los que se somete el ASEGURADO de manera voluntaria y en el cual éste tiene conocimiento de la situación irregular de la persona que lo practica o, que conforme a las circunstancias de contratación no le permita conocer la existencia de irregularidades.
4. Cambio de PRÓTESIS una vez concluido el procedimiento de reconstrucción cubierto por esta PÓLIZA.
5. CÁNCER que se haya detectado durante el PERÍODO DE CARENANCIA, salvo que haya sido



materia de cobertura por un contrato de seguro anterior a este seguro, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770.

6. Chequeos médicos que no se encuentren señalados en la TABLA DE BENEFICIOS, tratamientos psicológicos, psiquiátricos, kinésicos, estéticos y de rehabilitación, excepto las atenciones cubiertas expresamente por esta PÓLIZA.
7. Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta PÓLIZA, excepto las cirugías de reconstrucción cubiertas expresamente por esta PÓLIZA.
8. Compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos y órganos así como suministro y administración de albúmina humana, plasma rico en plaquetas y tratamientos que impliquen el uso de células madre, excepto las requeridas para el TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.
9. Compra o alquiler de equipo médico. Ejemplos: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, sillas de ruedas, muletas, equipos ambulatorios para rehabilitación y cualquier otro utensilio u objeto destinado a ser aplicado en intervenciones médicas, diagnósticas o terapéuticas.
10. Contaminación nuclear, así como enfermedades ocupacionales.
11. Cuidados, atenciones o tratamientos de enfermería particular, así como gastos de transporte o alojamiento, que no sean los expresamente cubiertos por esta PÓLIZA.
12. Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno, comprendidos en las Clases II ó III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA. Ejemplos: implante coclear, neuroestimulador cerebral, marcapaso cardiaco, dispositivos intervertebrales o interespinosos y cualquier otro que surja en el futuro que se considere dispositivo o implante médico.
Entiéndase por dispositivo o implante médico a cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro similar o relacionado, destinado a fines médicos.
13. Cáncer PREEXISTENTE. Ver la definición de PREEXISTENCIA en el Glosario de esta Póliza. No se considera cáncer preexistente a aquella por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por PACIFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.
14. Gastos de exámenes de donantes de sangre que superen a las unidades efectivamente transfundidas.
15. Gastos incurridos en establecimientos médicos no designados por CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA, excepto los cubiertos expresamente por esta PÓLIZA.
16. Gastos pagados directamente por el ASEGURADO para su tratamiento oncológico no reconocidos por esta PÓLIZA.

17. Revisión de la patología como resultado de los Exámenes InmunoHistoquímico e Histopatológico.
18. Neoplasias malignas en pacientes previa o concomitantemente diagnosticados de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y que se encuentran en los criterios AIDS, tales como sarcoma de Kaposi y Linfomas.
19. Procedimientos, terapias o tratamientos que NO cuenten con la recomendación de las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ONCOLOGÍA de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de los Estados Unidos de América, según las categorías de evidencia y consenso 1 o 2A y/o que NO hayan culminado satisfactoriamente sus estudios de Fase III.
20. Pruebas de laboratorio y exámenes genéticos de valor pronóstico.
21. Psicofármacos y productos no medicinales.
22. Todo tipo de prótesis externas, y PRÓTESIS INTERNAS que no estén expresamente cubiertas por esta PÓLIZA.
23. Los siguientes tratamientos de medicina alternativa y/o complementaria: acupuntura, aromaterapia, ayurveda, cromoterapia, dietética, fitoterapia, hidroterapia, hipnosis, homeopatía, kinesiología, medicina folklórica, medicina holística, medicina naturopática, medicina osteopática, medicina tradicional oriental, quiromasaje, quiropráctica, qi gong, reiki, reflexoterapia, sanación pranika, sofrología, terapia floral, terapia de toque, watsu, yoga.
24. Tratamientos o procedimientos catalogados como preventivos y tratamientos y/o procedimientos experimentales.
25. Vitaminas, minerales, suplementos alimenticios, complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, nootrópicos, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, 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.

PARTE F. DISPOSICIONES GENERALES

1. PERSONAS ASEGURADAS – CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

La PÓLIZA cubre al ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la PÓLIZA, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona indicado en las CONDICIONES PARTICULARES con tal que gocen de buena salud, es decir que al momento de la contratación no se encuentre padeciendo de una enfermedad o dolencia preexistente, salvo que haya sido materia de cobertura por un contrato de seguro anterior a este seguro, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770, y/o que se cumpla con los requisitos de asegurabilidad previstos por PACÍFICO SEGUROS. La edad límite de ingreso a la PÓLIZA se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES.

2. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

Los gastos pagados por PACÍFICO SEGUROS durante la vigencia anual de la PÓLIZA, no podrán exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

El BENEFICIO MÁXIMO ANUAL contratado aplica independientemente para cada ASEGURADO y se va consumiendo a medida que se vayan realizando las atenciones médicas cubiertas y pagadas de cada uno de los asegurados. En caso de consumir totalmente el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia del seguro, siempre que la PÓLIZA haya sido renovada y se haya pagado la prima correspondiente.

3. PERÍODO DE CARENCIA

La PÓLIZA estará sujeta a un PERÍODO DE CARENCIA cuya duración se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES.

La enfermedad de CÁNCER que se inicie o se detecte durante el PERÍODO DE CARENCIA, no se encontrará cubierta por esta PÓLIZA, salvo que haya sido materia de cobertura por un contrato de seguro anterior a este seguro, conforme a lo establecido en la Ley N° 28770.

El período de carencia, se dará por cumplido en el supuesto que éste hubiere terminado durante la vigencia de los contratos de seguro anteriores, ya sea con PACÍFICO SEGUROS o con la otra compañía de seguros donde haya estado cubierto el ASEGURADO con un seguro de asistencia médica durante el periodo inmediato anterior al presente contrato.

4. LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos serán pagados directamente al CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA, o a la funeraria que haya prestado al ASEGURADO la atención correspondiente. En caso de reembolso se pagará directamente al ASEGURADO.

5. ATENCIÓN A CRÉDITO

El ASEGURADO deberá acudir exclusivamente al CENTRO ONCOLÓGICO ALIADA. PACÍFICO SEGUROS reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú.

6. TERRITORIALIDAD

Las coberturas que otorga esta PÓLIZA se brindan sólo en la República del Perú.

PARTE G. CONDICIONES LEGALES COMUNES PARA TODO TIPO DE SEGURO DE SALUD

1. CONTRATO DE SEGURO

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

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



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

2. OBJETO DEL SEGURO

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

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

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en los términos pactados en el CONVENIO DE PAGO, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro. En caso de siniestro el ASEGURADO y el beneficiario son solidariamente responsables respecto del pago de la prima pendiente.

3. BASES DEL CONTRATO

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

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

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

4. DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

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

5. DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la SOLICITUD DE SEGURO y la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD o cuestionarios médicos que le suministre PACÍFICO SEGUROS. Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto mediante mecanismos de comercialización a distancia, el ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud, de ser requerida.

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO podrán tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el numeral 19 de la parte G) de las presentes CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de salud del ASEGURADO Titular del seguro y/o de sus dependientes (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

- i) Las declaraciones brindadas por EL ASEGURADO en la Declaración Jurada de Salud y la Solicitud del Seguro;
- ii) La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso; y,
- iii) La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere, a través del portal web: <http://www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1> de PACIFICO SEGUROS, y también de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por PACÍFICO SEGUROS. Asimismo, el ASEGURADO ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

6. 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. La consecuencia de la pérdida de la condición de residente es la terminación del contrato

7. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

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

8. PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

- a) Las enfermedades preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el periodo inmediato anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo. Lo



establecido aplica aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. La nueva póliza podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.

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

9. VIGENCIA DE LA POLIZA, CONTINUIDAD DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

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

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

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



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

En caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el CONTRATANTE y/o 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.

10. MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

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

11. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

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

El monto de la prima a pagar por el CONTRATANTE se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de salud contenido en la Solicitud de Seguro, a la siniestralidad del programa, a los costos de los proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

12. INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

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



Antes del vencimiento de dicho plazo, PACÍFICO SEGUROS deberá comunicar de manera cierta al CONTRATANTE y/o al ASEGURADO a través de los medios de comunicación pactados en la Solicitud de Seguro o en las CONDICIONES PARTICULARES, 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 con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

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

13. REHABILITACION

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

14. AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

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

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



a recibir la prima por el periodo de seguro en curso, en que efectivamente otorgó cobertura.

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

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

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

15. INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- a) El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de siniestro cubierto es la suma asegurada o Beneficio Máximo Anual señalados en las Condiciones Particulares. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.
- b) Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del siniestro se encuentran detallados en el artículo referido al "Procedimiento para Solicitar la Cobertura del Seguro en caso de siniestro".
El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.
- c) La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro, siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.
- d) Cuando corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague la atención con reembolso en el caso de cobertura Cirugía por Hallazgo, 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.

16. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro desde el momento de su celebración por cualquier causal existente al momento de su celebración.

La Póliza es nula por las siguientes causales:

- a) Ausencia de interés asegurable, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos, entendiéndose por interés asegurable lo señalado en el Glosario.
- b) Inexistencia de riesgo, si al tiempo de la celebración del contrato se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) Reticencia y/o declaración inexacta, si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. 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. En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima acordada para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

17. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

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

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato a PACÍFICO SEGUROS.

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

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



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

Efecto sobre la prima

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

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

a. Por falta de pago de la prima

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

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

b. Por agravación del riesgo

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

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta.

En caso de incurrirse en la presente causal se pierde el derecho a ser indemnizado.

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

Efectos sobre la prima

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

momento en que se efectuó la resolución.

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

18. TERMINACION DEL CONTRATO

Adicionalmente a las causales de nulidad y resolución del contrato antes señaladas, el contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- c) Si PACÍFICO SEGUROS no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.
- d) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- e) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza.

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

19. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

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

Al respecto, en la Solicitud de Seguro se incluirá una lista de aquellos supuestos en los que EL ASEGURADO incurre, de ser el caso, en culpa inexcusable o dolo.

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

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

SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

20. REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

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

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

21. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

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

22. INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLINICA

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

ASEGURADO en caso de siniestro, como consecuencia de la presente póliza.

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

23. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

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

24. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

25. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

26. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y PACÍFICO SEGUROS sobre la procedencia



de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

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

27. TRIBUTOS

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

28. RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

En caso de consultas y/o quejas y/o reclamos, el ASEGURADO puede contactarse con PACÍFICO SEGUROS en el lugar indicado en el Resumen de la Póliza o ingresando a la Página Web de PACÍFICO SEGUROS.

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

29. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto a través de comercializadores, el CONTRATANTE tiene derecho a arrepentirse de su contratación dentro de 15 días calendario de haber recibido la póliza o la nota de cobertura provisional, sin expresión de causa ni penalidad alguna, debiendo PACÍFICO SEGUROS devolver el monto de la prima recibida.

El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación pactados señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o utilizando el mismo medio de comunicación por el que contrató, para informar sobre el ejercicio de su derecho. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

30. 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.

