

Señor(a).-
Activos Mineros Sac
ProI Pedro Miotta Nro 421 Zona Industrial San Juan De Miraflores
San Juan De Miraflores-Lima
Póliza N° : 16483383-62591803
Fecha de vigencia: 01/04/2024 - 31/03/2025
Agente: Aon Peru Corredores De Seguros Sa

Estimado(a)

Queremos agradecerle la confianza depositada en Pacifico como su compañía aseguradora y así darnos la oportunidad de construir una relación de largo plazo con usted.

Nuestro compromiso es brindarle un servicio de excelencia, de mejora continua en los productos que le ofrecemos, y darle una respuesta justa y oportuna ante cualquier eventualidad que usted tenga.

Es de suma importancia revisar el detalle de las condiciones de su seguro para que se familiarice con las coberturas y servicios especiales de su póliza.

Asimismo, estaremos muy agradecidos si nos remitiera copia de la Póliza y el convenio de pago debidamente firmados a la atención: "Servicio al Cliente - Área de Emisión de Pólizas" a nuestras oficinas ubicadas en:

- Lima: Juan de Arona #830, San Isidro,
- Chiclayo: San José #857,
- Arequipa: Av. Bolognesi #301, Yanahuara,
- Trujillo: Av. Victor Larco Herrera #505, Urb. La Merced,
- Piura: Libertad #657,
- Cusco: Jr. Julio C. Tello Mz. C, Lt. 13, Urb. Santa Mónica,
- Iquitos: Yavarí #363 Of. 4.
- Huancayo: Jr. Ayacucho #282
- Ica: Av. San Martín 1312, Mz. M-2, Lt. 40, Urb. San Isidro
- Tacna: Plaza Zela 975, Cercado.

Nuestra Central de Información y Ventas: 01 513-5000 desde Lima y Provincias y nuestras Plataformas de Atención de nuestras oficinas, estarán a su disposición para responder cualquier inquietud sobre su seguro.

Cordialmente



Jorge Gomez
Gerencia Técnica de Salud.

Cliente



RUC Nro. 20332970411

AVISO DE COBRANZA N° 85992982

Póliza : 16483383 - 62591803 **SEGURO DE SALUD COLECTIVO**
Vigencia : 01/04/2024 - 30/04/2024 **PRACTICANTES**
Cliente : ACTIVOS MINEROS SAC 7654143
R.U.C. N° : 20103030791 **Teléfono** : 2049000
Dirección : PROL PEDRO MIOTTA NRO 421 ZONA INDUSTRIAL SAN JUAN DE MIRAFLORES
Localidad : SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA LIMA
Asegurado : SEGUN RELACION
Agente : AON PERU CORREDORES DE SEGUROS SA 0403772
Dirección : CALLE DIONISIO DERTEANO NRO 144 INT 1101
Localidad : SAN ISIDRO LIMA LIMA
Teléfono : 2030100 **R.N.P.** J0569

Conceptos	Importe
PRIMA COMERCIAL	1.728.75
INTERESES	0.00
I.G.V.	311.18
S/.	2.039.93

FORMA DE PAGO
< X - Contado Sin Cupon >

S22214

Emitido el 15 de Abril del 2024

La factura se emitirá al momento del pago correspondiente.

Emissor : S22214

* 85992982 *

AVISCOBP

Cliente

Fecha : 15/04/2024
Usuario : weblogic

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

Conste por el presente documento el convenio de pago de primas de seguro que celebran de una parte **PACÍFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS**, con R.U.C. N° 20332970411, con domicilio en la Av. Juan de Arona N° 830, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, a quien en adelante se le denominará LA COMPAÑÍA; y de la otra parte, **ACTIVOS MINEROS SAC**, identificado con el R.U.C. N° 20103030791, con domicilio en PROL PEDRO MIOTTA NRO 421 ZONA INDUSTRIAL SAN JUAN DE MIRAFLORES, distrito de SAN JUAN DE MIRAFLORES, provincia de LIMA y departamento de LIMA, a quien en adelante se le denominará el CONTRATANTE y/o ASEGURADO; en los términos y según las condiciones que obran en las cláusulas siguientes:

PRIMERO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO contrató con LA COMPAÑÍA, una póliza de seguro de Seguro De Salud Colectivo Practicantes N° 16483383, con vigencia del 01/04/2024 al 30/04/2024 para cubrirse contra los riesgos señalados en las Condiciones Particulares de la mencionada póliza.

SEGUNDO

Es obligación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagar la prima en la forma y plazos convenidos en este documento.

TERCERO

Por el presente las partes acuerdan que la forma de pago de la prima del seguro contratado se pagará de la siguiente manera:

Forma de pago: Al contado

Emisión : 15/04/2024

Plan de Pago : X - Contado Sin Cupon

Moneda : Soles (S/)

Canal : INSTITUCIONAL

Cronograma de Pago

Seguro De Salud Colectivo Practicantes - Póliza N° 16483383

Orden	Fec. Vcto.	Cod. Cuota	Monto a Pagar
1/01	30/04/2024	106109359	2,039.93
Monto total a pagar :			2.039.93
Tasa de costo efectivo anual :			0.00 %

CUARTO

4.1 El pago de las cuotas, para que tenga validez, podrá ser efectuado únicamente en los siguientes lugares:

- Nuestras oficinas a nivel nacional.
- Ventanillas y páginas web de los bancos BCP, BBVA Continental, Scotiabank, e Interbank.
- Agentes BCP (sólo para pólizas de seguros emitidas en nuevos soles).

4.2 Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá pagar autorizando al débito automático en cuentas de los bancos: BCP, BBVA Continental, Scotiabank, Interbank, así como con tarjetas de crédito Visa, Mastercard o American Express, para lo cual se podrá suscribir la respectiva autorización de afiliación por el titular de la cuenta y/o tarjeta de crédito y/o débito.

QUINTO

5.1 La prima de seguro tiene por objeto garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el CONTRATANTE y/o 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 el presente Convenio de Pago.

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

5.2 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, declaran conocer que en caso no cumplan con la obligación de pago de la prima al vencimiento del plazo convenido en el presente convenio, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación.

Para dicho efecto, las partes acuerdan que será considerada cierta la comunicación escrita que realice LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO por correo electrónico en donde comunique el incumplimiento del pago de la prima indicando la fecha del vencimiento de la prima y sus consecuencias, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

5.3 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 CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

5.4 Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa(90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato de seguro quedará extinguido en dicho plazo.

SEXTO

El presente convenio de pagos forma parte integrante de la póliza de seguros, en caso de acuerdo entre las partes, se podrían modificar las primas, las cuales deberán generar un nuevo cronograma de pago con los nuevos montos y/o plazos.

SETIMO

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

OCTAVO

En todo lo no establecido en el presente convenio le será de aplicación las normas vigentes de la Ley N° 26702 - Ley General: Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro, la Ley N° 29571 - que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor; y el Reglamento de Pago de Primas aprobado por la SBS vigente a la fecha de suscripción del presente documento.

Fecha : 15/04/2024
Usuario : weblogic

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

En señal de conformidad, la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO suscriben el presente documento, a los 15 días del mes de Abril de 2024.

El Asegurado y/o Contratante

R.U.C:

Firma:

Nombre:

Pacifico Seguros

20332970411

Firma:



Nombre: PEDRO TRAVEZAN

Gerente Gerencia Central de Administracion y Finanzas

09:17:53 AM



COMPOSICION POR EDAD
ABRIL 2024

Fecha....: 15/04/24
Hora.....: 09:17:55 AM
Página....: 1 de 1
Reporte..: COMPEDAD
Usuario..: SPOOL

POLIZA 16483383

CLIENTE ACTIVOS MINEROS SAC

INICIO 01/04/2024

AGENTE AON PERU CORREDORES DE SEGUROS SA

MONEDA NUEVOS SOLES

PLAN: 001 001 PRACTICANTES PLAN ADM 1 - BMAX 14K / 30K

CONFIGURACIÓN POR EDAD O TIPO DE ASEGURADO	CANT. ASEG.	IMPORTE TARIFA	PRIMA TOTAL
ADULTOS HASTA 99 AÑOS :	2	49.36	98.72
TOTAL	2		98.72

PLAN: 002 001 PRACTICANTES PLAN ADM 2 - BMAX 24.5K / 52.5K

CONFIGURACIÓN POR EDAD O TIPO DE ASEGURADO	CANT. ASEG.	IMPORTE TARIFA	PRIMA TOTAL
ADULTOS HASTA 99 AÑOS :	24	65.82	1,579.68
TOTAL	24		1,579.68

TOTALES DE LA POLIZA :	26	ASEGURADOS	1,678.40
------------------------	----	------------	----------

Cliente

RELACION DE ASEGURADOS TITULARES**ABRIL 2024****Fecha....:** 15/04/24
Hora.....: 09:17:56 AM
Página....: 1 de 1
Reporte.: LISASTIT
Usuario.: SPOOL**POLIZA** 16483383**CLIENTE** ACTIVOS MINEROS SAC**AGENTE** AON PERU CORREDORES DE SEGUROS SA**MONEDANUEVOS SOLES**

Certif	Plan	Nombre	Observ.	Prima	Configur.Familiar
51	PRACTICANTE	AGUIRRE VILCA, STHEFANY GERALDIN		65.82	TITULAR SOLO
45	PRACTICANTE	AIQUIPA LAZARO, LEONARDO ABRAHA		65.82	TITULAR SOLO
66	PRACTICANTE	BRITO CARRASCO, KATHERIN BETSY		65.82	TITULAR SOLO
78	PRACTICANTE	CABEZAS CAPARACHIN, JOSTHIN IMANC		65.82	TITULAR SOLO
67	PRACTICANTE	CARHUARICRA OROSCO, MAYLI DORCA		65.82	TITULAR SOLO
60	PRACTICANTE	CERCADO ACUÑA, JEINER MERCEDES		65.82	TITULAR SOLO
72	PRACTICANTE	CHIRINOS ACOSTA, RASHELL KATE		49.36	TITULAR SOLO
65	PRACTICANTE	CIPRIANO HUAMAN, FREDDY LENIN		65.82	TITULAR SOLO
46	PRACTICANTE	COLORADO HUMERES, JHOJAN JOSUE		65.82	TITULAR SOLO
80	PRACTICANTE	FUENTES ARICA, ANDREA DEL PILAR		65.82	TITULAR SOLO
76	PRACTICANTE	GONZA SAAVEDRA, ZAIRA ESMERALDA		65.82	TITULAR SOLO
68	PRACTICANTE	GUZMAN MAYANGA, JUAN JESUS		65.82	TITULAR SOLO
71	PRACTICANTE	HUAITA CCOILLO, DIEGO ISAAC		65.82	TITULAR SOLO
69	PRACTICANTE	HUAPAYA GUARDIA, RICARDO ANDRES		49.36	TITULAR SOLO
74	PRACTICANTE	JARA CANDIA, CARLOS ANTONIO		65.82	TITULAR SOLO
79	PRACTICANTE	JIHUAÑA TARQUI, RUTH MARIA		65.82	TITULAR SOLO
75	PRACTICANTE	MAYTA RAMOS, ARACELY DEL ROSARI		65.82	TITULAR SOLO
59	PRACTICANTE	MEZA CANTO, BETTSY MEDALIT		65.82	TITULAR SOLO
57	PRACTICANTE	NECIOSUP ARCILA, DAVID ELIAS		65.82	TITULAR SOLO
62	PRACTICANTE	ORTEGA GONZALES, KAREN HAYDEE		65.82	TITULAR SOLO
77	PRACTICANTE	POVIS POMA, BRAYAN LUIS		65.82	TITULAR SOLO
81	PRACTICANTE	RAMOS PECHO, VANIA GABRIELA		65.82	TITULAR SOLO
50	PRACTICANTE	REYES GARIBAY, RENZO ALONSO		65.82	TITULAR SOLO
73	PRACTICANTE	SANCHEZ RIGUETTI, MARJORIE CELEST		65.82	TITULAR SOLO
56	PRACTICANTE	SANTUR ALCOCER, MILCA		65.82	TITULAR SOLO
42	PRACTICANTE	YUPANQUI BARBOZA, JOSE CARLOS		65.82	TITULAR SOLO
TOTALES DE LA POLIZA 26 ASEGURADOS				1,678.40	26 CERTIFICADOS

MOVIMIENTOS DE RENOVACION (INCLUSIONES/EXCLUSIONES)

POST FACTURACION

Fecha....: 15/04/2024
 Hora.....: 09:17:57 AM
 Página....: 001 de 002
 Prog.....: REMOVEND
 Usuario...: SPOOL

PRODUCTO :	SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRACTICANTES	POLIZA NRO. :	16483383
VIGENCIA FACTURADA DEL :	01/04/2024 AL 30/04/2024	MONEDA	NUEVOS SOLES
CLIENTE :	ACTIVOS MINEROS SAC	RENOVACION N°	62591803
AGENTE :	AON PERU CORREDORES DE SEGUROS SA		

LOS SIGUIENTES MOVIMIENTOS SON LOS CONSIDERADOS EN LA FACTURACION DE LA RENOVACION ARRIBA INDICADA.

* INCLUSIONES *	PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
YUPANQUI BARBOZA JOSE I	TITULAR MASC	42	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
AIQUIPA LAZARO LEONARD	TITULAR MASC	45	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
COLORADO HUMERES JHO.	TITULAR MASC	46	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
REYES GARIBAY RENZO AL	TITULAR MASC	50	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
AGUIRRE VILCA STHEFANY	TITULAR FEME	51	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
SANTUR ALCOCER MILCA	TITULAR FEME	56	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
NECIOSUP ARCILA DAVID E	TITULAR FEME	57	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
MEZA CANTO BETTSY MEDA	TITULAR FEME	59	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
CERCADO ACUÑA JEINER M	TITULAR MASC	60	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
ORTEGA GONZALES KAREN	TITULAR FEME	62	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
CIPRIANO HUAMAN FREDDY	TITULAR MASC	65	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
BRITO CARRASCO KATHERI	TITULAR FEME	66	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
CARHUARICRA OROSCO MA	TITULAR FEME	67	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
GUZMAN MAYANGA JUAN JE	TITULAR MASC	68	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
HUAPAYA GUARDIA RICARDO	TITULAR MASC	69	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
HUAITA CCOILLO DIEGO ISA	TITULAR MASC	71	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
CHIRINOS ACOSTA RASHEL	TITULAR FEME	72	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
SANCHEZ RIGUETTI MARJO	TITULAR FEME	73	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
JARA CANDIA CARLOS ANTONIO	TITULAR MASC	74	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
MAYTA RAMOS ARACELY DI	TITULAR FEME	75	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
GONZA SAAVEDRA ZAIRA E	TITULAR FEME	76	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
POVIS POMA BRAYAN LUIS	TITULAR MASC	77	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
CABEZAS CAPARACHIN JOSE	TITULAR MASC	78	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
JIHUAÑA TARQUI RUTH MARIA F	TITULAR FEME	79	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
FUENTES ARICA ANDREA D	TITULAR FEME	80	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
RAMOS PECHO VANIA GABRIELA	TITULAR FEME	81	PRACTICANTES	04/2024 03/2024	0.00
TOTAL INCLUSIONES :					0.00
* REHABILITACIONES	PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
TOTAL REHABILITACIONES :					0.00
* EXCLUSIONES *	PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
TOTAL EXCLUSIONES :					0.00
* RECARGOS / DESCUENTOS	* PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA



MOVIMIENTOS DE RENOVACION (INCLUSIONES/EXCLUSIONES

POST FACTURACION

Fecha....: 15/04/2024
Hora.....: 09:17:57 AM
Página....: 002 de 002
Prog.....: REMOVEND
Usuario...: SPOOL

PRODUCTO :	SEGURO DE SALUD COLECTIVO PRACTICANTES	POLIZA NRO. :	16483383
VIGENCIA FACTURADA DEL :	01/04/2024 AL 30/04/2024	MONEDA	NUEVOS SOLES
CLIENTE :	ACTIVOS MINEROS SAC	RENOVACION N°	62591803
AGENTE :	AON PERU CORREDORES DE SEGUROS SA		

* RECARGOS / DESCUENTOS	* PARENTESCO	CERTIF.	PLAN	EFFECTIVIDAD	PRIMA
TOTAL RECARGOS/DESCUENTOS :					0.00
				INCLUSIONES	0.00
				REHABILITACIONES	0.00
				EXCLUSIONES	0.00
				RECARGOS/DESCUENTOS :	0.00
				* TOTAL *	0.00

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA, A EXCEPCION DE LO EXPRESAMENTE INDICADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO, QUEDAN INALTERABLES.
QUEDA ANOTADO EN LOS REGISTROS DE LA COMPAÑIA.

Lima, 15 de Abril del 2024


LUCIANO BEDOYA
GERENTE DIVISION SG


JORGE GOMEZ
GERENTE SUSCRIPCION

Cliente

Póliza AE09 - 16483383

Cliente : ACTIVOS MINEROS SAC

- R.U.C. : 20103030791
- OBJETO SOCIAL : 8299 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

DESCRIPCIÓN DEL INTERES ASEGURADO

Cubre los gastos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente del ASEGURADO, sea hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Persona, en el Perú.

TABLA DE BENEFICIOS

Producto:	SEGURO DE SALUD PRACTICANTES
Beneficio máximo anual:	BMA en caso de enfermedad BMA en caso de accidente
Períodos de carencia:	No Aplica
Períodos de espera:	No Aplica
Edad de Ingreso:	La edad límite de ingreso a la cobertura de la póliza para el asegurado titular es hasta los 39 años de edad inclusive. La edad límite de permanencia es hasta los 39 años de edad inclusive.
Renovación automática:	Aplica
Deducible: Monto fijo que debe pagar el asegurado por cada consulta médica u hospitalización, de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.	
Coaseguro: Porcentaje de los gastos cubiertos que debe pagar el asegurado por cada atención ambulatoria u hospitalización, de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.	

COBERTURA EN CASO DE ENFERMEDAD	
Tipo de Plan	Beneficio máximo anual
Plan 1	S/ 14,700 por persona asegurada
Plan 2	S/ 24,500 por persona asegurada
Plan 3	S/ 53,900 por persona asegurada

TIPOS DE ATENCIÓN		
ATENCIÓN AMBULATORIA	DEDUCIBLE	COASEGURO
Consulta médica, farmacia, exámenes auxiliares y procedimientos especiales.		
A.- Atención a crédito		
En la red de proveedores médicos afiliados.		
- Red SANNA Centros Médicos	S/ 15	Sin coaseguro
- Red 1	S/ 15	Sin coaseguro
- Red 2	S/ 35	5%
- Red 3	S/ 50	10%
- Red 4	S/ 50	20%
B.- Atención a reembolso		
- En Lima (Tarifario A*)	S/ 65	20%
- En Provincia (Tarifario A*)	S/ 35	15%
*Aplica Tarifario Pacífico: Tarifa "A".		

TELEORIENTACIÓN DR. ONLINE	DEDUCIBLE	COASEGURO
<p>Plataforma virtual de orientación médica respaldada por profesionales de salud, mediante el uso de tecnologías de comunicación e informática, y dispositivos móviles.</p> <p>No dirigido para orientaciones de emergencia / urgencia.</p> <p>Aplica para asegurados mayores de 18 años para la orientación en enfermedades agudas de baja complejidad.</p>		
<p>Videollamada a través del aplicativo SANNA/DR. ONLINE para orientación y consejería médica de problemas de salud de baja complejidad (*) a cargo de médicos generales. No incluye prescripción médica ni indicación de exámenes auxiliares.</p> <p>La videollamada tendrá una duración máxima de 20 minutos por atención, sujeto a programación de citas.</p>	Sin deducible	Sin coaseguro
<p>En caso de que la teleorientación sea para asegurados mayores de 18 años enfermedades agudas de baja complejidad (**) y requiera de prescripción médica y/o indicación de exámenes auxiliares se podrá acceder a los mismos a través de este beneficio cancelando el copago correspondiente.</p>	S/ 20	Sin coaseguro
<p>Toda atención o cita para orientación a través de SANNA/DR. ONLINE se debe gestionar a través de la App o Web de SANNA. Puedes descargar la App de SANNA a través de Google Play o App store, y registrarte para la creación de tu usuario, para ello debes contar con una PC o Laptop con conectividad a internet o un equipo móvil tipo smartphone con servicio de internet.</p> <p>La atención será para todos los asegurados mayores de 18 años a nivel nacional de lunes a viernes de 09:00 a 21:00 horas, excepto sábados, domingos y feriados. <u>El Servicio de Dr. Online no reemplaza una atención y/o consulta médica presencial.</u></p> <p>En caso de requerir otro servicio, se podrá gestionar su derivación bajo las condiciones de su póliza de salud para el servicio solicitado a: Médico a Domicilio para atenciones de baja complejidad o a los Centros Clínicos de SANNA para otras especialidades.</p> <p>Servicios incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendación sobre dosis o forma de administración de medicamentos recetados previamente por un médico (sin modificación de tratamiento). • Recomendación y orientación sobre efectos adversos o molestias paralelas causadas por tratamientos médicos. • Orientación y explicación de informes y pruebas diagnósticas. • Orientación al paciente hacia la elección de una consulta con especialidades médicas de acuerdo a los síntomas presentados. • Orientación en problemas generales de salud tales como dolor de cabeza, reacciones alérgicas, dolor de espalda, resfríos, fiebre, contractura muscular, estreñimiento, y otros de baja complejidad que el médico considere pertinente; sin llegar a brindar un tratamiento médico específico. 		

El servicio incluye atenciones de baja complejidad de acuerdo a criterio del médico de SANNA. En caso el médico de SANNA considere otro mecanismo de atención será coordinado con el paciente. El servicio estará disponible desde el momento en que se efectúe el pago en línea a través de la app o Web SANNA.

Para la atención a domicilio de medicamentos y exámenes auxiliares en Lima, aplican las siguientes zonas de límites geográficos:

En Lima:

- **Por el norte:** Carabaylo (hasta Palacio Municipal), Ancón (hasta cruce con Av. Los Arquitectos Km 39 Panamericana Norte).
- **Por el sur:** Pachacamac (zona urbana), Lurín (zona urbana).
- **Por el este:** Cieneguilla, Chaclacayo y Chosica (hasta Plaza de Armas de Chosica).
- **Por el oeste (Callao):** Ventanilla (hasta cruce Av. Los Licenciados con 28 de febrero, Av. Néstor Gambeta con Av. Cuzco), La Punta.

Importante:

El Servicio de TELEORIENTACION DR. ONLINE no reemplaza una atención y/o consulta médica presencial.

Términos y condiciones de servicio en el siguiente enlace:
www.sanna.pe/servicios/doctor-online/

ATENCION HOSPITALARIA	DEDUCIBLE	COASEGURO
A.- Atención al crédito		
Farmacia, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, honorarios médicos y habitación.		
- Red 1	Sin deducible	Sin coaseguro
- Red 2	Sin deducible	5%
- Red 3	Sin deducible	10%
- Red 4	Sin deducible	20%
B.- Atención a reembolso		
- En Lima (Tarifario A*)	1 día de hab.	20%
- En Provincia (Tarifario A*)	1 día de hab.	15%
*Aplica Tarifario Pacífico: Tarifa "A".		

COBERTURAS POR ASEGURADO POR VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA

EMERGENCIAS

Comuníquese con nuestra Central de Emergencias y Asistencia al (01) 415-1515 desde Lima o Provincia.

- Llamar a nuestra Central de Emergencias y Asistencia al (01) 415-1515 o acudir a cualquier proveedor médico afiliado presentando el documento de identidad.
- El plazo máximo para dar notificación de la emergencia y contar con la cobertura, es dentro las 24 horas de ocurrida la emergencia.
- Las **emergencias accidentales ambulatorias** disponen de cobertura al 100%, desde la fecha de ocurrida la emergencia accidental hasta por un plazo no mayor a 60 días (continuidad de emergencia accidental ambulatoria), solo a crédito únicamente en la red de clínicas dentro de la Red 1 a la Red 4. Si el asegurado a consecuencia de la emergencia accidental es derivado a sala de operación, hospitalización o cirugía ambulatoria, se aplicarán los deducibles y coaseguros de atenciones ambulatorias y/u hospitalarias de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención. Luego del plazo de 60 días, en adelante se aplicarán las condiciones de cobertura ambulatorias y hospitalarias.
- Las **emergencias médicas** son cubiertas al 100% hasta la estabilización de la emergencia, en adelante se aplicarán los copagos y coaseguros correspondientes a la atención ambulatoria y hospitalaria de la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.

A.- Ambulancia por emergencia accidental o emergencia médico-quirúrgica

DEDUCIBLE

COASEGURO

Por cualquier emergencia en la casa, en el trabajo o donde se encuentre, será auxiliado a través de la orientación de un médico y el envío de una ambulancia.
Solo llamando a nuestra Central de Emergencias y Asistencia al (01) 415-1515.
Sujeto a límites geográficos definidos.

Sin deducible

Sin coaseguro

Límites geográficos:

En Lima:

- **Por el norte:** Carabayllo (hasta Palacio Municipal), Ancón (hasta cruce con Av. Los Arquitectos Km 39 Panamericana Norte).
- **Por el sur:** Pachacamac (zona urbana), Lurín (zona urbana).
- **Por el este:** Cieneguilla, Chaclacayo y Chosica (hasta Plaza de Armas de Chosica).
- **Por el oeste (Callao):** Ventanilla (hasta cruce Av. Los Licenciados con 28 de febrero, Av. Néstor Gambeta con Av. Cuzco), La Punta.

En Trujillo:

- **Distritos de:** Trujillo, Víctor Larco, Huanchaco, Delicias, Moche, Salaverry, Laredo, La Esperanza, Porvenir y Florencia de Mora.

En Arequipa:

- **Distritos de:** Cercado Arequipa, Yanahuara, Paucarpata, José Luis Bustamante y Rivero, Sachaca, Hunter (hasta la Plaza), Cerro Colorado (no incluye Aeropuerto) y la parte baja de los distritos de Cayma, Mariano Melgar, Miraflores y Alto Selva Alegre.

En Piura:

- **Por el norte:** Hasta los Ejidos, incluyendo la Urb. Santa María del Pinar.
- **Por el sur:** Hasta Urb. Miraflores y Av. Progreso de Castilla.
- **Por el este:** Hasta AA.HH. San Pedro y Av. Circunvalación.
- **Por el oeste:** Hasta Av. Prolongación Grau cuadra 35.

En Talara:

- Ciudad de Negritos, Ciudad de Talara.

En Cusco:

- **Por el norte:** Hasta Sacsayhuamán.
- **Por el sur:** Hasta Wánchaq.
- **Por el este:** Hasta San Sebastián y San Jerónimo.
- **Por el oeste:** Hasta Santiago.

El tiempo de llegada puede verse afectado por tráfico vehicular, accidentes de tránsito, manifestaciones, desvíos y otros factores, y está sujeto a disponibilidad de unidades propias y/o de nuestros proveedores.

B.- Atención por emergencia accidental ambulatoria (al crédito)	DEDUCIBLE	COASEGURO
Siempre que el manejo de la emergencia accidental sea de manera exclusivamente ambulatoria (Emergencia 48 horas).	Sin deducible	Sin coaseguro
Continuidad de emergencias accidentales hasta la rehabilitación del paciente, por un período máximo de 60 días calendarios.	Sin deducible	Sin coaseguro
Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, afectos al copago y coaseguro correspondiente.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados.	
C.- Atención por emergencia médico-quirúrgica (al crédito)	DEDUCIBLE	COASEGURO
Siempre que el manejo de la emergencia médico-quirúrgica sea de manera exclusivamente ambulatoria y hasta la estabilización del paciente.	Sin deducible	Sin coaseguro
Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, afectos al copago y coaseguro correspondiente.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados.	
D.- Atención Médica de Emergencias Graves a Domicilio	DEDUCIBLE	COASEGURO
Al crédito: Lima (Llamando al (01) 415-1515)	Sin deducible	Sin coaseguro
A reembolso: Provincias	Sin deducible	Sin coaseguro

ATENCIÓN A DOMICILIO Comuníquese con nuestra Central de Emergencia y Asistencia al (01) 415-1515 desde Lima o provincia. No dirigido para orientaciones de condiciones de emergencia / urgencia. Sujeto a límites geográficos definidos.	DEDUCIBLE	COASEGURO
Médicos a domicilio:		
Atención programada desde la comodidad de su hogar.		
En Lima: Medicina general y medicina interna.	S/ 50	Sin coaseguro
En Provincias: Medicina general.	S/ 40	Sin coaseguro
Límites geográficos: En Lima: <ul style="list-style-type: none"> - Por el norte: Carabayllo (hasta Palacio Municipal), Ancón (hasta cruce con Av. Los Arquitectos Km 39 Panamericana Norte). - Por el sur: Pachacamac (zona urbana), Lurín (zona urbana). - Por el este: Cieneguilla, Chaclacayo y Chosica (hasta Plaza de Armas de Chosica). - Por el oeste (Callao): Ventanilla (hasta cruce Av. Los Licenciados con 28 de febrero, Av. Néstor Gambeta con Av. Cuzco), La Punta. En Trujillo: <ul style="list-style-type: none"> - Distritos de: Trujillo, Víctor Larco, Huanchaco, Delicias, Moche, Salaverry, Laredo, La Esperanza, Porvenir y Florencia de Mora. En Arequipa: <ul style="list-style-type: none"> - Distritos de: Cercado Arequipa, Yanahuara, Paucarpata, José Luis Bustamante y Rivero, Sachaca, Hunter (hasta la Plaza), Cerro Colorado (no incluye Aeropuerto) y la parte baja de los distritos de Cayma, Mariano Melgar, Miraflores y Alto Selva Alegre. En Piura: <ul style="list-style-type: none"> - Por el norte: Hasta los Ejidos, incluyendo la Urb. Santa María del Pinar. - Por el sur: Hasta Urb. Miraflores y Av. Progreso de Castilla. - Por el este: Hasta AA.HH. San Pedro y Av. Circunvalación. - Por el oeste: Hasta Av. Prolongación Grau cuadra 35. En Cusco: <ul style="list-style-type: none"> - Por el norte: Hasta Sacsayhuamán. - Por el sur: Hasta Wanchaq. - Por el este: Hasta San Sebastián y San Jerónimo. - Por el oeste: Hasta Santiago. 		

En Cajamarca:

- **Distritos de:** Cajamarca, Baños del Inca (Ciudad), Carretera a Hualgayoc (Mina) hasta la planta de agua El Milagro, Carretera a la costa (a Pacasmayo) hasta la Cruz Blanca, Carretera a Otuzco hasta el Aeropuerto, Carretera a Huacariz (al Penal) hasta la Urbanización Los Eucaliptos.

Horarios de atención:

En Lima: las 24 horas.

En Provincias: De 08:00 a 20:00 horas, solo para la especialidad de Medicina General.

SALUD MENTAL	DEDUCIBLE	COASEGURO
A.- Consulta Psicológica (por consulta) - Entrevista y Orientación:		
- Red 1	S/ 50	Sin coaseguro
- Red 2	S/ 70	Sin coaseguro
B.- Consulta Psiquiátrica (por consulta):		
- Red 1	S/ 70	Sin coaseguro
- Red 2	S/ 120	Sin coaseguro
C.- Psicoterapia Individual (por consulta):		
- Red 1	S/ 50	Sin coaseguro
- Red 2	S/ 70	Sin coaseguro
D.- Psicoterapia Grupal (por consulta):		
- Red 1	S/ 40	Sin coaseguro
- Red 2	S/ 60	Sin coaseguro
E.- Psicoterapia de Pareja (por consulta)		
- Red 1	S/ 50	Sin coaseguro
- Red 2	S/ 100	Sin coaseguro
F.- Evaluaciones Psicológicas por área en adultos o adultos mayores (por consulta) (*)		
<ul style="list-style-type: none"> • Descarte orgánico cerebral • Inteligencia / capacidad intelectual • Personalidad • Desarrollo social • Otros: Depresión, ansiedad, stress, esquizofrenia, maniaco depresión. 		
(*) Precio por cada tipo de consulta.		
- Red 1	S/ 50	Sin coaseguro
- Red 2	S/ 100	Sin coaseguro

PROGRAMA NUTRICIONAL	DEDUCIBLE	COASEGURO
<p>Expertos nutricionistas en la comodidad de su domicilio, le elaborarán un plan de alimentación individualizado con el objetivo de disminuir su peso y mejorar su estado nutricional. Dirigido a todo tipo de asegurado, salvo casos de anorexia y bulimia. Solo en Lima. Las citas serán solicitadas y programadas a través de la Central (01) 635-5000.</p>		
Copago por la primera sesión.	S/ 70	Sin coaseguro
Copago por cada sesión de control y seguimiento.	S/ 50	Sin coaseguro
<p>Para la atención de Nutrición en Lima, aplican las siguientes zonas de límites geográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por el Norte: Carabaylo (hasta Palacio Municipal), Ancón (hasta cruce con Av. Los Arquitectos Km 39 Panamericana Norte). - Por el Sur: Pachacamac (zona urbana), Lurín (zona urbana). - Por el Este: Cieneguilla, Chaclacayo y Chosica (hasta Plaza de Armas de Chosica). - Por el Oeste (Callao): Ventanilla (hasta cruce Av. Los Licenciados con 28 de febrero, Av. Néstor Gambeta con Av. Cuzco), La Punta. <p>El tiempo para la atención será indicado mediante mensaje de texto posterior a la solicitud.</p>		

ACUPUNTURA	DEDUCIBLE	COASEGURO
<p>Costo por sesión, exclusivamente en OSI (Organización de Salud Intercontinental). Aplicación de agujas muy delgadas para la estimulación de puntos específicos en el cuerpo. Duración de cada sesión: 30 a 45 min.</p>		
Costo por sesión	S/ 35	Sin coaseguro

EVALUACIÓN INTEGRAL Y TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO	DEDUCIBLE	COASEGURO
Evaluación Integral Adulto:		
2 Radiografías digitales 1 Consulta Médica 1 Consulta de Quiropráctico para Diagnóstico y Plan Tratamiento quiropráctico 1 Ajuste Quiropráctico 1 Sesión de Terapia Física	S/ 160	Sin coaseguro
Otros servicios:		
Consulta Médica por Traumatólogo	S/ 70	Sin coaseguro
Reevaluación médica	S/ 70	Sin coaseguro
Consulta Médica de Medicina Física y Rehabilitación	S/ 70	Sin coaseguro
Ajuste Quiropráctico por Sesión	S/ 65	Sin coaseguro
Radiografías digitales adicionales por Placa	S/ 40	Sin coaseguro
Terapia Física por Sesión: Tracción cervical, Tracción lumbar.	S/ 37	Sin coaseguro
Terapia Combinada: Ultrasonido + Estimulación Eléctrica	S/ 37	Sin coaseguro
Estimulación Eléctrica (incluye los electrodos)	S/ 37	Sin coaseguro
Ultrasonido	S/ 37	Sin coaseguro
Láser (incluye aplicación de compresas)	S/ 37	Sin coaseguro
Masaje Terapéutico 10 minutos (incluye aplicación de compresas)	S/ 37	Sin coaseguro
Compresas: Crioterapia o termoterapia 15 minutos	S/ 37	Sin coaseguro
Ejercicios Terapéuticos 10 minutos	S/ 37	Sin coaseguro
Tarifas en soles, incluye IGV. No incluye: medicamentos ni hospitalización. Las atenciones se realizarán en: Quiromedic - Instituto Americano de Medicina Física: Av. José Pardo 1101 Miraflores.		

TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	DEDUCIBLE	COASEGURO
En los prestadores médicos afiliados que cuenten con la especialidad. Solo atenciones bajo modalidad de pago a crédito.	Según condiciones ambulatorias de la red de proveedores médicos afiliados.	

OFTALMOLOGÍA	DEDUCIBLE	COASEGURO
A.- Cobertura Oftalmológica		
La cobertura se brinda únicamente al crédito en la red de centros oftalmológicos indicados en la tabla de beneficios. No hay atención bajo reembolso.		
- Red 1	S/ 30	10%
- Red 2	S/ 35	15%
B.- Medición de Vista (una vez al año)		
- En Lima: En redes oftalmológicas 1 y 2.	Sin deducible	Sin coaseguro
- En provincias: En centros oftalmológicos.	Sin deducible	Sin coaseguro

SEPELIO EN EL PERÚ	DEDUCIBLE	COASEGURO
Paquete PLUS incluye sepultura, servicio funerario y/o cremación. Hasta S/ 9,000.	Sin deducible	Sin coaseguro
Sepultura		
No incluye: Cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento.		
Servicio funerario		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia de director funerario. - Ataúd. - Capilla ardiente. - Preparación tanatológica del fallecido. - Tramitación, traslado e instalación del servicio. - Trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal. - Carroza de lujo. - Carro para ofrendas florales. - Salón velatorio. Servicios Adicionales: <ul style="list-style-type: none"> - Cargadores (seis cargadores uniformados con esmoquin negro) - Obituario (2 x 1) Diario "El Comercio" de lunes a sábado - Vehículo de acompañamiento (24 pasajeros) - Arreglo floral (lágrima) - Coordinaciones para el Certificado de Defunción, retiro del fallecido, contratación de salón velatorios y cementerios. 		
Cremación		
Incluye: <ul style="list-style-type: none"> - No incluye cinerario. - Urna para cenizas. - Horno crematorio. - Derecho de salubridad. - Necropsia de ley. 		

CHEQUEOS MEDICOS PREVENTIVOS	DEDUCIBLE	COASEGURO
Chequeo preventivo integral otorgado en SANNA Centro Clínico La Molina. El pago total por el uso de dichos servicios será a cargo del asegurado.		
Evaluación integral para mujeres		
<ul style="list-style-type: none"> - Examen médico - Hemograma - Hb. Hto. - Glicemia - Colesterol - Triglicéridos - Examen de orina - Examen Ginecológico - Papanicolau - Informe Final 	S/ 143	Sin coaseguro
Evaluación integral para hombres		
<ul style="list-style-type: none"> - Examen médico - Hemograma - Hb. Hto. - Glicemia - Colesterol - Triglicéridos - Informe Final 	S/ 71	Sin coaseguro

COBERTURA EN CASO DE ACCIDENTE	
Tipo de Plan	Beneficio máximo anual
Plan 1	S/ 31,500 por persona asegurada
Plan 2	S/ 52,500 por persona asegurada
Plan 3	S/ 115,500 por persona asegurada

TIPOS DE ATENCIÓN		
MUERTE ACCIDENTAL	DEDUCIBLE	COASEGURO
Cubre la indemnización por el fallecimiento del asegurado a causa de un accidente hasta el beneficio máximo anual por accidente.	Sin deducible	Sin coaseguro
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL	DEDUCIBLE	COASEGURO
En caso de invalidez permanente parcial por accidente, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, la cual se encuentra en el condicionado general de la Póliza.	Sin deducible	Sin coaseguro
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	DEDUCIBLE	COASEGURO
En caso de invalidez permanente total por accidente, la COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, la cual se encuentra en el condicionado general de la Póliza.	Sin deducible	Sin coaseguro
GASTOS DE CURACIÓN	DEDUCIBLE	COASEGURO
Gastos de curación por persona debido a un accidente, hasta el beneficio máximo anual por accidente.	Sin deducible	Sin coaseguro

COTIZACIÓN DE PRIMAS (*)		
Plan \ Tipo de Trabajo	Administrativo	Técnico y/o Alto Riesgo
Plan 1	S/ 60	S/ 98
Plan 2	S/ 80	S/ 125
Plan 3	S/ 120	S/ 195
(*) Prima mensual total por titular (Incluye IGV).		

REMUNERACIONES MÁXIMAS APLICABLES**	
Tipo de Plan	Remuneración hasta
Plan 1	S/ 1,050
Plan 2	S/ 1,750
Plan 3	S/ 3,850
(**) El plan otorgado va de acuerdo a la remuneración del titular.	

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

De acuerdo al grado de invalidez:

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total permanente.	100%
Pérdida total de los ojos.	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambos manos.	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies.	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna.	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie.	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Sordera total e incurable de los dos oídos.	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular.	40%
Sordera total e incurable de un oído.	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%

MIEMBROS SUPERIORES	DER	IZQ
Pérdida de un brazo (arriba del codo).	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo).	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca).	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (pseudoartrosis total).	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20%	6%

Cliente

CÓDIGO SBS:AE0446420047

Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano.	20%	18%
Pérdida del dedo índice.	16%	14%
Pérdida del dedo medio.	12%	10%
Pérdida del dedo anular.	10%	8%
Pérdida del dedo meñique.	6%	4%
MIEMBROS INFERIORES		
Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla).	60%	
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla).	50%	
Pérdida de un pie.	35%	
Fractura no consolidada de un muslo (pseudoartrosis total).	35%	
Fractura no consolidada de una rótula (pseudoartrosis total).	30%	
Fractura no consolidada de un pie (pseudoartrosis total).	20%	
Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%	
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%	
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30%	
Anquilosis de la rodilla posición funcional.	15%	
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15%	
Anquilosis del empeine en posición funcional.	8%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cm.	15%	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cm.	8%	
Pérdida del dedo gordo del pie.	10%	
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie.	4%	

CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN LIMA

Las clínicas y centros médicos afiliados se agrupan en cuatro redes, las cuales tienen copagos y coaseguros diferentes. Estas podrán estar sujetas a variaciones de acuerdo a convenios con las clínicas vigentes al momento de la atención.

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Red 1			
SANNA \ C.C. La Molina (*)	La Molina	Av. Raúl Ferrero N° 1256	635-5000
SANNA \ C.C. Miraflores (*)	Miraflores	Av. Benavides 1944	635-5000
SANNA \ C.C. Chacarilla (*)	Surco	Av. Primavera 336 - Chacarilla	635-5000
Clínica Good Hope	Miraflores	Av. Malecón Balta N°956	610-7300
Clínica Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N°3606	617-1111
Clínica Limatambo - San Juan de Lurigancho	San Juan de Lurigancho	Av. Próceres de la Independencia N°2701	415-1600
Clínica Montefiori	La Molina	Av. Separadora Industrial N°380	437-5151
Clínica San Juan Bautista	San Juan de Lurigancho	Av. Próceres de la Independencia N°1764	610-4545
Clínica Santa Martha del Sur	San Juan de Miraflores	Av. Belisario Suárez N°998 - Zona C	466-1928
Clínica Mundo Salud	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N°1234	523-5900
Clínica Vesalio	San Borja	Calle Uno N°140	618-9999
Red 2			
Clínica Integramédica Perú (*)	Independencia	Av. Alfredo Mendiola N°3698	6341000
Clínica Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N°923	463-6666
CM Medex (*)	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N°3065	442-6284
Clínica Ricardo Palma – sede Plaza Lima Sur (*)	Chorrillos	Prolongación Paseo de la República S/N Urb. Matellini	617-8200
Clínica San Gabriel	San Miguel	Av. La Marina N°2965	614-2222
Clínica Médica Cayetano Heredia	San Martín de Porres	Av. Honorio Delgado N°370	482-3088
C.M. Jockey Salud (*)	Surco	Av. Javier Prado Este N°4200	712-3456

Red 3			
SANNA \ Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N°337	635-5000
Clínica Centenario Peruano Japonesa	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N°675	218-1017
C.M. San Judas Tadeo	San Miguel	Calle Manuel Raygada N°170	219-1100
Clínica Jesús del Norte	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N°149-153	613-4444
Clínica Tezza	Surco	Av. El Polo N°570	610-5050
Clínica Maison de Sante - Chorrillos	Chorrillos	Av. Chorrillos N°171	619-6000
Clínica Maison de Sante - Lima	Lima	Jr. Miguel Aljovín N°208	428-8345
Red 4			
SANNA \ Cl. El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miro Quesada N°1030	635-5000
Clínica Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N°499	440-2000
Clínica Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N°1066	224-2224
Clínica Internacional - Lima	Lima	Jr. Washington N°1471	619-6161
Clínica San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N°789,	610-3333
Clínica Internacional - San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N°385	619-6161
DPI	San Isidro	Av. Dos de Mayo N°602	202-3333
Cimedic	San Isidro	Av. Arequipa N°3362	442-2222
RESOCENTRO-Resonancia Médica	Miraflores	Av. Petit Thouars N°4443	221-1630
CEREMA	San Borja	Esq. Cl. Velásquez N°109 y Av. Javier Prado Este cdra. 27	225-0030
MEDLAB	Miraflores	Av. Andrés Santa Cruz N°361-367	203-5900
RESOMASA - Resonancia Magnética	San Isidro	Av. Javier Prado Este N°1178 - 1180	212-2034
	San Isidro	Av. Emilio Cavenecia N°265	212-2034
Tomografía Médica	Surco	Cl. La Conquista N°145	610-3333
Medicina Nuclear	Surco	Av. Prolongación Benavides N°5362	619-6000
Centro de Diagnóstico PET CT Perú	Miraflores	Av. Petit Thouars N°4340	652-3815
Instituto de Imágenes Médicas	Lima	Av. Alfonso Ugarte N°560	423-2309
Mednuclear Perú	Surco	Monte Grande N°109 Oficina 202	372-1149

Cytometric Bioservices	San Isidro	Av. José Gálvez Barrenechea N°387	475-0764
Lisa Perú - Diagnostico de trastornos del sueño	Surco	Av. Javier Prado Este N°4200 - Jockey Plaza	437-7605
Imágenes Estomatológicas	San Borja	Pasaje Françoise Boucher 190	476-8869
Centro Especializado Servimedica (Hemodiálisis) (*)	San Miguel	Av. Universitaria N°491	655-5621
Centro Especializado Dialysis Service (Hemodiálisis) (*)	Jesús María	Jirón Costa Rica N°283	462-0311
Clínica Benedicto XVI (Centro de Hemodiálisis) (*)	Zarate	Calle San Luis Gonzaga N°743	375-2504 375-0723
Centro de Litotricia Javier Prado (*)	San Isidro	Av. Javier Prado Este N°499	440-2000
Clínicas y Centros Oftalmológicos			
Red Oftalmológica 1			
Oftalmic Service	San Borja	Av. Géminis H-17 Urb. Papa Juan XXIII	225-0469
Opeluce (Organización Peruana de Lucha contra la Ceguera)	Lince	Av. Arequipa N°1885	472-8829
Norvisión	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N°850	333-1920
Visual Center	San Miguel	Av. Elmer Faucett N°132	452-1372
Óptima Visión	Miraflores	Av. Angamos Oeste N°884	447-9956
Instituto Oftalmológico Especializado Dr. Wong Cam	San Isidro	Av. Guardia Civil 554 Urb. Corpac.	226-4452
	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N°739 Primer Piso	711-9913 529-0727
Red Oftalmológica 2			
Oftálmica - Instituto de la Visión	San Borja	Av. San Borja Norte N°783	476-8318
Confía Instituto Oftalmológico	San Isidro	Av. José Gálvez Barrenechea N°356	475-3320
Instituto Peruano de la Visión	Jesús María	Jr. Mayta Cápac N°1398	266-0659
T.G. Láser	San Isidro	Av. 2 de Mayo N°666	410-6565
Arbrayss Láser	Surco	Calle Francisco Cuellar N°253	437-1447
Red Chequeos Médicos Preventivos			
SANNA \ C.C. La Molina (*)	La Molina	Av. Raúl Ferrero N° 1256	635-5000
SANNA \ C.C. Chacarilla (*)	Surco	Av. Primavera 336 - Chacarilla	635-5000

Red de Salud Mental			
Red 1			
Felizmente Seguro (*)	Miraflores	Pasaje Sucre N°189 Oficina 202	997-576-153
Red 2			
Instituto de Salud Libertad (*)	Miraflores	Av. Ernesto Diez Canseco 493	243-0332
Red de Tratamiento Quiropráctico			
Quiromedic -Instituto Americano de Medicina Física	Miraflores	Av. José Pardo 1101	444-6553
Red de Acupuntura			
Centro Médico Especializado OSI (*)	Miraflores	Calle Gonzales Prada N°385	446-3693
	Surco	Av. Del Pinar N°198	
	Los Olivos	Jirón Santos Chocano N°1010	
	Lima	Calle Saco Oliveros N°295-303	
	Surco	Calle Los Antares 320	
Funerarias			
Funeraria Jardines de La Paz	San Borja	Av. San Borja Sur 1190 4° y 5° Piso	710-5000
Funeraria San Isidro	San Isidro	Av. Javier Prado N°1516	226-4444
Funeraria MAPFRE	Miraflores	Av. 28 de Julio N°873	226-4444 225-6351
Funeraria Campo Fe	San Borja	Av. Javier Prado Este 2248	225-1060

(*) Solo Ambulatorio

CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN PROVINCIA

Las clínicas y centros médicos afiliados se agrupan en una red. Esta podrá estar sujeta a variaciones de acuerdo a convenios con las clínicas vigentes al momento de la atención.

Red 2

Abancay:

Asociación Civil Santa Teresa	Av. Enrique Pelach S/N - Apurímac	(083) 32-4058
-------------------------------	-----------------------------------	---------------

Ancash:

C.M. Yanacancha San Pablo	Localidad de Yanacancha Centro Minero Antamina San Marcos	(043) 42-8811
---------------------------	---	---------------

Arequipa:

SANNA \ Cl. del Sur	Av. Bolognesi N°134 - Yanahuara	(054) 60-7322
C.M. Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N°119	(054) 28-7048
Hogar Cl. San Juan de Dios	Av. Ejército N°1020 - Cayma	(054) 38-2400
García Bragagnini (*)	Av. Trinidad Morán Mz. J Lote 2	(054) 27-2614
Asociación Paz Holandesa	Calle 4 N°101 Continental Paucarpata	(054) 20-6720
Clinisanitas (*)	Av. Ejercito N°101 Interior 103 - Yanahuara	(054) 25-0088
C.M. Saint Lucie - Medicina Física Y Rehabilitación (*)	Calle Sánchez Trujillo N°103 Urb. La Perla	(054) 23-3642
C.M. Divino Niño (*)	Calle Arequipa N°348 Mollendo, Islay	(054) 53-5652
Fisiovida - Centro de Rehabilitación (*)	Calle Juan de Dios Salazar N°172	(054) 28-6555
Consultorio Dra. Rosemarie Ocola Murillo (*)	Calle Dean Valdivia N°371 Mollendo - Islay	9599-69124 (054) 53-3109
Remasur (Imágenes)	León Velarde 108 Yanahuara	(054) 25-5792
Sedimed (Imágenes)	Plaza Juan Manuel Polar 103 - Óvalo De Vallecito	(054) 20-0070

Ayacucho:

Cl. el Nazareno	Jr. Quinua N°428	(066) 31-4517
-----------------	------------------	---------------

Cajamarca:

SANNA \ Cl. Cajamarca (*)	Calle Los Cedros N°214 Urb. El Ingenio	(076) 36-8473
Clínica Limatambo Cajamarca	Jr. Puno N°265	(076) 36-4241
Cardiomedic (*)	Jr. Los Fresnos N°231 Urb. El Ingenio	(076) 34-1655

Clínica San Francisco de Asís	Jr. Miguel Grau N°851	(076) 36-2050
Clínica Servicio de Salud Los Fresnos	Jr. Los Nogales N°179	(076) 36-4046
C.M. MEDES - Medicina de Especialidades (*)	Calle Casuarinas N°632 Urb. El Ingenio	(076) 34-4640
Policlínico Pediátrico Del Norte (*)	Jr. Los Sauces N°343	(076) 60-4389
Clínica María Belén (*)	Mz A G Lote 13 Urb. Horacio Zevallos	(076) 34-1992
Servicios Médicos Mega - Rehabilitación (*)	Jr. Progreso N°117	(076) 34-3903
Laboratorio Labbio Dx	Jr. Puno N°265	(076) 36-4241
	Jr. Los Nogales N°130	(076) 36-7417
Cañete:		
Clínica Campos	Av. Mariscal Benavides N° 554	(01) 581-2082
Chiclayo:		
C.M. Servimedicos (*)	Calle Manuel María Izaga N°621	(074) 22-1945
Clínica Especialidades Médicas	Av. Sesquicentenario N°416 Urb. Santa Victoria	(074) 22-6136
Clínica Millenium (Famident)	Jr. Daniel Alcides Carrión N°151	(074) 22-6494
Hospital Metropolitano	Cl. Manuel María Izaga N°154	(074) 27-2728
CM. Gastrosalud (*)	Calle Alfonso Ugarte N°660	(074) 22-2575
Hospital Privado Juan Pablo II	Av. Miguel Grau N°1461	(074) 22-6070
Chimbote:		
Clínica Robles	Jr. Manuel Villavicencio N°512	(043) 32-2453
Clínica de Solidaridad Juan Pablo II	Jr. Villavicencio N°376	(043) 34-7368
Clínica San Pedro	Jr. Manuel Villavicencio N°479-481	(043) 32-1930
Clínica Santa María De Chimbote	Jr. Elías Aguirre N°761	(043) 32-5073
Chincha:		
Clínica Daniel A. Carrión	Av. San Idelfonso N°226 - Chicha Alta	(056) 26-2667
Consultorio Soldevilla	Av. Unión N°741 - Pueblo Nuevo Chincha	(056) 26-8855
CM. Pams Chincha (*)	Av. Luis Gálvez Chipoco S/N Cuadra 2	(056) 50-4326
Clínica Gaxay	Av. América N°110 - Chincha Alta	(056) 26-7606

Cusco:		
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Manzanares N°264, Urb. Manuel Prado	(084) 23-1340
Clínica Dr. Víctor Paredes	Calle Lechugal N°405	(084) 22-5265
Clínica Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N°710	(084) 24-0387
Centro Médico Cima (**)	Av. Pardo N°978 Urb. Centro Histórico Cusco	(084) 25-5550
Clínica Mac Salud	Av. De La Cultura N°1410	(084) 50-5554
Huacho:		
Clínica Inversiones Médicas Galeno	Av. Echenique N° 641 - Huaura	(01) 232-4841
Huancayo:		
Clínica Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N°745	(064) 24-7087
Clínica Santo Domingo	Av. Fco. Solano N°274	(064) 23-4012
Clínica Ortega	Av. Daniel A. Carrión N°1124	(064) 23-5430
Coset Medica	Jr. Huaytapallana N°125 - El Tambo	(064) 24-8525
Huaral:		
Policlínico Sakura (*)	Calle Julio C. Tello N°300	(01) 246-1768
Policlínico Nueva Esperanza (*)	Av. Solar N°295	(01) 246-1586
Huaraz:		
Clínica Nuestra Señora de las Mercedes (*)	Av. Prolongación Centenario N°502 - Independencia	(043) 42-1879
Clínica Ginmedic	Pasaje Antonio Raymondi N°132	(043) 42-1166
Clínica San Pablo	Jr. Huaylas N°172 - Independencia	(043) 42-8806
Medicentro Huaraz	Jr. Juan de la Mata Arnao N°446	(043) 42-6892
Centro Pediátrico Mundo Infantil	Pasaje Alejandro Tafur Ramos 589 Dpto. 201	(043) 42-4636
Huarmey:		
Policlínico Dr. Flores (*)	Av. El Olivar Mz B Lote 3 Complejo Habitacional Urbano II	(043) 40-0166

Ica:		
Clínica Las Condes	Av. Conde de Nieva N°1073	(056) 21-4149
Clínica Señor De Luren	Av. San Martín N°536	(056) 21-1989
Clínica San Vicente	Av. Los Maestros N°422 San Vicente	(056) 22-7263
Clínica Tataje (*)	Av. Conde de Nieva N°360 Urb. Luren	(056) 22-2621
Iquitos:		
Servicios Médicos Generales San Juan	Calle Ricardo Palma N°838	(065) 60-7306
Servicios Médicos Clínica Santa Anita	Jr. Bolognesi N°1223 - Maynas	(065) 26-6003
Clínica Selva Amazónica	Mz. A Lote 27 - Urb. Jardín	(065) 23-6277
Juliaca:		
Clínica Americana	Jr. Loreto N°315	(051) 32-1001
Clínica Monte Sinaí Juliaca	Jr. Loreto N°343	(051) 32-1482 (051) 50-2500
Junín:		
CM. El Milagro (*)	Av. Juan Santos Atahualpa 1024 - Urb. El Milagro	(064) 33-1155 994-800-367
Clínica Elera	Calle Tarma N°194 San Ramón - Chanchamayo	(064) 33-1527
Moquegua:		
Servicios Médicos Múltiples Servimedco	Urb. Gallito B2 Gallito Complejo Deportivo Rolando Catacora	(053) 63-2122
Pasco:		
Clínica Gonzales (Magol)	Av. Daniel A. Carrión N°099 - Yanacancha	(063) 42-1515
Natclar (*)	Av. El Minero Sector I - Yanacancha	(063) 42-2886
Global Medic L.M. Empresa de Responsabilidad Limitada (*)	Jr. Leoncio Prado N°118 Interior A - 2° Piso	(063) 42-1582
Pisco:		
Clínica Américas (Ecolab Perú)	Av. Las Américas N°901 Urb. Los Bancarios D-32	(056) 53-2679
Clínica Famisalud	Calle Progreso N°270 Pisco	(056) 53-4281

Piura:		
SANNA \ Cl. Belén	Calle San Cristóbal N°267 - Urb. El Chipe	(073) 28-5960
Clínica Miraflores	Cl. Las Dalias N°A-12 Urb. Miraflores - Castilla	(073) 34-3037
Grupo Carita Feliz	Jr. Huancavelica N°925-1039 Urb. 04 de Enero	(073) 32-3017
Centro Médico Universidad de Piura	Av. Ramón Mujica N°131 Urb. San Eduardo	(073) 28-4500
Centro de Imágenes Chunga	Calle Arequipa N°1144 Interior 001	(073) 33-1486
Pucallpa:		
Clínica Amazónica (*)	Av. Sáenz Peña N°421 Callería - Coronel Portillo	(061) 60-3876
Clínica Especialistas Médicos	Jr. Progreso 465, Callería - Coronel Portillo	(061) 57-5141
Clínica Monte Horeb	Jr. Inmaculada N°529 Callería - Coronel Portillo	(061) 57-1689
C.M. Serfarmed (*)	Av. Sáenz Peña N°165 Callería - Coronel Portillo	(061) 57-9327
C.M. Zelada (*)	Pasaje Rafael de Souza 100 A Callería - Coronel Portillo	961-982-058
Clínica Juan Pablo II	Av. Sáenz Peña 166 – Callería - Coronel Portillo	(061) 57-2854
	Av. Sáenz Peña 124 - Callería - Coronel Portillo	(061) 57-2854
Puno:		
Medicentro Tourist's Health - Corporación Roca Perú	Jr. Moquegua N°191 Central	(051) 36-5909
Sullana:		
Clínica Virgen del Pilar	Cl. Bolívar N°285	(073) 50-2278
Clínica Santa Rosa Sullana	Av. Santa Rosa N°332	(073) 50-5870
Tacna:		
Promedic (Protección Medica)	Blondell N°425	(052) 42-7239
Centro Médico San Pedro (*)	Calle Arica N°246	(052) 42-6700
Clínica Isabel	Calle Arica N°151	(052) 41-4661

Talara:		
SANNA\ Centro Clínico Talara (*)	Av. Bolognesi 167 Urb. Barrio Particular	(073) 49-8910
Clínica Tresa	Av. "A" N°108 - 110- Pariñas	(073) 38-2213
Clínica Torres	Av. "A" N°98 2do Piso - Pariñas	(073) 38-1967
Clínica Vigo 2000 (*)	Av. "H" N°7 – Pariñas	(073) 38-3461
Centro Médico Belén - El Alto (*)	Calle Plaza de Armas s/n - El Alto	(073) 25-6466
Grupo Medico Empresarial (*)	Av. A - 2 – 2do Piso - Pariñas	(073) 38-6781
Jorge Madrid Ortiz (Ginecología) (*)	Urb. Los Pinos H-15 - Pariñas	(073) 38-1434
Tarapoto:		
Clínica San Martín	Jr. San Martín N°274	(042) 52-3680
Centro Médico Virgen De Guadalupe	Jr. Los Girasoles 193 Urb. Los Jardines	(042) 50-3691
Trinidad & Especialidades Medicas	Pasaje Las Mesetas 112	(042) 34-1329
Tingo María:		
Clínica Virgen De Guadalupe	Av. Ucayali N°231, Rupa Rupa	(062) 56-1637
Trujillo:		
SANNA \ Cl. Sánchez Ferrer	Cl. Los Laureles N°436 Urb. California - Víctor Larco Herrera	(044) 28-5541
Clínica Peruano Americana	Av. Mansiche N°810	(044) 24-2400
Clínica Materno Infantil del Norte	Av. M. Vera Enríquez N°777 Urb. Primavera	(044) 24-1505
Clínica San Antonio	Av. Víctor Larco N°630 Urb. San Andrés	(044) 20-2597
Centro de Litotricia Trujillo (*)	Los Rubíes N°103 Oficina 101- 102	(044) 29-5715
Fisiocenter (Rehabilitación Física) (*)	Calle Los Corales N°297 Urb. Santa Inés (Barrio Médico)	(044) 62-5480
Laboratorio Escalabs	Jr. Bolognesi N°334	(044) 20-5937
Resomag Center	Av. Mansiche N°795 Esquina con Av. Roma	(044) 20-7029 (044) 23-1581
Tumbes:		
Clínica de la Familia	Av. Tumbes Norte N°1079	(072) 52-1251

Centros Oftalmológicos		
Red Oftalmológica 1		
Huancayo:		
Clínica Oftalmológica Regional	Calle Los Alelíos N113 - 2do Piso Urb. San Antonio	(064) 20-1255
Piura:		
Clínica de Ojos Ver	Calle Los Brillantes Mz. X Lote 17	(073) 34-8851
Trujillo:		
Cl. de Ojos California (*)	Calle Estados Unidos N°194	(044) 29-4555
Oftalmovisión (*)	Av. América Norte N°2120	(044) 25-0922
CM. Oftalmológico Laser (*)	Av. Mansiche N°844 Interior 102	(044) 20-5629
Funerarias		
Lima:		
Funeraria Jardines de La Paz	Av. San Borja Sur 1190 4° y 5° Piso – San Borja	(01) 710-5000
Funeraria San Isidro	Av. Javier Prado N°1516 - Surquillo	(01) 226-4444
Funeraria MAPFRE	Av. 28 de Julio N°873 - Lince	(01) 226-4444 (01) 225-6351
Funeraria Campo Fe	Av. Javier Prado Este 2248 - San Borja	(01) 225-1060
Arequipa:		
Funeraria Santa María	Av. José Olaya 4ta Cuadra Cerro Colorado	(054) 60-4848 RPM #599845
Trujillo:		
Funeraria Ramírez	Jr. Ayacucho 840 - Trujillo	(044) 24-2322 (044) 29-8051

(*) Solo Ambulatorio.

(**) Hospitalización médica no quirúrgica.

SEGURO DE SALUD FORMACION LABORAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

1. Personas aseguradas
2. Gastos cubiertos
3. Coberturas
4. Beneficio Máximo Anual por Persona
5. Copago y coaseguro
- 6. Liquidación de Gastos y pago de beneficios**
- 7. Gastos no cubiertos y Exclusiones**

CONDICIONES OPERATIVAS

- 8. Procedimiento para solicitar la cobertura**
9. Relación de proveedores médicos afiliados a la compañía.
- 10. Pago de Beneficios**
11. Tarifa para pagos por atención bajo la modalidad de reembolso.

CONDICIONES LEGALES

12. Contrato de seguro
13. Objeto del seguro
14. Bases del contrato
15. Diferencias entre la propuesta y la póliza
16. Declaraciones
17. Residencia
18. Coberturas y exclusiones
- 19. Procedimiento para el tratamiento de las preexistencias**
20. Vigencia de la póliza, inicio de la cobertura, ajustes y modificaciones del contrato
- 21. Modificaciones de condiciones contractuales durante la vigencia del contrato del seguro**
22. Determinación de la prima y ajuste
- 23. Incumplimiento del pago de la prima – efectos**
24. Rehabilitación
25. Agravación del riesgo – Deber de informar
26. Indemnización de los Sinistros
- 27. Nulidad del contrato de seguro**
- 28. Resolución del contrato y/o certificado de seguro**
29. Terminación del contrato de seguro y/o certificado de seguro
30. Reticencia y/o declaración inexacta

- 31. Revisión de los siniestros
- 32. Solicitud de cobertura fraudulenta
- 33. Subrogación y otros seguros
- 34. Información médica e historia clínica
- 35. Comunicaciones y domicilio de las partes
- 36. Prescripción liberatoria
- 37. Mecanismo de solución de controversias**
- 38. Defensoría del asegurado
- 39. Tributos
- 40. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
- 41. Derecho de arrepentimiento**
- 42. Base legal

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE SALUD FORMACION LABORAL

INTRODUCCIÓN

De conformidad con las declaraciones contenidas en la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE, cuya veracidad constituye causa determinante para la celebración del presente contrato de seguro, y, asimismo, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos que se adjunten; Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada la COMPAÑIA, conviene en asegurar al practicante del CONTRATANTE, en adelante el ASEGURADO contra los riesgos señalados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo N° 1

PERSONAS ASEGURADAS

El seguro cubre al ASEGURADO, en su calidad de practicante del CONTRATANTE, siempre que forme parte del convenio de Formación Laboral Juvenil o el de Prácticas Profesionales y cuente con 16 años de edad hasta la edad establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo N°2

GASTOS CUBIERTOS

Esta Póliza cubre todos los gastos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente del ASEGURADO, sea hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Persona, en el Perú.

También están incluidos bajo este seguro, los Beneficios Adicionales, según las especificaciones que se indican para cada uno de ellos.

a) GASTOS CUBIERTOS CON HOSPITALIZACIÓN

- Habitación simple.
- Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de radiología.
- Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
- Electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio especializado requerido.
- Enyesados y tratamiento de fisioterapia.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia, según los costos normales y acostumbrados.
- Otros servicios que tengan relación con el tratamiento médico.

b) GASTOS CUBIERTOS SIN HOSPITALIZACIÓN (AMBULATORIO)

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Medicinas, análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes especiales que su médico considere necesario.

El ASEGURADO podrá hacer uso del servicio de atención directa con carta de garantía tanto para los casos de hospitalización así como para los tratamientos ambulatorios, exclusivamente en las clínicas afiliadas para estos servicios y en las condiciones que se indican en la TABLA DE BENEFICIOS.

**Artículo N° 3
COBERTURAS**

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

a. ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO:

Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO, bajo alguna de las siguientes formas:

- **Atención programada de un médico a domicilio**
Servicio de atención médica ambulatoria programada a domicilio, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el COPAGO establecido por CONSULTA.
- **Atención médica a domicilio para situaciones de emergencia**
Servicio de unidades móviles para la atención de EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS o EMERGENCIAS ACCIDENTALES a domicilio dentro de las ciudades establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, durante las 24 horas y todos los días del año, sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

La EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL será determinada por el Médico evaluador al momento de la atención, y dicha atención de no ser considerada una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o ACCIDENTAL deberá ser cubierta de acuerdo condiciones del servicio de Médico a Domicilio establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

- Paro cardíaco y/o respiratorio
- Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
- Pérdida de conocimiento súbito
- Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
- Heridas cortantes
- Diarreas severas
- Deshidratación aguda

- Vómitos reiterados
- Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos
- Envenenamiento
- Hemorragias
- ACCIDENTES cerebrovasculares agudos
- Asfixias de cualquier origen
- Quemaduras
- Crisis asmática
- Crisis hipertensiva
- Convulsiones
- Intoxicaciones
- Reacciones alérgicas
- ABORTO y/o AMENAZA DE ABORTO
- Trabajo de PARTO

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

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

b. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

1. En caso de emergencia médico-quirúrgica o emergencia accidental:

Si el ASEGURADO sufre una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL y no haya la capacidad profesional y/o equipamiento médico en el lugar en que el ASEGURADO se encuentra, PACÍFICO SEGUROS pagará los gastos por traslado en ambulancia terrestre y/o avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano bajo las siguientes condiciones:

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

2. En caso de hospitalización (sólo en provincias):

Cubre los gastos por traslado en avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano únicamente para casos de HOSPITALIZACIÓN donde no haya resolución médica en el lugar de la atención, previa coordinación y aprobación de PACÍFICO SEGUROS, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS. Se cubre hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos, incluyendo el asiento del acompañante a que se hace referencia en el párrafo siguiente.

Tanto en caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL o EMERGENCIA MÉDICO QUIRÚRGICA como en caso de HOSPITALIZACIÓN, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la SALUD. No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el ASEGURADO ni acompañante.

c. Muerte accidental

Cubre la indemnización por el fallecimiento del ASEGURADO a causa de un ACCIDENTE cubierto por la Póliza de acuerdo a lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

d. Invalidez permanente total o parcial por accidente

En caso de invalidez permanente total o parcial por accidente, La COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez basándose en la Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente que consta en el anexo de la Póliza.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a las indemnizaciones por muerte e invalidez permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez permanente, la COMPAÑÍA deducirá de la suma asegurada por muerte, la indemnización pagada por invalidez permanente.

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente, no podrán exceder en conjunto el 100 por ciento de la suma asegurada por este concepto.

e. Sepelio

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

f. Salud mental

Cubre consultas psicológicas y psiquiátricas, de acuerdo a lo previsto en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

g. Programa nutricional

Programa atendido por Nutricionista orientado a lograr y mantener en forma saludable el peso corporal adecuado del ASEGURADO, de acuerdo a lo previsto en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

h. Acupuntura

Se otorga con los alcances establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

i. Evaluación integral y tratamiento quiropráctico

Se otorga con los alcances establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

Artículo N° 4

BENEFICIO MÁXIMO POR PERSONA

La suma de todos los gastos pagados por LA COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo.

Los pagos que se efectúen por concepto de cualquier beneficio adicional, no disminuyen el Beneficio Máximo asegurado.

Al término de cada año de vigencia del seguro, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual, pero sólo por las enfermedades o accidentes que sean materia de cobertura.

En los casos en que el Beneficio Máximo sea consumido parcial o totalmente antes del vencimiento anual del seguro, el ASEGURADO podrá solicitar la rehabilitación de la suma asegurada original, por el periodo que falte para el vencimiento, pero sólo para cubrir enfermedades o casos que se inicien a partir de la aceptación de la rehabilitación. En esos casos, la prima a cobrarse será por los meses que falten para el vencimiento anual del seguro.

Artículo N° 5

COPAGO Y COASEGURO

El Copago es el importe fijo del gasto cubierto que le corresponde asumir directamente al ASEGURADO distinto del Coaseguro, por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la TABLA DE BENEFICIOS.

El Coaseguro es el porcentaje del gasto cubierto que le corresponde asumir directamente al ASEGURADO, distinto del Copago por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

Un mismo gasto puede estar afecto a copago y a coaseguro.

Artículo N° 6

LIQUIDACIÓN DE GASTOS

Los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente a la clínica de la red de proveedores afiliados a la COMPAÑÍA que haya prestado la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente. En los casos que la Póliza de Seguro cuente con atención por reembolso, la COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO los gastos cubiertos originados por atenderse fuera de la red de proveedores médicos de la COMPAÑÍA, y que haya decidido pagar directamente. Se reembolsará de acuerdo a lo establecido al final de este artículo.

En ambos casos, la liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en la Póliza de Seguro, previa aplicación y pago por el ASEGURADO a la Clínica y/o médico de los deducibles y coaseguros correspondientes, así como de los importes por gastos no cubiertos.

Los reembolsos por atención hospitalaria o ambulatoria en clínicas y/o médicos que no pertenecen a la red de proveedores de la COMPAÑÍA, que el ASEGURADO haya pagado directamente, serán efectuados con base al “Tarifario Pacífico”, que “EL ASEGURADO” tiene a su disposición llamando a la Central de Información y Consultas y/o accediendo a la web de la COMPAÑÍA: www.pacifico.com.

Artículo N° 7

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con lo siguiente:

- a) Enfermedades o defectos físicos congénitos y/o adquiridos al nacer.
- b) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del seguro, salvo cuando estas hayan sido cubiertas por una póliza emitida por una Compañía de Seguros nacional, en el periodo inmediato anterior a la contratación del seguro, de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 28770. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud y/o solicitud de seguro
- c) Cirugía plástica y/o estética para las condiciones pre-existentes y/o fines de embellecimiento, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por este seguro.
- d) Enfermedades, trastornos y deficiencias mentales y/o nerviosas y/o emocionales, surmenage, curas de reposo y/o tratamientos psiquiátricos.
- e) Tratamientos y operaciones de carácter odontológico. Ejemplo: endodoncias, ortodoncias, cuidados dentales en general y todo lo relacionado con ellos, a excepción de aquellos casos que sean necesarios como consecuencia de un accidente, excluyéndose las prótesis.
- f) Adquisición de lentes, cristales y otros similares.
- g) Chequeos médicos y/o despistajes de enfermedades en personas sanas.
- h) Enfermedades adquiridas a consecuencia del uso y/o adicción a las drogas, los estupefacientes y/o bebidas alcohólicas, así como también los accidentes que se produzcan cuando el asegurado se encuentre bajos sus efectos.
- i) Sangre, plasma, prótesis, aparatos ortopédicos u otros similares, así como cuidados de enfermeras especiales.
- j) Lesiones causadas a sí mismo, voluntariamente o estando totalmente insano, tales como suicidio o intento de suicidio.
- k) Tratamientos y/u operaciones de fertilización o esterilización.
- l) Tratamientos y/u operaciones por obesidad o raquitismo.
- m) Guerra internacional o civil, participación activa en alteraciones del orden público, fenómenos catastróficos de la naturaleza, radiación nuclear y sus consecuencias.
- n) Gestación y todo lo relacionado con ella, parto, cesárea y/o sus consecuencias.
Las indemnizaciones previstas no se conceden si la muerte del ASEGURADO o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:
- o) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente cobertura.

- p) Los denominados “Accidentes Médicos”. Ejemplos: Apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, trombosis y ataques epilépticos, los que sean determinados como tales por el médico tratante.
- q) Los accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o mientras el ASEGURADO se encuentre bajo la influencia de drogas, conforme lo establezca el médico tratante con el examen de alcoholemia o toxicológico por el que debe pasar el ASEGURADO, (sin importar su grado de presencia en la sangre), siempre que el ACCIDENTE sea consecuencia directa de esos estados; o cuando se encuentre en estado de sonambulismo.

En caso específico de accidentes de tránsito y con relación a bebidas alcohólicas, el grado de alcohol en la sangre será causal de exclusión cuando supere el límite legal permitido y será determinado por la Policía Nacional del Perú. Las partes convienen en establecer para los efectos de determinar el grado de intoxicación alcohólica al momento del ACCIDENTE, que el grado de metabolización del alcohol en la sangre es de 0.15 gr./lt. por hora, conforme a la fórmula utilizada por la Sanidad de la Policía Nacional. Igualmente se considera que existe drogadicción cuando el examen toxicológico arroje presencia de intoxicación por fármacos o estupefacientes que den lugar a pérdida o alteración de la conciencia.

- r) Lesiones que el ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase en actos de guerra internacional (con o sin declaración) o civil, en actos delictuosos en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que pueda comprobarse que fue en legítima defensa.
- s) Lesiones causadas por el ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa del suicidio y lesiones causadas intencionalmente (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al ASEGURADO por los beneficiarios de esta Póliza.
- t) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible.
- u) Lesiones por accidentes que se produzcan en la práctica de las siguientes actividades deportivas o competencias: carrera de automóviles, motocicletas, motonetas y bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.
- v) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.
- w) Actos infractorios de leyes o reglamentos, cuando sean la causa del siniestro o constituyan un delito.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo N° 8

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

a) ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE LA COMPAÑÍA)

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

Las formas de atención son las siguientes:

1) ATENCIÓN AMBULATORIA

Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado se pondrá en contacto con PACÍFICO SEGUROS para verificar el seguro y le cobrará al ASEGURADO solamente los montos a su cargo.

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

2) ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado su documento de identidad o carnet de ASEGURADO. El PROVEEDOR MÉDICO AFILIADO solicitará una carta de garantía a PACÍFICO SEGUROS con un mínimo de tres días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia. La Carta de Garantía es la autorización escrita que PACÍFICO SEGUROS otorga al centro de SALUD para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el DIAGNÓSTICO presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

Siempre y cuando la atención hospitalaria y/o quirúrgica esté cubierta, PACÍFICO SEGUROS otorgará la carta de garantía solicitada por el proveedor médico afiliado a la red de PACÍFICO SEGUROS.

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

3) ATENCIÓN EN CENTROSALUD

El ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Consultas de PACÍFICO SEGUROS para programar su cita médica, llamando al número de teléfono señalado en la Tabla de Beneficio. Esta cobertura se brinda solamente en la ciudad de Lima.

4) ATENCIÓN A DOMICILIO

• ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS.

- **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS y está sujeto a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del ASEGURADO.

5) TRANSPORTE POR EVACUACION

Se deberá presentar a PACIFICO SEGUROS el informe del médico tratante, si es que fuera solicitado en el momento en que se efectúen las coordinaciones entre los médicos, según lo señalado en el acápite correspondiente a esta cobertura en el artículo COBERTURA, precedente. La llamada de coordinación entre el médico tratante y PACIFICO SEGUROS se realizará al teléfono señalado en la TABLA DE BENEFICIOS.

6) SEPELIO

Se otorga solicitándolo directamente a los proveedores funerarios señalados en la TABLA DE BENEFICIOS, o llamando al teléfono señalado en dicha tabla, a elección del ASEGURADO. Se debe entregar el original del acta de defunción del ASEGURADO, en original, al proveedor funerario.

En caso se tramite vía reembolso, se deberá entregar a PACIFICO SEGUROS los siguientes documentos:

- 1) Original del Acta de Defunción del ASEGURADO.*
- 2) Comprobante de pago que acredite el gasto funerario.*

Se deberán pagar los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

b) ATENCIÓN A REEMBOLSO (FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS)

En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de PACÍFICO SEGUROS indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a PACÍFICO SEGUROS el REEMBOLSO correspondiente de los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al TARIFARIO PACÍFICO, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. El TARIFARIO PACÍFICO se encuentra a disposición accediendo a la página web de PACÍFICO SEGUROS:

www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Tarifario.zip.

Todos los gastos ambulatorios y/u hospitalarios serán pagados por el ASEGURADO, quien luego deberá presentar a PACÍFICO SEGUROS dentro de los 90 días calendarios posteriores a la atención, la siguiente documentación:

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

PACÍFICO SEGUROS se reserva el derecho de solicitar al **ASEGURADO** que presente un informe médico ampliatorio, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de **SALUD** y facilite la atención de la **SOLICITUD DE REEMBOLSO**. Se precisa que de conformidad con lo establecido en el artículo 11° de la Res. SBS N°3202-2013, Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros, **PACÍFICO SEGUROS** podrá solicitar dentro de los primeros veinte (20) días de recibidos los documentos presentados por el **ASEGURADO**, dicho informe médico ampliatorio, así como cualquier otra información o documentación que requiera para evaluar el siniestro o determinar su cuantía. El plazo indicado de veinte (20 días) corresponde a los primeros días de los treinta (30) días que tiene **PACÍFICO SEGUROS** para aprobar o rechazar el siniestro.

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de **PACÍFICO Compañía de Seguros y Reaseguros**, RUC N°20332970411. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del **ASEGURADO**. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

Presentada esta documentación y encontrada conforme por **PACÍFICO SEGUROS**, es decir la referida a los medicamentos y/o exámenes auxiliares y/o procedimientos relacionados directamente con el **DIAGNÓSTICO**, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido en el **TARIFARIO PACÍFICO**. El **REEMBOLSO** referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el **ASEGURADO**.

Artículo N° 9

RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A PACÍFICO SEGUROS EN EL PERU

La relación de los **PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS** a **PACÍFICO SEGUROS** se muestra en un anexo de la **PÓLIZA DE SEGURO**.

La modificación de proveedores médicos durante la vigencia del contrato de seguro será comunicada, conforme a lo establecido en el Artículo sobre **MODIFICACIONES**

DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, de estas CONDICIONES GENERALES.

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

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

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

Artículo 10º

PAGO DE BENEFICIOS

PACÍFICO SEGUROS reconocerá los gastos cubiertos en casos de HOSPITALIZACIÓN o atención ambulatoria en el Perú.

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente.

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

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

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

Artículo 11º

TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

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

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, en la página web de PACÍFICO SEGUROS: www.pacificoseguros.com y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas de PACÍFICO SEGUROS: (01) 513-5000.

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

CONDICIONES LEGALES

Artículo N° 12

CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

Artículo 13°

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, PACÍFICO SEGUROS se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la ENFERMEDAD o ACCIDENTE del ASEGURADO.

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

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

Artículo 14°

BASES DEL CONTRATO

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

El contrato de seguro está sujeto a que PACÍFICO SEGUROS haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO y la cobertura otorgada mediante el Contrato de Seguro se encuentra condicionada a que el CONTRATANTE haya cumplido con pagar la prima

y/o firmado el CONVENIO DE PAGO obligándose a pagarla y/o a la ocurrencia del siniestro si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima.

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

Artículo 15°

DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

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

Artículo 16°

DECLARACIONES

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

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO podrán tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 30° de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS 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 Declaración Jurada de SALUD y la Solicitud del Seguro;
- ii) La información complementaria que pueda ser requerida por PACÍFICO SEGUROS y/o presentada en los plazos establecidos para cada caso; y,
- iii) La base de datos interna de PACÍFICO SEGUROS.

El CONTRATANTE, antes de la contratación de la Póliza, ha tenido a su disposición estas CONDICIONES GENERALES, las CONDICIONES PARTICULARES, así como las Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere, accediendo a la dirección electrónica: www.pacificoseguros.com/site/TerminosPortales.aspx?tab=tab1 de PACÍFICO SEGUROS y asimismo a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en donde se encuentran publicados los productos

comercializados por PACÍFICO SEGUROS. Asimismo el ASEGURADO ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la PÓLIZA DE SEGURO contratada.

Artículo 17°

RESIDENCIA

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 el Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza.

Artículo 18°

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

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

Artículo 19°

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

- a) Las ENFERMEDADES preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el periodo inmediato anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo. Lo establecido aplica aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. La nueva póliza podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.
- b) La(s) PREEXISTENCIA(s) deberá(n) ser declarada(s) por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS ésta se encuentra autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros los antecedentes médicos y los alcances de su seguro anterior, a fin de otorgar la continuidad de la cobertura.
- c) En todo lo no establecido en la presente condición se aplicará lo dispuesto por la Ley 28770, la Ley 29946 y la Resolución SBS N° 3203-2013 o normas que las sustituyan y/o modifiquen.

Artículo 20°

VIGENCIA DE LA POLIZA, INICIO DE LA COBERTURA, AJUSTES Y MODIFICACIONES DEL CONTRATO

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

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

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

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

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

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

Artículo 21º

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) *PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro, usando los medios de comunicación pactados en las CONDICIONES PARTICULARES.***

- b) EL CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.*
- c) EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo por escrito a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado. La modificación convenida constará en un endoso a la Póliza.*
- d) Si el CONTRATANTE no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.*
- e) PACIFICO SEGUROS proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE y éste deberá poner en conocimiento de los asegurados, la modificación que se haya incorporado en el contrato. Adicionalmente, en cualquier supuesto, PACIFICO SEGUROS podrá utilizar cualquier medio de comunicación indirecta, como los medios electrónicos, para la difusión de dichas modificaciones.*

Artículo 22º

DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

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

El monto de la prima a pagar por el CONTRATANTE se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de SALUD contenido en la SOLICITUD DE SEGURO, a la siniestralidad del programa, a los costos de los proveedores médicos y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Artículo 23º

INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA – EFECTOS

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

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

La suspensión del contrato de seguro o del certificado de seguro no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE haya pagado, proporcionalmente una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

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

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

En los casos en los que el CONTRATANTE sea el obligado al pago de la prima, procederá la suspensión y/o resolución del contrato de seguro directamente contra este, siguiendo el procedimiento de suspensión y resolución descritas líneas arriba.

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

Artículo 24º REHABILITACION

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

Artículo 25º AGRAVACION DEL RIESGO – DEBER DE INFORMAR

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

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

quien informará a su vez al ASEGURADO, por escrito y con constancia frente a PACIFICO SEGUROS.

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

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

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

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

Artículo 26°

INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- a) **El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL señalados en las CONDICIONES PARTICULARES. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.**
- b) **Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en el artículo referido al “Procedimiento para Solicitar la Cobertura del Seguro en caso de SINIESTRO”.
El ASEGURADO o el beneficiario, debe presentar la solicitud de cobertura a PACÍFICO SEGUROS con la documentación e información completa señalada en dicho artículo.**
- c) **Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por comercializadores, la solicitud de cobertura presentada ante ellos, tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a PACÍFICO SEGUROS, siendo ésta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que pueda ocasionar al ASEGURADO.**
- d) **Cuando por el tipo de atención del seguro corresponda que PACÍFICO SEGUROS pague al ASEGURADO bajo la forma de REEMBOLSO, PACÍFICO SEGUROS, tendrá un plazo de 30 días calendarios contados desde que recibió la documentación e información completa exigida en la Póliza para comunicar al ASEGURADO sobre la aprobación o el rechazo del SINIESTRO.**

Si PACÍFICO SEGUROS requiere aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación e información presentada, las solicitará dentro de los primeros veinte (20) días calendarios de haber recibido dicha documentación.

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

Consentido el SINIESTRO, PACÍFICO SEGUROS tiene un plazo de treinta (30) días calendario para pagar la indemnización, en caso de pago vía reembolso.

Artículo 27º

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

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

El contrato de seguro o el Certificado de Seguro serán nulos por las siguientes causales:

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

En todos los supuestos señalados en los literales precedentes, la nulidad de un certificado de seguro no afecta la vigencia del contrato de seguro.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la Póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada, *dentro del plazo de treinta días calendario de invocada la nulidad, mediante abono en la cuenta bancaria del CONTRATANTE señalada en la solicitud o mediante pago directo.*

En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta del CONTRATANTE o ASEGURADO, las primas pagadas quedan adquiridas por PACÍFICO

SEGUROS, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Artículo 28º

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y/O CERTIFICADO DEL SEGURO

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

La resolución del contrato puede darse:

A. Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato a PACÍFICO SEGUROS. El ASEGURADO podrá solicitar también su desvinculación del contrato de seguro solicitando la resolución de su certificado de seguro, siguiendo el mismo procedimiento señalado a continuación.

El contrato o el certificado de seguro se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que se reciba la comunicación escrita informándose sobre esta decisión, por cualquiera de los medios de comunicación pactados en la Póliza.

La resolución de un certificado de seguro no afecta la vigencia del contrato de seguro.

En el caso que quien solicite la resolución sea el CONTRATANTE él será el encargado de comunicar su decisión directamente y por escrito a los ASEGURADOS, debiendo dar constancia por escrito de ello a PACÍFICO SEGUROS.

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

- a) En caso de encontrarse hospitalizado el ASEGURADO, al término de la HOSPITALIZACIÓN.**
- b) En caso de gastos ambulatorios, a partir de la fecha de terminación de la Póliza.**

Efecto sobre la prima

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

B. Por incumplimiento de obligaciones

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

a. Por falta de pago de la prima

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver el contrato de seguro o el certificado de seguro durante la suspensión de la cobertura del seguro. El contrato de seguro o el certificado de seguro se considerarán resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE, reciba la comunicación escrita de PACÍFICO SEGUROS informándole sobre esta decisión, por cualquiera de los medios escritos convenidos.

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

b. Por agravación del riesgo

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

Este supuesto y lo regulado aplica también para el ASEGURADO, en cuyo caso se resolverá su certificado de seguro.

c. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta

En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO pierde el derecho a ser indemnizado y se resolverá su certificado de seguro.

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

En cualquiera de los supuestos señalados en los literales b), c) y d) precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios convenidos en las Condiciones Particulares o en la Solicitud de Seguro. El Contrato y/o Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión. El CONTRATANTE estará obligado a comunicar por escrito al ASEGURADO sobre la resolución del contrato, dejando constancia de ello frente a PACIFICO SEGUROS

La resolución de un certificado de seguro no afecta la vigencia del contrato de seguro.

Efectos sobre la prima

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

En el caso que corresponda devolución de prima por el periodo no cubierto el **CONTRATANTE** tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada, lo que se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria del **CONTRATANTE** señalada en la solicitud o mediante pago directo.

Artículo 29º

TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO Y/O CERTIFICADO DE SEGURO

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

- a) Al fallecimiento del **ASEGURADO**, terminará el certificado de seguro.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada, terminará el contrato de seguro.
- c) Si **PACÍFICO SEGUROS** no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato queda extinguido.
- d) Si el interés asegurado del **ASEGURADO** desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro. En este caso el certificado de seguro emitido terminará para el **ASEGURADO**, manteniéndose el contrato de seguro grupal.
- e) Cuando el **ASEGURADO** pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas **CONDICIONES GENERALES** y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza, en cuyo caso terminará la cobertura respecto de él; manteniéndose el contrato de seguro para los demás asegurados.

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

Artículo 30º

RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

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

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

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

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

Artículo 31º

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

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

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

Artículo 32º

SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

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

corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos que correspondan.

Artículo 33º

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

PACÍFICO SEGUROS tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO por gastos de asistencia médica en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de las lesiones causadas por terceros al ASEGURADO.

En virtud del derecho de subrogación y con el objeto de materializar dicha recuperación, PACÍFICO SEGUROS queda autorizado para interponer directamente las acciones legales contra los terceros causantes de las lesiones.

En igual forma lo podrá hacer contra el ASEGURADO si éste, violando el derecho de subrogación que le asiste a PACÍFICO SEGUROS, han cobrado para sí directamente dichos pagos.

Para el ejercicio de este derecho, el ASEGURADO se obliga a lo siguiente:

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

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

Artículo 34º

INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLINICA

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

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

Artículo 35°

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

Siempre que el marco regulatorio lo permita, 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, salvo en los supuestos expresamente contemplados en estas CONDICIONES GENERALES que establecen la obligación de PACIFICO SEGUROS de informar por escrito.

Artículo 36°

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

Artículo 37°

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

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

Artículo 38°

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

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

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

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

Artículo 39°

TRIBUTOS

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

Artículo 40°

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

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

Artículo 41°

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por mecanismos de comercialización que incluye bancaseguro, así como comercialización a distancia, el CONTRATANTE tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato de seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la póliza de seguro debiendo PACÍFICO SEGUROS devolver el monto de la prima recibida.

El CONTRATANTE para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o utilizando el mismo mecanismo de forma, lugar y medio por el que se contrató el seguro, 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.

ARTÍCULO 42°

BASE LEGAL

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley N° 29946 – Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley,

prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

ABORTO

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

ACCIDENTE

Se considera como tal a la lesión corporal que sufra el ASEGURADO directamente, y en forma independiente de cualquier otra causa, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad.

ACCIDENTE MEDICO

Lesión corporal que sufre el ASEGURADO como consecuencia de una situación riesgosa vinculada a un tratamiento o procedimiento médico.

AMENAZA DE ABORTO

Conjunto de síntomas y/o signos que sugieren la posibilidad de un ABORTO.

ASEGURADO

Es la persona que goza de las coberturas de esta póliza.

BENEFICIO MÁXIMO (ó Suma Asegurada)

Es el monto total anual ASEGURADO bajo esta Póliza con respecto a cada ASEGURADO, que se renueva anualmente cuando se haya consumido durante el periodo anual.

CIRUGÍA AMBULATORIA

Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de HOSPITALIZACIÓN

CIRUGÍA PROGRAMADA

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

COASEGURO

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

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

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

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

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

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

CONDICIONES GENERALES

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

CONDICIONES PARTICULARES

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

CONSULTA

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

CONTRATANTE

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

COPAGO

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

COSMÉTICO

Toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos COSMÉTICOS.

El producto cosmético que, en razón de su composición o absorción, tenga efectos farmacológicos deberá registrarse como producto farmacéutico. Igual disposición rige para los COSMÉTICOS a los que se les atribuye propiedades terapéuticas.

Se considera grupo cosmético a:

- a) Los productos COSMÉTICOS con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.
- b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.
- c) Los COSMÉTICOS de perfumería con la misma fragancia.
- d) Los productos COSMÉTICOS para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

CULPA INEXCUSABLE

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

DECLARACIÓN DE SALUD

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, respecto de su estado de SALUD.

La DECLARACIÓN DE SALUD, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por PACÍFICO SEGUROS, pudiendo encontrarse como parte de la SOLICITUD DE SEGURO.

DIAGNÓSTICO

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

DOLO

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

DONANTE CALIFICADO

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

EMBARAZO

Estado de gravidez de la mujer; período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del PARTO.

EMERGENCIA ACCIDENTAL

Toda lesión corporal producida por un ACCIDENTE y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA

Aquel problema de SALUD que se presenta en forma súbita, como manifestación de una enfermedad aguda o como recurrencia, progresión o complicación de una enfermedad crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona. Los casos considerados EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS bajo este concepto son los siguientes: Abdomen agudo.

ACCIDENTES cerebrovasculares agudos.

Anafilaxia.

Asfixias de cualquier origen.

Cólicos vesiculares o renales u otros dolores abdominales intensos.

Convulsiones.

Crisis asmática severa.

Deshidratación severa.
Dolor torácico de origen cardíaco (coronario).
Emergencia hipertensiva.
Envenenamiento e Intoxicaciones agudas
Hemorragias.
Insuficiencia respiratoria aguda.
Paro cardíaco y/o respiratorio.
Pérdida de conocimiento súbito.
Quemaduras.
Shock.

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

ENFERMEDAD

Toda alteración del estado de SALUD, de causa no accidental.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

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

ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS

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

ENFERMEDAD CRÓNICA

ENFERMEDAD de curso mayor a un mes.

ENFERMEDAD EPIDÉMICA

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

ENFERMEDAD GENÉTICO - HEREDITARIA

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

EPICRISIS

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

EVENTO HOSPITALARIO

Cada reclusión o internamiento de una persona registrada como paciente en un HOSPITAL O CLÍNICA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una

ENFERMEDAD ó ACCIDENTE, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

FECHA DE INICIO DEL SEGURO

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

GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO

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

HOSPITALIZACIÓN

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

HOTEL

Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

IMPLANTE

Es todo aquel material inerte que se inserta parcial o totalmente en el cuerpo humano, con finalidad terapéutica o estética (por ejemplo: IMPLANTES de mama de silicona, stent coronario, entre otros). Para su aplicación no es imprescindible retirar el órgano en el que se implanta.

INTERÉS ASEGURABLE

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

MÉDICAMENTE NECESARIO

Se refiere al tratamiento, medicamento o procedimiento que, reúna todas las siguientes condiciones:

Sea apropiado y esencial para el DIAGNÓSTICO y tratamiento de la condición médica bajo cobertura.

No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un DIAGNÓSTICO o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

Haya sido prescrito por un médico.

Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio.

Los supuestos arriba indicados tienen que cumplirse en forma conjunta.

MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA

Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la SALUD, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.

PARTO

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

PÓLIZA DE SEGURO

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

PREEXISTENCIA

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

No se considerará ENFERMEDAD preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una PÓLIZA DE SEGURO de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra en el periodo inmediato anterior a la presente Póliza.

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

PREMATURIDAD

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

PUERPERIO

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

PRÓTESIS

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

PRÓTESIS INTERNAS

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

PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

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

REHABILITACIÓN FÍSICA

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

RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS

Conjunto de centros de SALUD tales como clínicas y hospitales en los cuales la RED SANNA podrá derivar atenciones a consecuencia de EMERGENCIAS ACCIDENTALES y EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICO, así como cualquier otra cobertura de la Póliza. Se detallan en las CONDICIONES PARTICULARES.

REEMBOLSO

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

REPORTE OPERATORIO

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

BUENA SALUD

Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

SÍNDROME

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

SINIESTRO

Reclamo o solicitud de cobertura efectuado por el ASEGURADO por atenciones médicas prestadas o gastos incurridos durante la vigencia de la PÓLIZA DE SEGURO.

SOLICITUD DE REEMBOLSO

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

SOLICITUD DE SEGURO

Documento pre-impreso y definido por PACÍFICO SEGUROS, en el cual consignando la identificación del CONTRATANTE y del ASEGURADO, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la DECLARACIÓN DE SALUD de los solicitantes

SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD

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

TABLA DE BENEFICIOS

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

TARIFARIO PACIFICO

Documento que fija los montos máximos a pagar para cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes prestadores de salud en el Perú. Se utiliza para el sistema de atención de REEMBOLSO. Se encuentra a disposición del ASEGURADO en la página web de PACÍFICO SEGUROS.

TRASPLANTE

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

TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

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

URGENCIAS MÉDICAS

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