

RESUMEN DE LA PÓLIZA

SEGURO DE VIAJES NACIONAL

A. INFORMACION GENERAL

1. Compañía de Seguros

Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros o PACIFICO SEGUROS

Web: www.pacificoseguros.com

Lima – Sede Principal

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

Teléfono: (01) 513 4000

PACÍFICO SEGUROS cuenta con agencias a nivel nacional, cuya información se encuentra en la web.

2. Denominación del Producto

Seguro de Viajes Nacional

3. Forma y lugar de pago de la prima

Mediante pago directo en las oficinas de PACIFICO SEGUROS, o a través de depósito bancario en la cuenta que indique la COMPAÑÍA. Los detalles de la forma de pago se encuentran en el convenio de pago.

También en las oficinas del comercializador.

4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá comunicar el siniestro a PACIFICO SEGUROS hasta los 7 días posteriores de ocurrido el siniestro, llamando al número de teléfono de la Central de Emergencia que se indica en la Póliza o carnet del ASEGURADO.

5. Atención de reclamos

En caso de reclamos el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá llamar a la Central de Información y Ventas al teléfono 01 513 5000, o ingresar a la web: www.pacificoseguros.com. Así

mismo puede acercarse personalmente a las oficinas de PACIFICO SEGUROS.

6. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias

Defensoría del Asegurado: En tanto el monto del siniestro no supere los US\$50,000.00 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO puede recurrir a la Defensoría del Asegurado. Web:

www.defaseg.com.pe Telefax: 01 446-9158, Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones:

Plataforma de atención al usuario, teléfono: (511) 630 9005, dirección: jr. Junín n° 270, centro histórico - lima, web: www.sbs.gob.pe

INDECOPI: Dirección: Calle de la Prosa 104, San Borja - Lima, Teléfono: (511) 224 7777, Web: www.indecopi.gob.pe

7. Agravación del Riesgo

Dentro de la vigencia del contrato del seguro, el ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

8. Cargas

El seguro presenta obligaciones que debe cumplir el asegurado, cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización a la que tendría derecho.

B. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO

1. Principales coberturas

Las principales coberturas del seguro son las siguientes:

- Asistencia Médica en caso de Accidente o enfermedad no preexistente.
- Gastos odontológicos por emergencia.
- Medicamentos por atención ambulatoria y/u hospitalización.
- Pérdida de equipaje.
- Muerte Accidental.
- Traslado de restos mortales o evacuación médica.

La cuales están sujetas hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

Las demás coberturas se encuentran señaladas en el artículo 4° de las Condiciones Generales de la Póliza.

2. Principales Exclusiones

Las principales exclusiones que tiene el seguro son las siguientes:

- a) Enfermedades crónicas.
- b) Condiciones preexistentes al viaje del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada y las secuelas de enfermedades anteriores al viaje. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el asegurado o acompañante y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o de la contratación del seguro.
- c) ACCIDENTES que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios y

notoriamente peligrosos, tales como polo, hockey, paperchase, steeplechase, montañismo, deportes aéreos, deportes de combate, exploración de cavernas, bungee-jump, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión, y la práctica o participación del ASEGURADO en competencias deportivas en hielo o nieve. Además no están cubiertas las prácticas en carácter de competencia de automovilismo, motociclismo y deportes náuticos motorizados, sea en calidad de conductor o pasajero, y el uso de snowmobile, o vehículos similares. Asimismo queda excluido los accidentes que se produzcan a causa de sobrevolar aeronaves, sea en calidad de conductor o pasajero; independientemente si dicho servicio es prestado o no por una empresa de transporte regular.

- d) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO
- e) Embarazo, complicaciones y consecuencias, incluyendo amenaza de aborto, asimismo diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos para tal fin.
- f) Las ocurrencias y consecuencias derivadas del uso de drogas ilícitas, alcohol u otras sustancias tóxicas;
- g) Las consecuencias de guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelga,

- h) **Servicios o tratamientos que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados por el MÉDICO.**
- i) **Enfermedades y condiciones congénitas así como sus manifestaciones, complicaciones y consecuencias.**
- j) **Trasplante de órganos.**
- k) **Si el EQUIPAJE DEL ASEGURADO se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.**

Las demás exclusiones se encuentran señaladas en artículo 5° de la Condiciones Generales de la Póliza.

3. Condiciones de Asegurabilidad

- a) **Edad:** Al momento de contratación de la póliza, el ASEGURADO no deberá superar la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro. Las coberturas cesarán al vencimiento de la anualidad en que el ASEGURADO haya cumplido el indicado límite de edad y el cumplimiento de la condición especial según sea el caso.
- b) **Estadía Mínima y estadía máxima:** Se establecen en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro.

4. Derecho de arrepentimiento

En la oferta de seguros efectuada por los comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, cuando el seguro es adquirido con antelación a la fecha del viaje mayor de 15 días.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

El ASEGURADO para tal efecto deberá comunicarse con la COMPAÑÍA, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en la Póliza, 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.

Debido a que este seguro tiene una naturaleza especial porque el inicio de vigencia generalmente coincide con la fecha de inicio del viaje y porque puede ser adquirido hasta un día antes de dicha fecha, el derecho de arrepentimiento, en la forma indicada en los párrafos precedentes solo aplica en aquellos casos en los cuales el seguro es adquirido con una anticipación mayor a 15 días de la fecha de inicio del viaje.

5. Resolución sin expresión de causa

El contrato de seguro podrá resolverse por decisión unilateral y sin expresión de causa por cualquiera de las partes, sin más requisito que una comunicación enviada por cualquiera de los mecanismos de comunicación acordados con una anticipación no menor a treinta (30) días calendarios. En caso de contratación por mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá comunicar su decisión de resolver el contrato

mediante la misma forma utilizada para la contratación del seguro.

Lo indicado así como las demás causales de resolución del contrato se encuentran señaladas en el artículo 26° de las Condiciones Generales de la Póliza.

6. Modificaciones del contrato durante la vigencia del seguro

En caso corresponda:

- a) La COMPAÑÍA comunicará, por cualquiera de las formas convenidas con el CONTRATANTE o el ASEGURADO en la Póliza, sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.
- b) El CONTRATANTE o el ASEGURADO tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de la COMPAÑÍA para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.
- c) EL CONTRATANTE o el ASEGURADO podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA 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 o el ASEGURADO no está de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.

Ver artículo 19° de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

Para hacer uso del seguro y/o dar aviso de cualquier hecho que necesite ser cubierto por la presente Póliza, ya sea que se trate de las coberturas básicas y/o las adicionales, el ASEGURADO tendrá que contactarse con el número de teléfono que se indica en la Póliza o en su carnet. Cuando la emergencia imposibilite la comunicación, el ASEGURADO se encuentra obligado a comunicar el evento dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, que no será menor de 7 días calendario, informando las razones que le impidieron dar el aviso en forma oportuna.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- a) Su nombre y el número de Póliza;
- b) El lugar y el número de teléfono donde se encuentra;
- c) El problema y el tipo de información o ayuda necesaria.

El ASEGURADO deberá adjuntar a su Solicitud de Coberturas, los siguientes documentos en original y/o copia:

7.1. En caso de Gastos Médicos y Hospitalarios, Gastos Odontológicos y Evacuación Médica

- a) Diagnóstico médico;
- b) Carta conteniendo los datos de la Póliza y un breve relato de lo sucedido;
- c) Comprobantes de pago originales, a nombre del ASEGURADO.

7.2. En caso de Estadía en hotel por enfermedad o accidente y Acompañante en caso de hospitalización

- a) Carta conteniendo los datos de la Póliza y un breve relato de lo sucedido.

- b) Diagnóstico médico que indique la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del ASEGURADO por convalecencia, si aplica.
- c) Comprobantes de pago originales, a nombre del ASEGURADO.

7.3. En caso de Medicamentos

- a) Carta conteniendo los datos de la Póliza y un breve relato de lo sucedido.
- b) Receta médica.
- c) Comprobantes de pagos originales de la compra del medicamento a nombre del ASEGURADO.

7.4. En caso de Pérdida del Equipaje y Demora en la localización del Equipaje

- a) Informe que compruebe la pérdida, emitido por el transporte público autorizado responsable (PIR - Property Irregularity Report), el cual señale el peso en kilogramos del equipaje extraviado;
- b) Ticket original de la entrega del equipaje a la línea o empresa de transporte;
- c) Recibo de indemnización emitido por el transporte público autorizado.

7.5. En caso de Cancelación de Viaje y regreso anticipado

- a) Carta explicativa con las razones de la cancelación de viaje y los documentos médicos que acredite la identidad del ASEGURADO, acompañante o familiar de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la enfermedad o accidente.
- b) En caso de fallecimiento de un familiar el certificado de defunción correspondiente, y

en caso de fallecimiento del ASEGURADO o acompañante se regirán por el procedimiento para la solicitud de reembolso y pago de Indemnización de Muerte Accidental

- c) Copia simple del comprobante de pago del pasaje y/o alojamiento a nombre del ASEGURADO.

7.6. En caso de Robo en Cajero Automático

- a) Estado de cuenta bancaria con la información del giro realizado.
- b) Reporte de la policía o la autoridad competente del país donde haya ocurrido el hecho.

7.7. En caso de Muerte accidental

- a) Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos;
- b) Certificado Médico de Defunción;
- c) Partida de Defunción;
- d) Protocolo de Necropsia completo, con los resultados del Dosaje Etílico y Examen Toxicológico;
- e) Declaratoria de Herederos Legales o el Acta Notarial de Declaratoria de Herederos debidamente inscrita, a falta de designación de Beneficiarios en la Póliza.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 2° de las Condiciones Generales

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

SEGURO DE VIAJES NACIONAL

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 1° Procedimiento para solicitar la cobertura en caso de siniestro.

Artículo 2° Documentos de sustentación del reclamo.

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 3° Condiciones asegurables.

Artículo 4° Riesgos cubiertos- Coberturas

Artículo 5° Riesgos no cubiertos

Artículo 6° Pago de beneficios

Artículo 7° Uso obligatorio de la red de clínicas y médicos afiliados

Artículo 8° Terminación del contrato

Artículo 9° Otros seguros.

Artículo 10° Registro nacional de información de contratos de seguros de vida y accidentes

CONDICIONES LEGALES

Artículo 11° Contrato de seguro

Artículo 12° Objeto del seguro

Artículo 13° Bases del contrato.

Artículo 14° Diferencias entre la propuesta y la póliza

Artículo 15° Declaraciones

Artículo 16° Residencia

Artículo 17° Coberturas y exclusiones

Artículo 18° Vigencia de la póliza

Artículo 19° Modificaciones de condiciones contractuales durante la vigencia del contrato de seguro (condición mínima)

Artículo 20° Determinación de la prima y ajuste

Artículo 21° Incumplimiento del pago de la prima – efectos

Artículo 22° Rehabilitación

Artículo 23° Agravación del riesgo – deber de informar

Artículo 24° Indemnización de los siniestros

Artículo 25° Nulidad del contrato de seguro

Artículo 26° Resolución del contrato

Artículo 27° Terminación de la cobertura

Artículo 28° Retención y/o declaración inexacta

Artículo 29° Revisión de los siniestros

Artículo 30° Solicitud de cobertura fraudulenta

Artículo 31° Subrogación

Artículo 32° Información médica e historia clínica

Artículo 33° Designación de corredor de seguros

Artículo 34° Comunicaciones y domicilio de las partes
Artículo 35° Prescripción liberatoria
Artículo 36° Mecanismo de solución de controversias
Artículo 37° Defensoría del asegurado
Artículo 38° Tributos
Artículo 39° Reclamos por insatisfacción de los asegurados
Artículo 40° Derecho de arrepentimiento
Artículo 41° Base legal
Artículo 42° Términos y definiciones

INTRODUCCIÓN

El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada PACÍFICO SEGUROS, celebra el presente contrato de seguro teniendo como base las declaraciones contenidas en la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en adelante el ASEGURADO.

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como por las CONDICIONES PARTICULARES, CONDICIONES ESPECIALES, CLAUSULAS ADICIONALES y Anexos que se adjunten.

CONDICIONES OPERATIVAS

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN CASO DE SINIESTRO

Artículo 1º

Para hacer uso del seguro y/o dar aviso de cualquier hecho que necesite ser cubierto por la presente Póliza, ya sea que se trate de las coberturas básicas y/o las adicionales, el ASEGURADO tendrá que contactarse con el número de teléfono que se indica en la Póliza o en su carnet. Cuando la emergencia imposibilite la comunicación, el ASEGURADO se encuentra obligado a comunicar el evento dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, que no será menor de 7 días calendario, informando las razones que le impidieron dar el aviso en forma oportuna.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- a) Su nombre y el número de Póliza;**
- b) El lugar y el teléfono donde se encuentra;**
- c) El problema y el tipo de información o ayuda necesaria.**

La no observancia por parte del ASEGURADO de las obligaciones que se describen en el presente artículo, dará lugar a la pérdida de la cobertura y/o beneficios descritos en la Póliza en la medida que le cause perjuicio económico a la COMPAÑÍA.

DOCUMENTOS DE SUSTENTACIÓN DEL RECLAMO

Artículo 2º

Según el caso, el ASEGURADO deberá adjuntar a su Solicitud de Coberturas, los siguientes documentos en original y/o copia:

2.1. En caso de Gastos Médicos y Hospitalarios, Gastos Odontológicos y Evacuación Médica

- a) Diagnóstico médico;
- b) Carta conteniendo los datos de la Póliza y un breve relato de lo sucedido;
- c) Comprobantes de pago originales, a nombre del ASEGURADO.

2.2. En caso de Estadía en hotel por enfermedad o accidente y Acompañante en caso de hospitalización

- d) Carta conteniendo los datos de la Póliza y un breve relato de lo sucedido.
- e) Diagnóstico médico que indique la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del ASEGURADO por convalecencia, si aplica.
- f) Comprobantes de pago originales, a nombre del ASEGURADO.

2.3. En caso de Medicamentos

- a) Carta conteniendo los datos de la Póliza y un breve relato de lo sucedido.
- b) Receta médica.
- c) Comprobantes de pagos originales de la compra del medicamento a nombre del ASEGURADO.

2.4. En caso de Pérdida del Equipaje y Demora en la localización del Equipaje

- d) Informe que compruebe la pérdida, emitido por el transporte público autorizado responsable (PIR - Property Irregularity Report), el cual señale el peso en kilogramos del equipaje extraviado;
- e) Ticket original de la entrega del equipaje a la línea o empresa de transporte;
- f) Recibo de indemnización emitido por el transporte público autorizado.

2.5. En caso de Cancelación de Viaje

- a) Carta explicativa con las razones de la cancelación de viaje y los documentos médicos que acredite la identidad del ASEGURADO, acompañante o familiar de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la enfermedad o accidente.
- b) En caso de fallecimiento de un familiar el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del ASEGURADO o acompañante se registrarán por el procedimiento para la solicitud de reembolso y pago de Indemnización de Muerte Accidental
- c) Copia simple del comprobante de pago del pasaje y/o alojamiento a nombre del ASEGURADO.

2.6. En caso de Robo en Cajero Automático

- a) Estado de cuenta bancaria con la información del giro realizado.
- b) Reporte de la policía o la autoridad competente del país donde haya ocurrido el hecho.

2.7. En caso de Muerte accidental

- f) Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos;
- g) Certificado Médico de Defunción;
- h) Partida de Defunción;
- i) Protocolo de Necropsia completo, con los resultados del Dosaje Etílico y Examen Toxicológico;
- j) Declaratoria de Herederos Legales o el Acta Notarial de Declaratoria de Herederos debidamente inscrita, a falta de designación de Beneficiarios en la Póliza.

Son los comprobantes de pagos (originales) los únicos documentos que acreditarán los gastos del ASEGURADO en todas las coberturas que se describen en la presente Póliza; sin perjuicio de ello PACIFICO SERGUROS podrá solicitar otros documentos que acrediten la legitimidad de los gastos y la identidad del ASEGURADO.

La no observancia por parte del ASEGURADO de las obligaciones que se describen en el presente artículo, dará lugar a la pérdida de la cobertura y/o beneficios descritos en la Póliza, en tanto cause perjuicio económico a la COMPAÑÍA.

A partir de la entrega de todos los documentos requeridos, PACIFICO SEGUROS tiene un plazo de 30 (treinta) días calendarios para revisarlos y aprobar y/o rechazar el reclamo.

CONDICIONES TÉCNICAS

CONDICIONES ASEGURABLES

Artículo 3°

Son requisitos de asegurabilidad los siguientes:

- 1. Edad:** Al momento de contratación de la póliza, el ASEGURADO no deberá superar la edad máxima de contratación establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro. Las coberturas cesarán al vencimiento de la anualidad en que el ASEGURADO haya cumplido el indicado límite de edad y el cumplimiento de la condición especial según sea el caso.
- 2. Estadía Mínima y estadía máxima:** Se refiere a la cantidad de días que se puede contratar la póliza. Ambas se establecen en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro.

RIESGOS CUBIERTOS - COBERTURAS

Artículo 4°

Esta póliza cubrirá los servicios y beneficios que se establecen en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, las cuales sólo se aplicarán cuando ocurran fuera de la ciudad de residencia del ASEGURADO y a una distancia superior a los 100 kms. Contados desde el domicilio del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro.

PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de investigar la declaración de la veracidad del ASEGURADO.

Este seguro tiene las coberturas señaladas a continuación; sin embargo cada asegurado tendrá las coberturas que se especifiquen en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de seguro; de acuerdo al plan de seguro contratado.

4.1. GASTOS MÉDICOS

4.1.1. Asistencia Médica en caso de Accidente o enfermedad no preexistente

Cubre el reembolso o el pago de gastos médicos y hospitalarios efectuados por el ASEGURADO, en caso de accidentes o enfermedades de carácter súbito ocurridos durante su viaje. Para fines de la asistencia en viajes, se entiende por gastos médicos y hospitalarios, solamente a:

- a) Atención médica sea o no una situación de emergencia;
- b) Hospitalización para tratamientos clínicos y/o quirúrgicos;
- c) Medicamentos aprobados para uso, droga lícita de efecto terapéutico, exámenes de laboratorio e imágenes, así como procedimientos debidamente prescritos por el médico tratante y derivados de una atención por emergencia;
- d) Servicios hospitalarios y de ambulancia.

Deducible: Todos los gastos médicos por enfermedad están sujetos al deducible correspondiente a los servicios médicos prestados, los cuales se especifican en las

Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro en el caso de seguros individuales o colectivos respectivamente.

Consideraciones Importantes:

- Constatada la condición de preexistencia, los beneficios de gastos médicos relacionados a dicha preexistencia serán suspendidos, asumiendo PACIFICO SEGUROS hasta el momento en que se estableció la pre existencia, hasta el importe de gastos y prestaciones señalados en la en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro. La atención así como sus costos en exceso de tal importe, serán de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO.
- En caso de ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, PACIFICO SEGUROS informará en un plazo máximo de 30 (Treinta) días calendario contados desde que se identifica tal condición de preexistencia.
- PACIFICO SEGUROS tendrá a su cargo el derecho a someter al ASEGURADO a exámenes médicos, con la frecuencia razonablemente necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se halle pendiente.
- Siempre que el accidente o enfermedad de carácter súbito ocurra durante la vigencia de la presente Póliza, PACIFICO SEGUROS se responsabilizará por los gastos generados hasta la 13ª semana después de la fecha de vencimiento de la Póliza.
- Asimismo, los beneficios anteriormente indicados no incluyen los gastos correspondientes a la prestación de servicios médicos u odontológicos en su lugar de residencia.

4.1.2. Evacuación Médica

Cubre el pago de los costos, en caso de lesión o enfermedad de carácter súbito que haga necesaria la evacuación médica por emergencia del ASEGURADO. Esta deberá ser a pedido de PACIFICO SEGUROS o de un médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la lesión o enfermedad hacen necesaria tal evacuación.

Los gastos cubiertos por evacuación de esta Póliza corresponden a los de transportes para los tratamientos médicos y coordinación de los mismos, incluyendo servicios médicos en que necesariamente se haya incurrido en la evacuación médica por emergencia. El servicio de evacuación médica por emergencia deberá ser realizado por la vía más rápida, directa y económica posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del ASEGURADO que requiera la prestación.

Los gastos de transporte deberán ser:

- a) Los correspondientes a las condiciones clínicas y servicios médicos recomendados por el médico tratante.
- b) Requeridos por las regulaciones estándares del medio de transporte.
- c) Acordados y autorizados anticipadamente por PACIFICO SEGUROS.

La evacuación médica por emergencia se aplica en los siguientes casos:

- Cuando la condición médica hace necesario el transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo, hasta el hospital más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento médico apropiado.

- Cuando luego de haber sido tratado en un hospital local, la condición médica hace necesario su transporte al país donde comenzó el viaje para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

4.1.3. Gastos Odontológicos por emergencia

Cubre los gastos correspondientes a los servicios odontológicos recibidos dentro de los 30 (treinta) días calendario de la hora y fecha de la lesión y/o del primer tratamiento. El primer tratamiento deberá realizarse en el Perú dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor repentino en dientes naturales, a consecuencia de accidentes o enfermedades de carácter súbito ocurridas o contraídas durante el viaje.

La atención odontológica por diente estará limitada por el monto establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, incluye el reembolso de los gastos en arreglos o sustituciones de prótesis

PACIFICO SEGUROS no será responsable por ninguna multa o penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el ASEGURADO hubiera notificado a PACIFICO SEGUROS.

4.1.4. Medicamentos por atención ambulatoria y/u hospitalización

Cubre el reembolso de los gastos en la compra de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por la asistencia) hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro. Se brindará la cobertura siempre que los gastos hayan ocurrido durante el viaje y hayan sido prescritos por un médico.

4.1.5. Estadía en Hotel por Enfermedad o Accidente

Cubre el pago o reembolso de las estadías diarias (solo alojamiento) en exceso del viaje en un hotel, hasta límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado del Seguro, en caso de que el equipo médico del establecimiento donde se encuentre y el equipo médico indicado por PACIFICO SEGUROS determinen su necesidad por requerimiento previo de diagnóstico o la necesidad de prorrogar el periodo de recuperación, después que fue dado de alta del hospital debido a un accidente o enfermedad de carácter súbito.

PACIFICO SEGUROS no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el costo del viaje.

4.1.6. Acompañante en caso de hospitalización

Cubre el costo de un pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica, a quien indique el ASEGURADO, cuando éste se encuentre viajando sólo y los médicos del servicio de asistencia consideren necesaria su hospitalización por un período superior a 5 (cinco) días naturales, y siempre que el ASEGURADO así lo haya solicitado a través del número de teléfono que se indica en el carné o Póliza. **No incluye el trámite ni el pago de la visa.** Esta cobertura está sujeta al límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

En caso de que el ASEGURADO no pueda indicar a un Acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad. Salvo para el caso de ASEGURADOS no residentes, la persona indicada para

acompañar al ASEGURADO deberá necesaria y obligatoriamente residir y encontrarse físicamente en el Perú.

4.1.6. Retorno de menores

Cubre el costo de un pasaje aéreo, clase económica, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del ASEGURADO, pueda acompañar al(a) menor(es) de regreso al domicilio, desde que haya sido previamente solicitado al número de teléfono que se indica en el carné o Póliza y autorizado por PACIFICO SEGUROS.

Esta cobertura se aplica solamente cuando el ASEGURADO esté acompañado de menor(es) de hasta 16 años de edad y debido a un accidente o enfermedad de carácter súbito, o fallecimiento del ASEGURADO y dicho(s) menor(es) se quede(n) desacompañado(s).

4.2. IMPREVISTOS EN EL VIAJE

4.2.1. Pérdida de Equipaje

En caso de extravío, hurto o robo de la totalidad del equipaje y una vez que éste se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de transporte público autorizado, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida, PACIFICO SEGUROS pagará un monto calculado exclusivamente por el peso del equipaje, sin importar su contenido, de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

De los valores calculados según lo establecido en el párrafo anterior, serán descontados aquellos pagos efectuados al usuario a título de indemnización por la compañía de transportes.

4.2.2. Compensación por demora en la localización de Equipaje

Cubre los gastos derivados de la compra de artículos de primera necesidad, no provistos por la empresa de transporte público autorizado, a causa del retraso o extravío del equipaje del ASEGURADO una vez que este se encuentre bajo la responsabilidad de la empresa de transporte público autorizado.

PACIFICO SEGUROS otorgará esta cobertura cuando el equipaje no haya sido localizado hasta el tiempo (horas) establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y contadas a partir del momento en que se notifique a PACIFICO SEGUROS o al operador internacional.

4.2.3. Cancelación del Viaje

PACIFICO SEGUROS reembolsará al ASEGURADO hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, los gastos no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o los cargos por cancelación del pasaje en la compañía de transporte público autorizado; en caso de que el ASEGURADO se vea impedido de iniciar el viaje debido a un accidente, una enfermedad de carácter súbito o fallecimiento, ya sea del ASEGURADO y/o de sus ACOMPAÑANTES inscritos, miembro de su familia o miembro de la familia de sus Acompañantes, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado estos gastos antes que ocurriera tal accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento. PACIFICO SEGUROS se reserva el derecho de realizar peritaje médico comprobatorio. Esta cobertura se

otorgará hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

En caso de cancelación del Viaje, PACIFICO SEGUROS deberá ser notificado en un plazo máximo de 24 (Veinticuatro) horas desde la ocurrencia del accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento; vencido este plazo, PACIFICO SEGUROS no se responsabilizará por multas adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

PACIFICO SEGUROS no será responsable por ninguna multa o penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el ASEGURADO hubiera notificado a PACIFICO SEGUROS.

Dicha ocurrencia debe originarse en territorio nacional, antes del inicio de la vigencia de la presente Póliza.

4.2.4. Retraso del Viaje

Cubre los gastos de hospedaje y alimentación en que se incurra por retraso del transporte público autorizado de 08 (Ocho) horas o más, y a menos que sea posible la realización del viaje en clase distinta, según decida PACÍFICO SEGUROS.

Tiene derecho a beneficio mientras el ASEGURADO se encuentre fuera de su ciudad de residencia durante una conexión, escala o embarque en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO como parte de un viaje a un país extranjero, a pesar de todavía encontrarse en el Perú.

El retraso del viaje deberá ser causado por:

- a) Condición climática severa que atrase la llegada o partida programada del medio de transporte público;
- b) Huelga u otro conflicto laboral de los empleados de la compañía de transporte público;
- c) Rotura repentina o imprevisible del equipo del transporte público.

Limitaciones al Beneficio:

- **La indemnización se limita al pago de gastos de alimentación y hospedaje que no hayan sido pagados por la compañía aérea regular, mientras se mantenga el atraso.**
- **Esta cobertura se refiere exclusivamente a vuelos regulares de compañías aéreas, no incluyendo por tanto los vuelos alquilados o “charter”.**
- **Los beneficios están sujetos al límite máximo indicado las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, pagadero a razón de un quinto de dicho máximo por cada 24 horas que el VIAJE del ASEGURADO se atrase, hasta un máximo de 5 (cinco) días naturales.**

El presente beneficio no se otorga cuando el retraso o sus causas sean divulgados públicamente con anticipación o sean de conocimiento del ASEGURADO con anterioridad a la fecha del requerimiento para la emisión de la presente Póliza.

4.2.5. Regreso anticipado del Viaje

Se cubrirá los gastos no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o el pasaje del transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado; en caso de que el ASEGURADO y/o sus

Acompañantes inscritos queden imposibilitados de concluir el viaje debido a siniestros grave en el domicilio (incendio, inundación o robo con daños y violencia) en la residencia habitual del ASEGURADO y/o de sus Acompañantes inscritos, así como accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento del propio ASEGURADO, sus Acompañantes inscritos o miembro de su familia.

Esta cobertura se otorgará hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/y/o Certificado de Seguro y siempre y cuando el pasaje original de regreso no le permita el cambio gratuito de fecha, PACÍFICO SEGUROS tomará a su cargo el pago de la penalidad o diferencia de tarifa que corresponda o el costo de un nuevo pasaje en clase económica desde el lugar en que el ASEGURADO se encuentre, hasta el país de origen.

En caso de Interrupción de Viaje, PACIFICO SEGUROS deberá ser notificado en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde la ocurrencia del accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento. Vencido este plazo, PACIFICO SEGUROS no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

4.3.6. Servicios de Asistencia las 24 horas:

- a) Indicaciones y ayuda para obtener asistencia médica local.
- b) Control sobre los casos de pacientes internados para determinar la calidad y el costo de un tratamiento apropiado.
- c) Contacto entre el profesional médico colegiado tratante y la familia, cuando sea necesario.
- d) Comunicación con la familia y el profesional médico colegiado de cabecera del ASEGURADO TITULAR.
- e) Coordinación del transporte con un Acompañante para aquellos menores de edad sin compañía.
- f) Coordinación del transporte para la familia, socios comerciales o amigos, a su propio cargo, para reunirse con el ASEGURADO TITULAR cuando éste se halle internado.
- g) Transmisión de mensajes urgentes y justificados del ASEGURADO TITULAR relativos a cualquiera de los eventos que dan origen a las prestaciones bajo esta Póliza.

4.3. ACCIDENTES PERSONALES:

4.3.1. Muerte Accidental

Cubre la muerte accidental del ASEGURADO y, en su caso, los Acompañantes inscritos en la póliza, durante la vigencia de la misma ocurrido durante su viaje.

Sumas Aseguradas

La Póliza está sujeta a un límite por persona estipulado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, en el sentido que el pago de este límite es en exceso de cualquier otro seguro obligatorio o no, que ampare el riesgo de muerte accidental y que haya sido contratado por el ASEGURADO o por tercera persona con interés asegurable.

Beneficiarios

Salvo que el ASEGURADO haya expresado por escrito Beneficiarios distintos, se considera como Beneficiario de las indemnizaciones en caso de muerte accidental, a los herederos legales.

4.3.2. Traslado de Restos Mortales

Cubre el gasto del traslado del cadáver hasta su lugar de residencia u origen, así como el de proveer un ataúd común o una urna funeraria. Este servicio comprende todo el proceso para la liberación del cuerpo cremado o embalsamado y pasaje aéreo.

El Beneficio antes mencionado incluye, pero no se limita a los gastos de:

- a) Embalsamamiento.
- b) Cremación.
- c) Féretros o urna crematoria.
- d) Transporte.

RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 5º

- A. La presente Póliza no cubre el reembolso ni el pago de gastos y prestaciones que directa o indirectamente se refiera a:**
- 1. Servicios o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como MEDICAMENTO NECESARIOS por el MÉDICO.**
 - 2. Exámenes físicos de rutina u otros exámenes donde no haya indicaciones objetivas o deterioro en la salud normal o diagnóstico de laboratorio o radiografías.**
 - 3. Cirugía reparadora, plástica o que no fuera absolutamente esencial y necesaria, excepto como resultado de un accidente.**
 - 4. Tratamientos rejuvenecedores o estéticos, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de un accidente, que sí estarán en cobertura).**
 - 5. Enfermedades y condiciones congénitas así como sus manifestaciones, complicaciones y consecuencias.**
 - 6. Gastos incurridos con relación a patología de los pies, excepto los accidentales.**
 - 7. Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos, salvo que sea por causa de accidente.**
 - 8. Trasplante de órganos.**
 - 9. Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones**
 - 10. Gastos médicos correspondientes a la prestación de servicios médicos en el Perú.**
 - 11. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la lesión o la enfermedad haya causado el deterioro de la visión o la audición.**
 - 12. Tratamiento proporcionado por un hospital del estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas.**

13. Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.
14. Gastos médicos cubiertos por una Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
15. Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufre directamente o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

B. Asimismo, para el caso de Pérdida y Demora en la Localización de Equipaje, esta Póliza no otorga ningún beneficio:

1. Si el equipaje es confiscado o retenido por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
2. Si el ASEGURADO es miembro u operador de la tripulación en el medio de transporte público autorizado que dio origen al suceso.
3. Si se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.
4. Si el ASEGURADO no ha tomado las medidas de seguridad necesarias para prevenir el equipaje perdido, tales como pero no limitado a, maletas o maletines cerrados con llave y candado, debidamente identificadas con nombre, dirección y teléfono del ASEGURADO y cuidándolas en forma permanente hasta que no se entreguen a la línea o empresa de transporte.
5. No se brindarán beneficios por la pérdida de equipaje cuando se trate de:
 - Animales
 - Automóviles o equipos de automóvil
 - Embarcaciones, tráileres o casas rodantes, motos u otro medio de transporte o sus accesorios, (excepto bicicletas cuando se las registre como equipaje en el transporte público autorizado)
 - Muebles y adornos para el hogar
 - Anteojos o lentes de contacto
 - Dientes postizos o puentes dentales
 - Audífonos
 - Prótesis externas
 - Instrumentos musicales
 - Joyas, dinero, títulos, acciones o documentos de características similares
 - Pasajes o documentos
 - Artículos perecederos o consumibles
 - Ruptura de artículos frágiles, cámaras, instrumentos musicales, bienes similares
6. No se brindarán beneficios por la pérdida de equipaje cuando los daños materia de reclamo sean causados por:
 - Uso o desgaste natural o deterioro gradual
 - Insectos o plagas
 - Vicio o daño inherente

- Confiscación o expropiación por orden de cualquier gobierno o autoridad pública
- Detención o destrucción por cuarentena o por normas aduaneras
- Contaminación radioactiva
- Usurpación del poder o acción tomada por la autoridad gubernamental para impedir, combatir o defenderse contra tal usurpación
- Contrabando o comercio ilícito
- Hurto

C. Por otro lado, se encuentran excluidos de los efectos de la presente Póliza, todos los eventos que tengan su origen en:

1. Enfermedades crónicas.
2. Condiciones médicas preexistentes al viaje del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada y las secuelas de enfermedades anteriores al viaje. Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO o acompañante y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud o de la contratación del seguro.
3. ACCIDENTES que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos, tales como polo, hockey, paperchase, steeplechase, montañismo, deportes aéreos, deportes de combate, exploración de cavernas, bungee-jump, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión, y la práctica o participación del ASEGURADO en competencias deportivas en hielo o nieve. Además no están cubiertas las prácticas en carácter de competencia de automovilismo, motociclismo y deportes náuticos motorizados, sea en calidad de conductor o pasajero, y el uso de snowmobile, o vehículos similares. Asimismo queda excluido los accidentes que se produzcan a causa de sobrevolar aeronaves, sea en calidad de conductor o pasajero; independientemente si dicho servicio es prestado o no por una empresa de transporte regular.
4. Enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Síndrome del Complejo Relativo al SIDA (SCRS) o la infección del Virus del Papiloma Humano;
5. Embarazo, complicaciones y consecuencias, incluyendo amenaza de aborto, asimismo diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos para tal fin;
6. Las ocurrencias y consecuencias derivadas del uso de drogas ilícitas, alcohol u otras sustancias tóxicas;
7. Las consecuencias de guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelga.
8. Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional o cualquier otro deporte de contacto personal.
9. Suicidio, intento de suicidio o lesión intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo; estar bajo la influencia de drogas, alcohol u

otras sustancias tóxicas, a menos que hayan sido prescritos por un MÉDICO y tomadas como fueron prescritas

10. Participación en riñas o peleas callejeras, guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas, explosiones, emanación de calor o radiación provenientes de la transmutación desintegración de núcleo atómico, de radioactividad u otros casos de fuerza mayor que impidan la intervención de PACIFICO SEGUROS.
 11. Las consecuencias de la utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego por el ASEGURADO;
 12. Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas, salvo aceptación expresa por parte de PACIFICO SEGUROS;
 13. Secuestro e intento de secuestro realizado en contra del ASEGURADO;
 14. Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia. Para los efectos del presente artículo, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma. Están excluidas también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos.
 - a. Cuando los hechos en que se basa la exclusión de este artículo configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía no estará obligada a pagar ninguna indemnización por reclamo, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurrieron los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito.
 15. La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de las mismas;
 16. Reclamos que surjan por depresión, ansiedad, trastorno mental o nervioso o curas de sueño.
- D. PACIFICO SEGUROS se exime de toda responsabilidad por accidente o enfermedad o por cualquier otra afectación que tenga su origen en casos fortuitos o de fuerza mayor, incluidos catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrillas o movimientos populares, lock-out, actos de sabotaje o terrorismo.

PAGO DE BENEFICIOS

Artículo 6º

El Pago de beneficios se realizará en un máximo de 30 (treinta) días calendarios desde que PACÍFICO SEGUROS reciba la documentación completa requerida por la póliza

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica y/o médico de la red de proveedores afiliados a PACIFICO SEGUROS que haya prestado, la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente.

Por excepción, y sólo en los casos indicados en el inciso B del presente artículo, PACIFICO SEGUROS reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos que haya decidido pagar directamente.

En ambos casos, la liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro, previa aplicación y pago por el ASEGURADO a la clínica y/o médico de los deducibles de ser el caso, así como de los importes por gastos no cubiertos.

a) ATENCIÓN BAJO SISTEMA DE CRÉDITO

PACIFICO SEGUROS, y, en su caso, con intervención de su operador internacional, previa certificación del ASEGURADO y/o sus Acompañantes inscritos y de la emisión de la carta de garantía correspondiente, reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú..

Si durante los 30 (treinta) días calendarios posteriores a una hospitalización se efectuaran gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad súbita o accidente, estos serán cubiertos como gastos hospitalarios, en el país del accidente, correspondientes al mismo reclamo.

Todo exceso de la suma asegurada será asumida directamente por el ASEGURADO quién pagará al proveedor de los servicios de hospitalización o atención ambulatoria, según corresponda.

Los beneficios cubiertos serán pagados directamente a la clínica y/o médico de la red de proveedores afiliados a PACIFICO SEGUROS que haya prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro. Todo exceso del monto asegurado será pagado directamente por el ASEGURADO al proveedor de los servicios de hospitalización o atención ambulatoria, según corresponda.

b) ATENCIÓN BAJO SISTEMA DE REEMBOLSO

Sólo en los casos de accidente, enfermedad súbita aguda o en la eventualidad de requerirse atención y la clínica o médico inmediato que no estuviere afiliado a la red de proveedores de PACIFICO SEGUROS, el ASEGURADO y/o sus Acompañantes inscritos podrán recurrir a dichos centros y profesionales, dando aviso a PACIFICO SEGUROS, o, en su caso, a su operador internacional, dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas de iniciado el tratamiento, si éste es ambulatorio, o dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes a la admisión, aunque el ASEGURADO haya sido dado luego de alta, si éste es hospitalario.

En este caso, el ASEGURADO después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a PACIFICO SEGUROS, dentro de los 30 (treinta) días calendarios siguientes, la Solicitud de Beneficios, adjuntando toda la documentación requerida a tal efecto.

Dichos reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

El pago vía reembolso se efectuará de la forma y modo establecido, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

En ambos casos mencionados anteriormente, por hospitalización, no se cubrirán los gastos de los Acompañantes teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico, salvo que tenga cobertura.

USO OBLIGATORIO DE LA RED DE CLÍNICAS Y MÉDICOS AFILIADOS

Artículo 7º

En el caso que el ASEGURADO y/o sus Acompañantes inscritos, requieran atención ambulatoria u hospitalaria en el Perú, deberán usar una clínica y/o médico que pertenezca a la red de proveedores de PACIFICO SEGUROS.

El ASEGURADO está en la obligación de consultar a PACIFICO SEGUROS o, en su caso, a su operador internacional, si el médico con quien se va a tratar o la clínica donde va a ser internado son afiliados a la red de proveedores, antes del tratamiento o de la admisión misma.

De no seguir los trámites antes citados los gastos del ASEGURADO en cuestión serán reconocidos de conformidad con lo dispuesto en los dos artículos precedentes, salvo en los casos señalados en el inciso B del Artículo 6º de esta Póliza.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Artículo 8

La cobertura termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

- a) En la fecha de llegada aún si esta es anterior a la que estaba originalmente prevista y en el momento del paso por migraciones.
- b) Vencido el último día por viaje establecido en la Póliza.
- c) A solicitud del ASEGURADO por una de las siguientes causas:
 1. Por negación del visado,
 2. Por suspensión de seminarios, exposiciones, foros, conferencias, charlas, cursos u otros similares que el ASEGURADO formara parte como representante y/o invitado,
 3. Por enfermedad o fallecimiento del ASEGURADO y/o Acompañante o familiar directo del ASEGURADO y/o del Acompañante; cuya prima haya sido pagada íntegramente, hasta el fin de su vigencia. Toda anulación de la Póliza deberá ser solicitada a PACIFICO SEGUROS antes de la entrada en vigencia de la Póliza. Después de este plazo, no podrá reintegrarse el importe abonado por la misma. Las solicitudes para la anulación de las Pólizas serán procesadas con un cargo por gastos administrativos.

OTROS SEGUROS

Artículo 9º

El ASEGURADO no podrá tener dos o más pólizas de seguro de este mismo producto con la COMPAÑÍA. En caso de duplicidad primará el contrato de seguro más antiguo y la COMPAÑÍA procederá a devolver la prima correspondiente al segundo o demás contratos de seguros.

REGISTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES

Artículo 10°

Este seguro por tener una cobertura de muerte accidental formará parte del Registro Nacional de Contratos de Seguros de Vida y Accidentes Personales, creado mediante la Ley 29355.

CONDICIONES LEGALES

CONTRATO DE SEGURO

Artículo 11°

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual la COMPAÑÍA 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.

Es 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 y los Endosos prevalecen sobre las CONDICIONES PARTICULARES y éstas prevalecen sobre las CONDICIONES GENERALES.

OBJETO DEL SEGURO

Artículo 12°

En virtud del presente contrato, la COMPAÑÍA se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por los riesgos cubiertos por 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 la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalado en las CONDICIONES PARTICULARES y/o en los términos pactados en el CONVENIO DE PAGO, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro.

BASES DEL CONTRATO

Artículo 13°

La presente Póliza se emite teniendo como base la información proporcionada por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO cuando corresponda, 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 la COMPAÑÍA haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO y la cobertura otorgada se hará efectiva cuando el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima y/o firmado el CONVENIO DE PAGO obligándose a pagarla.

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

DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

Artículo 14°

En caso la Póliza se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por la COMPAÑÍA, y el contenido de esta Póliza difiera de dicha propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el ASEGURADO si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando LA COMPAÑÍA advierte al ASEGURADO, 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 la COMPAÑÍA, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

DECLARACIONES

Artículo 15°

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 la COMPAÑÍA, de ser el caso. En la contratación de seguros 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 la COMPAÑÍA, 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 tienen efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en las presentes CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que LA COMPAÑÍA puede llegar a conocer sobre el estado de salud del ASEGURADO (incluyendo lo referido a preexistencias), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

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

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 de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por la COMPAÑÍA; y asimismo, ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada y siempre podrá verificar las coberturas ofrecidas en la página web de LA COMPAÑÍA(<http://www.pacificoseguros.com>).

RESIDENCIA

Artículo 16°

Esta póliza ha sido diseñada para personas que residan permanentemente en el territorio peruano, por ello para gozar del beneficio que otorga esta póliza, se requerirá siempre que el ASEGURADO resida en el Perú.

Se entenderá que los asegurados son residentes si están en Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza. La cobertura nacional para ser efectiva dentro del Perú se mantendrá vigente si el ASEGURADO se encuentra al día en el pago de sus primas.

Este seguro podrá ser adquirido por extranjeros que ingresen al Perú en condición de turista y sólo y únicamente para atenciones en territorio nacional.

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

Artículo 17°

LA COMPAÑÍA brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares y/o cláusulas adicionales y/o demás condiciones, de ser el caso. El seguro contempla exclusiones y/o gastos no cubiertos por LA COMPAÑÍA los cuales también se especifican en las condiciones particulares, Condiciones Especiales, Clausulas Adicionales o Endosos, de ser el caso.

VIGENCIA DE LA POLIZA

Artículo 18°

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

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 19°

- a) La COMPAÑÍA comunicará, por cualquiera de las formas convenidas con el CONTRATANTE o el ASEGURADO en la Póliza, sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro.
- b) El CONTRATANTE o el ASEGURADO tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de la COMPAÑÍA para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.
- c) EL CONTRATANTE o el ASEGURADO podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a la COMPAÑÍA 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 o el ASEGURADO no está de acuerdo con la modificación propuesta por la COMPAÑÍA, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.

DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

Artículo 20°

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, el país de destino, la cantidad de días de viaje y el plan de seguro contratado.

INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS (condición mínima)

Artículo 21°

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, la COMPAÑÍA deberá comunicar 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 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 ASEGURADO haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

La COMPAÑÍA 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, la COMPAÑÍA podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará al ASEGURADO con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

En caso la COMPAÑÍA 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. La COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima devengada.

REHABILITACION

Artículo 22°

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza; y siempre que la COMPAÑÍA 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 y los intereses por mora. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable la COMPAÑÍA por SINIESTRO alguno ocurrido durante la suspensión.

AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

Artículo 23°

El ASEGURADO, en su caso, deberán notificar por escrito a la COMPAÑÍA, 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 caso EL ASEGURADO haya omitido su deber de informar sobre la agravación del riesgo y ocurre el siniestro, se entenderá que EL ASEGURADO ha incurrido en culpa grave o dolo en el incumplimiento de su obligación de informar sobre la agravación del riesgo asegurado. En este último supuesto la COMPAÑÍA estará liberada de su prestación.

La COMPAÑÍA 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, en los siguientes casos:

1. Cuando EL ASEGURADO ha omitido o se ha demorado en informar sobre la agravación del riesgo 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 del asegurador.
3. Si la COMPAÑÍA no resuelve el Contrato de Seguro o lo modifica conforme a lo señalado en el párrafo siguiente.

En el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, la COMPAÑÍA tendrá la facultad de comunicar al ASEGURADO, 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 ASEGURADO dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de la COMPAÑÍA. En caso opte por resolver el Contrato, la COMPAÑÍA tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido, entendiéndose con las primas canceladas a la fecha de la Resolución.

INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

Artículo 24°

- a) El límite de la indemnización a que se obliga la COMPAÑÍA en caso de siniestro cubierto es la Suma Asegurada y/o Beneficio Máximo Anual señalados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro. En ningún caso la COMPAÑÍA 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 la COMPAÑÍA con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.
- c) La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro, en los casos que corresponda, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a la COMPAÑÍA, 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 por el tipo de atención del seguro corresponda que la COMPAÑÍA pague directamente la suma asegurada al ASEGURADO y/o proceda la atención con reembolso, y siempre que conste en las Condiciones Particulares de la Póliza, la COMPAÑÍA, 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 la COMPAÑÍA 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 la COMPAÑÍA 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 seguros.

Consentido el siniestro, la COMPAÑÍA tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización, en caso de pago directo al ASEGURADO.

- e) Cuando el ASEGURADO o el Beneficiario, debido a culpa leve, incumpla con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro, la COMPAÑÍA reducirá la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio que se le haya causado, siempre que, se haya afectado su derecho a verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 25°

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro 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

Reticencia y/o declaración inexacta —si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO— de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Efectos sobre la prima

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

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Artículo 26°

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, tanto el CONTRATANTE y/o ASEGURADO como la COMPAÑÍA de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato.

El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que se reciba la comunicación informándose sobre esta decisión, por cualquiera de los medios de comunicación pactados.

Efecto sobre la prima

El ASEGURADO 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 ASEGURADO 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 la COMPAÑÍA, en caso de presentarse cualquiera de las causales señaladas a continuación:

i. Por falta de pago de la prima

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, la COMPAÑÍA 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 ASEGURADO reciba la comunicación de la COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión, por cualquiera de las formas convenidas.

La COMPAÑÍA tiene derecho al cobro de la prima correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

ii. Por agravación del riesgo

La COMPAÑÍA podrá manifestar su voluntad de resolver el contrato por efecto de la agravación sustancial del riesgo dentro de los treinta (30) días en que ésta fue debidamente comunicada por el ASEGURADO.

Para los casos en que el ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo la COMPAÑÍA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

1. El ASEGURADO incurre 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 la COMPAÑÍA.
3. Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
4. La COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los numerales 1), 2) y 3) precedentes, la COMPAÑÍA 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.

iii. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.

iv. Por incumplimiento de cualquier otra obligación prevista en la póliza de seguro.

En cualquiera de los dos últimos supuestos la COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al ASEGURADO por cualquiera de los medios convenidos en la Póliza. El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el ASEGURADO reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión.

Efectos sobre la prima

La COMPAÑÍA tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

TERMINACION DE LA COBERTURA

Artículo 27°

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) Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de esta persona.
- c) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- d) Si PACIFICO 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.
- e) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.
- f) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales.

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

RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

Artículo 28°

Se considerará que existió DOLO o CULPA INEXCUSABLE del ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por ellos, que fueron materia de una pregunta expresa 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 LA COMPAÑÍA la hubiera llevado a no celebrar el Contrato de Seguro o lo hubiera hecho en circunstancias diferentes.

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

- i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, LA COMPAÑÍA presentará al ASEGURADO 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 ASEGURADO 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 ASEGURADO respecto de la

revisión de la Póliza, LA COMPAÑÍA podrá resolver la PÓLIZA DE SEGURO respecto del ASEGURADO, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA 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, LA COMPAÑÍA 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.

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

Artículo 29°

La COMPAÑÍA tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de la COMPAÑÍA y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO.

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso 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. La COMPAÑÍA manejará con total confidencialidad esta información.

SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO

Artículo 30°

El ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando LA COMPAÑÍA 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 la COMPAÑÍA, 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.

SUBROGACIÓN

Artículo 31°

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de la presente Póliza, PACIFICO SEGUROS quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al ASEGURADO o a sus herederos contra terceras personas naturales o jurídicas la indemnización correspondiente en virtud del evento que originó la asistencia prestada.

Además, si el ASEGURADO violara el derecho de subrogación, y a excepción de los seguros obligatorios, se compromete a abonar en el acto a PACIFICO SEGUROS todo importe que haya recibido de parte del causante del accidente y/o de su(s) compañía(s) de seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el ASEGURADO tiene derecho.

Sin que la enunciación deba entenderse limitativa, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:

- A. Terceros responsables de un accidente de tránsito.
- B. Empresa de transporte, en lo atinente a la restitución- total o parcial- de la pérdida de equipaje por transporte público, del precio de pasajes no utilizados, cuando PACIFICO SEGUROS haya tomado a su cargo el traslado del ASEGURADO o de sus restos.

En consecuencia el ASEGURADO cede irrevocablemente a favor de PACÍFICO SEGUROS los derechos y acciones comprendidos en el presente artículo, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración que le sea requerida con motivo de la subrogación acordada.

De negarse a prestar colaboración o a subrogar tales derechos a PACÍFICO SEGUROS esta última quedará automáticamente liberada a abonar los gastos de asistencia originados y en su caso tendrá derecho a repetir lo pagado al ASEGURADO.

Las partes aclaran que los derechos y acciones que el ASEGURADO cede a PACIFICO SEGUROS son aquellos correspondientes a las indemnizaciones pagadas por ésta y hasta el límite de las mismas, reservándose el ASEGURADO las acciones correspondientes a lo no cubierto por la presente Póliza.

INFORMACION MÉDICA E HISTORIA CLINICA

Artículo 32°

El ASEGURADO se encuentra en la obligación de proporcionar a la COMPAÑÍA toda la información que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar lo declarado en la SOLICITUD DE SEGURO, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria para los efectos del pago de la(s) cobertura(es) debida por la COMPAÑÍA, 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 la COMPAÑÍA tenga necesidad de revisar cualquier solicitud de cobertura que le presente el ASEGURADO en caso de siniestro, como consecuencia de la presente póliza.

La COMPAÑÍA 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.

DESIGNACION DE CORREDOR DE SEGUROS

Artículo 33°

Es prerrogativa del ASEGURADO la designación de un Corredor de Seguros mediante una carta de nombramiento, en los seguros cuya comercialización se contemple su participación. En dicho caso, el Corredor de Seguros se encuentra facultado para realizar

en nombre y representación del ASEGURADO todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la Póliza, mas no puede realizar actos de disposición.

Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos con relación al ASEGURADO y se entenderán como si hubieran sido efectuadas por estos últimos, con las limitaciones previstas en la ley.

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

Artículo 34°

La COMPAÑÍA y el ASEGURADO señalan como sus domicilios la dirección física y la dirección electrónica señaladas en la SOLICITUD DE SEGURO y que se consignan en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados a los domicilios establecidos en las Condiciones Particulares, a través de los medios previamente acordados y/o autorizados por las partes, inclusive sean físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

En caso de contratación por 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.

El ASEGURADO deberá informar a la COMPAÑÍA la variación de los datos de contacto establecidos en la SOLICITUD DE SEGURO, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

La carta de nombramiento que el ASEGURADO extienda a un Corredor de Seguros, lo faculta para realizar actos administrativos de representación, mas no de disposición sobre los alcances del contrato de seguro.

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Artículo 35°

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

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS (condición mínima)

Artículo 36°

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 ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a la legislación procesal peruana.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Artículo 37°

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 LA COMPAÑÍA 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.

TRIBUTOS

Artículo 38°

Todos los tributos presentes que graven las primas, o sumas aseguradas o indemnizaciones por SINIESTROS, serán de cargo del ASEGURADO y/o su Beneficiario y/o sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

Artículo 39°

En caso de consultas y/o quejas y/o reclamos, el ASEGURADO puede contactarse con LA COMPAÑÍA en el lugar indicado en las demás Condiciones 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.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Artículo 40°

En la oferta de seguros efectuada por los comercializadores, incluyendo la bancaseguros, el ASEGURADO tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, cuando el seguro es adquirido con antelación a la fecha del viaje mayor de 15 días.

Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo la COMPAÑÍA en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

El ASEGURADO para tal efecto deberá comunicarse con la COMPAÑÍA, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en la Póliza, 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.

Debido a que este seguro tiene una naturaleza especial porque el inicio de vigencia generalmente coincide con la fecha de inicio del viaje y porque puede ser adquirido hasta un día antes de dicha fecha, el derecho de arrepentimiento, en la forma indicada en los párrafos precedentes solo aplica en aquellos casos en los cuales el

seguro es adquirido con una anticipación mayor a 15 días de la fecha de inicio del viaje.

BASE LEGAL

Artículo 41°

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguros 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.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Artículo 42°

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

ACCIDENTE

Se entiende por accidente, toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita y/o ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de manera cierta.

Se incluyen en el concepto de accidente las lesiones derivadas de:

- a) Acción de la temperatura del ambiente o influencia atmosférica cuando a ellas el ASEGURADO esté sujeto como consecuencia del accidente cubierto;
- b) Alteraciones anatómicas o funcionales de la columna vertebral, de origen traumático causadas exclusivamente por fracturas o luxaciones radiológicamente comprobadas.

No se incluyen en el concepto de accidente:

- a) Las enfermedades (incluso las profesionales), cualesquiera que sean sus causas, aunque provocadas, desencadenadas o agravadas directa o indirectamente por accidente o por infecciones, estados septicémicos y embolias, resultantes de heridas visibles;
- b) Las complicaciones que sean consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no han derivado de accidente cubierto.
- c) Escape accidental de gases y vapores.

ASEGURADO(S)

Persona natural titular del interés asegurable que se beneficia con las coberturas del contrato de seguro, puede ser también el contratante del seguro. Figura como tal en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro. Es el que tiene derecho a reclamar los beneficios contratados.

ACOMPAÑANTE - COMPAÑERO DE VIAJE

Son las personas debidamente individualizadas en la Póliza, que viajan acompañando al ASEGURADO en las mismas fechas de inicio y fin de viaje y también se encuentran cubierto por el seguro.

CONTRATANTE

Es el tomador de la Póliza. Es la persona natural o jurídica que celebra con PACIFICO SEGUROS, el Contrato de Seguro y el obligado al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad del ASEGURADO. En el caso de una póliza grupal es la persona jurídica que tiene a su cargo una colectividad homogénea de personas.

CONDICIÓN PREEXISTENTE

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

DEDUCIBLE

Se entiende por deducible la suma de dinero establecida en la Tabla de Beneficios inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza, en el caso de seguro individual o en el Certificado de la Póliza, en el caso de seguro colectivo, que siempre será de cargo del ASEGURADO en caso de un reclamo. De tal modo que, cuando se haya utilizado algún beneficio con deducible, PACIFICO SEGUROS será responsable sólo de la cantidad que lo exceda.

DROGA LÍCITA

Principio activo de un producto farmacológico reconocido formalmente por las Autoridades Sanitarias que sea para uso médico.

EMERGENCIA

Situación de peligro o desastre que requiera una acción inmediata, es determinada por el médico tratante.

ENFERMEDAD CRÓNICA

Trastorno orgánico - funcional que compromete la salud de la persona, de condición permanente, de aparición súbita o no, de multicausalidad o no, cuyo curso evolutivo puede ser sintomático o no, pudiendo llevar a una necesidad de medicación permanente.

ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO

Es el evento de carácter mórbido de causa no accidental que se manifieste y sea contraído durante el viaje asegurado y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un médico y no corresponda a una condición preexistente.

EQUIPAJE

Es considerado equipaje todo volumen acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad de la compañía transportadora. No incluye en ningún caso el equipaje de mano.

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO (U HOSPITAL)

Es un lugar que:

- A. Cuenta con habilitación vigente, si así fuese requerido por la ley;
- B. Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas;
- C. Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma permanente;
- D. Presta servicios de enfermería las 24 (veinticuatro) horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente;

- E. Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del hospital, previamente acordados; y
- F. No son hospitales los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

FECHA DE SALIDA

Es la fecha indicada por el ASEGURADO para iniciar el viaje y que está en la respectiva Póliza.

FECHA DE LLEGADA

Es la fecha indicada por el ASEGURADO para regreso de su viaje y que está especificada en la respectiva Póliza.

HURTO

Apropiación de una cosa ajena sin que medie violencia ni intimidación en las personas o cosas, y con un fin claro de ánimo de lucro.

INDEMNIZACIÓN

Es el pago a cargo de PACIFICO SEGUROS por los daños, pérdidas y/o gastos a consecuencia de un siniestro, ocurrido de acuerdo con las presentes condiciones generales y las condiciones del plan contratado.

INTERES ASEGURABLE

Relación económica que debe tener el asegurado con el riesgo que desea asegurar para que no se produzca el siniestro, debido a que ello le generaría un perjuicio económico.

LESIÓN

Es un daño corporal causado exclusivamente por accidente, ocurrido durante el viaje y durante la vigencia de la Póliza.

MÉDICAMENTE NECESARIO

Es la recomendación hecha por el médico cuando:

- a. Es consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento derivado de la propia condición del ASEGURADO;
- b. Es apropiada en relación con las reglas de la buena práctica médica.

MÉDICO

Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. No será considerado como médico:

- A. El ASEGURADO.
- B. Su cónyuge.
- C. Una persona que sea pariente del ASEGURADO o de su cónyuge con los siguientes parentescos: hijo(a), padres, hermano(a), ni tampoco parientes consanguíneos o afines, definidos dentro de la presente Póliza, aunque se encuentren habilitados para ejercer la práctica de la medicina.

En ninguno de estos casos será indemnizado el ASEGURADO por el diagnóstico / tratamiento médico recibido.

MIEMBRO DE LA FAMILIA

Miembro familiar directo significa el cónyuge del ASEGURADO, sus hijos legítimos o naturales, hijastros, sus padres legítimos, naturales o adoptivos, padrastro o madrastra, suegros(as), hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos(as), nietos(as), nueras, menores bajo su tutela, tías, tíos, sobrinas y sobrinos, siempre y cuando residan en Perú.

MUERTE ACCIDENTAL

Es el fallecimiento de la persona a causa de una acción imprevista, fortuita y/o ocasional,

PLAN CONTRATADO

Coberturas, servicios, beneficios y límites contratados por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, descritos en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

PÓLIZA

Es el presente CONTRATO DE SEGURO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIAJES, como documento que formaliza el consentimiento del contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre PACIFICO SEGUROS y el CONTRATANTE Incluye los documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y las modificaciones habidas durante la vigencia del contrato.

RECLAMO Y/O SINIESTRO

Es la ocurrencia de un evento que da lugar a asistencia y del cual resulta el derecho a obtener la prestación del servicio o el otorgamiento del beneficio o pago de acuerdo a esta Póliza.

SÍNDROME

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

SOLICITUD DE BENEFICIOS

Documento, generalmente pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que el asegurado completa y suscribe resumiendo sus gastos de atención médica, accidental, autorizados por médico, o de afectación de cualquier otra de las garantías; debidamente complementada y sustentada con la documentación requerida.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

Es cualquier medio de transporte terrestre, marítimo o aéreo público operado con autorización de la entidad correspondiente para el transporte remunerado de pasajeros. No se incluyen en esta definición el transporte individual de pasajeros, tales como taxi, mototaxi, vehículos de alquiler y medios de transporte que no cuenten con dicha autorización, así como, cualquier tipo de embarcación lacustre o fluvial u otros, cualquiera sea su naturaleza.

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

Es el procedimiento médico o quirúrgico, o tecnología que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

VIAJE

Es la acción de trasladarse de un lugar a otro por cualquier medio de locomoción declarado los contratos de viaje, de acuerdo al periodo de tiempo comprendido entre la fecha de salida y la fecha de llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro de la Póliza.