

Señor(a).-
Melissa Vicich Falla
Av Alvarez Calderon Nro 290 Dpto 201b
San Isidro-Lima
Póliza N°: 2652881-29408249
Fecha de vigencia: 09/10/2013 - 09/10/2014
Agente: Julio Cesar Martinez Vargas Caro

Estimado(a) Melissa Vicich Falla:

Queremos felicitarlo por tener el seguro SEGURO DE SALUD y agradecemos su preferencia por Pacífico Seguros. Sabe que ante cualquier eventualidad o situación inesperada puede estar tranquilo porque cuenta con nosotros.

Buscando darle siempre lo mejor, le comunicamos que hemos realizado importantes mejoras en las coberturas y servicios de su seguro en esta nueva vigencia:

- Cubrimos al 100% el parto normal, parto múltiple, amenaza de aborto y cesárea en la Clínica San Borja, Clínica el Golf, Clínica Belén en Piura, Clínica Sánchez Ferrer en Trujillo y Clínica Galeno en Arequipa.
- Trasladamos la Clínica San Borja de la red 3 a la red 2, mejorando las condiciones ambulatorias y hospitalarias.
- Trasladamos la Clínica Vesalio de la red 1 a la red 2 y la Clínica Internacional y Medicentros de red 4 a red 5.
- Incrementamos el límite para parto normal de S/. 5,500 a S/. 6,000 y el límite para cesárea, parto múltiple, aborto o amenaza de aborto de S/.5,500 a S/.6,500.
- Incrementamos el límite para complicaciones durante el embarazo de S/. 5,000 hasta S/. 3,200,000. El copago y coaseguro se aplicará según condiciones de la red.
- Incluimos el Chequeo Preventivo Pediátrico y Juvenil gratuito una vez al año, para los hijos entre 1 y 17 años.
- Incluimos el Control de niño sano al 100% durante el primer año, sólo consultas en Clínica San Borja, Clínica el Golf, Clínica Belén en Piura, Clínica Sánchez Ferrer en Trujillo y Clínica Galeno en Arequipa.
- En servicios Oncológicos incluimos: Servicio de ambulancia al alta hospitalaria, alimentación para el acompañante del paciente hospitalizado por cáncer y la segunda reconstrucción mamaria.
- Incorporamos a los siguientes proveedores: Funeraria Acuña, Medikids, Centro Salud Pacífico en Talara, Centro Salud Pacífico Negritos en Talara, Centro Médico Cismedic Bayovar en Piura y Centro Clínico en Chiclayo.
- Incrementos los copagos en S/.5 desde la red1 hasta la red 5.

Le recordamos que es importante que lea detenidamente su póliza, donde encontrará todos los detalles sobre sus coberturas y/o exclusiones particulares.

Igualmente, si tiene alguna duda o requiere información adicional acerca de su seguro, no dude en comunicarse con nuestra Central de Información y Consultas al 01 513-5000 desde Lima y provincias.

Agradeceremos nos haga llegar el cargo de la póliza firmado a nuestras oficinas situadas en Av. Juan de Arona 830 San Isidro, atención: Área de Emisión de Pólizas en el horario de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Nos despedimos renovando nuestro compromiso de trabajar siempre a su lado para brindarle el servicio que usted y su familia merecen, ayudándolos a que vivan tranquilos, vivan Pacífico.

Cordialmente,



Jorge Gomez
Gerente de Suscripción y
Productos de Salud

Cliente

Conste por el presente documento el convenio de pago de primas que celebran de una parte EL PACIFICO PERUANO-SUIZA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS con RUC 20100035392, con domicilio en LA AVENIDA JUAN DE ARONA N° 830 - SAN ISIDRO a quien en adelante se le denominará **LA COMPAÑIA** y de la otra parte **VICICH FALLA MELISSA**, con DNI 40175981 con domicilio en AV ALVAREZ CALDERON NRO 290 DPTO 201B - SAN ISIDRO - LIMA - LIMA, a quien en adelante se le denominará **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, convenio que se celebra en los términos y condiciones siguientes:

Primero: De conformidad con lo establecido en el art. 3° de la resolución de la SBS 225-2006 reglamento del pago de primas de pólizas de seguro, la cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro y con el pago de la prima.

Segundo: La forma de pago y el plazo convenido por las partes para pagar la(s) prima(s) será la indicada a continuación.

MODALIDAD: Pago Diferido en Cuota Única

Emisión : 24/10/2013

**Agente : B-304817 JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS
CARO**

Moneda : NUEVOS SOLES (S/.)

Cronograma de Pago

POLIZA (MSLD) 2652881

Sts.	Nro.Acreencia	Orden	Cupón	F.Vcto	Monto
ACT	198920167	1/01	51126131	15/11/2013	7,183.76
TOTAL FINANCIAMIENTO :					7.183.76

Tercero: El incumplimiento de pago de cualquiera de las cuotas de la prima establecidas en el convenio de pago, origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro. La cobertura vuelve a tener efecto hacia futuro al momento en que el contratante y/o asegurado pague la cuota de la prima adeudada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la resolución SBS N° 225 - 2006.

Queda expresamente establecido que si no se efectúa el pago de cualquiera de las cuotas de la prima dentro del plazo máximo de 90 días el contrato quedará resuelto automáticamente, sin necesidad de comunicación escrita informándole sobre esta decisión, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 de la resolución SBS N° 225 - 2006.

El presente convenio de pagos forma parte integrante de la póliza de seguros y prima sobre cualquier condición general.

LUGARES DE PAGO:

- VENTANILLAS Y PÁGINAS WEB DEL BANCO DE CRÉDITO BCP, INTERBANK, SCOTIABANK Y BBVA BANCO CONTINENTAL
- AGENTES BCP (SOLO PÓLIZAS EMITIDAS EN NUEVOS SOLES)
- AGENTES WESTERN UNION PAGO DE SERVICIOS
- NUESTRAS OFICINAS A NIVEL NACIONAL

TAMBIÉN PUEDE PAGAR SU PÓLIZA AFILIÁNDOSE AL DÉBITO AUTOMÁTICO CON CUENTAS DE LOS BANCOS INDICADOS Y TARJETAS DE CRÉDITO VISA, MASTERCARD O AMERICAN EXPRESS.

EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

DNI:

FIRMA:

NOMBRE:

PACIFICO SEGUROS

RUC: 20100035392

FIRMA:

NOMBRE: PABLO ROJAS

Gerente Gerencia Central de Administracion y Finanzas

Lima , ____ de _____ del 20 ____

*** 43660784 ***

04:32:32 PM

Póliza : 2652881 - 2940824! **SEGURO DE SALUD**
Vigencia : 09/10/2013 - 09/10/2014
Cliente : VICICH FALLA MELISSA 7166880
R.U.C. N° : **Télefono** : 4307074
Dirección : AV ALVAREZ CALDERON NRO 290 DPTO 201B
Localidad : SAN ISIDRO LIMA LIMA
Asegurado : VICICH FALLA MELISSA 7166880
Agente : MARTINEZ VARGAS CARO JULIO CESAR 0304817
Dirección : AV DEL PARQUE (SUR) NRO 524 DPTO 101 URB CORPAC REF
CONTINUACION DE AVENIDA ARAMBURU
Localidad : SAN BORJA LIMA LIMA
Télefono : 2245327 **R.N.P.** N3340

Conceptos	Importe
Prima	5.910.61
Derecho de Emisión	177.32
Intereses	0.00
I.G.V.	1.095.83
S/.	7.183.76

FORMA DE PAGO
< Pago Al Contado Cuota >

RNAVARRE

Emitido el 24 de Octubre del 2013

Estimado Cliente :

La Superintendencia de Banca y Seguros con Resolución SBS Nro. 225-2006 de fecha 16/02/2006, dispone que la cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro y el pago de la prima.

El incumplimiento del pago establecido en el convenio de pago origina la suspensión inmediata de la cobertura.

La factura se emitirá al momento del pago correspondiente.

Emisor : E00746

*** 42478546 ***

AVISCOBP

Cliente

198920167

POLIZA : **MSLD - 2652881**

CUPON

N° 51126131

01 / 01

Cliente	VICICH FALLA MELISSA 7166880
Asegurado	VICICH FALLA MELISSA 00000007166880
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817

IMPORTE

S/.7,183.76

Ultimo día de Pago

15/11/2013

Vigencia: 09/10/2013 al 09/10/2014

A pagarse:
Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105525229

198920167

POLIZA : **MSLD - 2652881**

CUPON

N° 51126131

01 / 01

Cliente	VICICH FALLA MELISSA 7166880
Asegurado	VICICH FALLA MELISSA 00000007166880
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817

IMPORTE

S/.7,183.76

Ultimo día de Pago

15/11/2013

Vigencia: 09/10/2013 al 09/10/2014

A pagarse:
Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105525229

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO:
CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA
SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

S/. 640,185,540.00

SEGURO DE SALUD

Póliza No.2652881 - 29408249

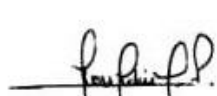
FECHA DE INGRESO	: 09/10/2007	365 DIAS
VIGENCIA	: DEL 09/10/2013 A LAS 12:00hs HASTA EL 09/10/2014 A LAS 12:00hs.	
CONTRATANTE	: VICICH FALLA MELISSA	
ASEGURADO	: VICICH FALLA MELISSA	7166880
DIRECCION DE COBRANZA	: AV ALVAREZ CALDERON NRO 290 DPTO 201B	
DEPARTAMENTO	: LIMA	
PROVINCIA	: LIMA	
DISTRITO	: SAN ISIDRO	
MONEDA	: NUEVOS SOLES	
BENEFICIO MAXIMO	S/. 3,200,000	S/. 3,200,000
ANUAL POR PERSONA	HASTA CUMPLIR LOS 75 AÑOS DE EDAD	A PARTIR DE LOS 75 AÑOS DE EDAD

PRIMA	5,910.61
DERECHO DE EMISION	177.32
INTERESES	0.00
I.G.V	1,095.83
TOTAL	7,183.76 NUEVOS SOLES

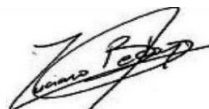
R.N.P. N3340 AGENTE: JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO
 COMISION POR INTERMEDIACION: S/. 591.06

Los endosos y las cláusulas especiales que se anexen a la presente póliza, forman parte integrante del contrato. Toda omisión, retención, simulación o falsedad en las declaraciones que haga el "asegurado titular" en la solicitud respectiva, anula de hecho el contrato y en consecuencia toda obligación de "la compañía", de acuerdo art. 376 del código de comercio, quedando la prima pagada a favor de la misma.

Emitida en Miraflores, a los 24 días del mes de Octubre del 2013



JUAN MESA
GERENTE DE DIVISION



LUCIANO BEDOYA
GERENCIA OPERACIONES

FIRMA DEL ASEGURADO O
CONTRATANTE

REVISAR EL CONDICIONADO GENERAL, forma parte integral del contrato.

E007SPOO

24/10/2013 16:32

RNAVARE

COD.SBS.: AE0446420003

Póliza MSLD - 2652881

Cliente : MELISSA VICICH FALLA

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 40175981
- **Fec. Nacimiento** : 21/05/1979
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : AV ALVAREZ CALDERON NRO 290 DPTO 201B SAN ISIDRO -
LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación:** PERIODICOS PERIODISTA EN OFICINA

Asegurado : MELISSA VICICH FALLA

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 40175981
- **Fec. Nacimiento** : 21/05/1979
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : AV ALVAREZ CALDERON NRO 290 DPTO 201B SAN ISIDRO -
LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación:**

SEGURO DE SALUD

Póliza N° 2652881

RELACION DE ASEGURADOS

N°	DEPENDIENTE	SEXO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	EDAD	FEC.INGRESO
1	TITULAR	FEMENINO	VICICH FALLA MELISSA	21/05/1979	34	09/10/2007
2	ESPOSO	MASCULINO	BARTHELMESS CAMINO JORGE LUIS	24/05/1968	45	29/04/2009
3	HIJO	MASCULINO	BARTHELMESS VICICH MILAN	04/05/2013	0	04/05/2013
4	HIJA	FEMENINO	BARTHELMESS VICICH MARA	28/09/2007	6	09/10/2007

CONDICIONES ESPECIALES

PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS Y PERIODO DE ESPERA DE 10 MESES, A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA POLIZA

NO SE CUBREN LAS ENFERMEDADES PRE EXISTENTES

PARA CONYUGE: JORGE LUIS BARTHELMESS CAMINO, CON PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS Y PERIODO DE ESPERA DE 10 MESES, A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA POLIZA, NO SE CUBREN ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES.

PARA DEPENDIENTE HIJO MILAN BARTHELMESS VICICH:

SE EXONERA PERIODO DE CARENCIA DE 30 DIAS A PARTIR DEL 04/05/2013.

CLAUSULA DE EXCLUSION

COD.SBS.: AE0446420003

IMPORTANTE

"Este seguro es válido únicamente para atención directa en las clínicas y centros médicos de la red de proveedores de la compañía"

"Incluye cláusula de: Comisión de Defensa del Asegurado"

"De acuerdo a lo indicado en el artículo 19° de las condiciones generales, la renovación de la Póliza estará sujeta a las primas y a las nuevas condiciones generales o particulares que pudieran establecerse en el contrato a la fecha de la renovación. La edad alcanzada en cada renovación determinará el rango para el cálculo de la prima".

"Para la renovación N° 29408249 , los siguientes asegurados presentan cambio en el rango de edad, determinando variación en su prima."

N°	Parentesco	Nombre	Rango de Edad
1	TITULAR	VICICH FALLA MELISSA	34 a 34 años
2	ESPOSO	BARTHELMMESS CAMINO JORGE LUIS	45 a 45 años

RESUMEN

SEGURO DE SALUD

Riesgos Cubiertos

Cubre todos los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una enfermedad o accidente bajo cobertura, sea de atención médica, hospitalaria u ambulatoria, en los términos establecidos en el artículo 6° (Gastos cubiertos) de las Condiciones Generales de la Póliza y sujeto a los plazos de carencia y espera detallados en el artículo 5° (Periodos de carencia y espera) de las mencionadas condiciones.

Exclusiones

Los gastos no cubiertos y las exclusiones se detallan en el artículo 8° (Gastos no cubiertos y exclusiones) de las Condiciones Generales de la Póliza y en las respectivas Cláusulas Adicionales, de ser el caso.

Si el siniestro se originase como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

Causales de terminación de la cobertura (causales de resolución y/o de nulidad del contrato)
Se encuentran señaladas en los artículos 21° (Resolución automática del contrato), 22° (Terminación de la cobertura) y 24° (Declaración falsa y/o reticente) de las Condiciones Generales de la Póliza.

Procedimiento y plazo para presentar la solicitud de cobertura

Se encuentra establecido en el artículo 10° (Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú) de las Condiciones Generales de la Póliza. No existe plazo para la solicitud de cobertura ya que el procedimiento de pago se realiza directamente entre el proveedor médico y la compañía.

Mecanismos de solución de controversias

Se encuentra previsto en el artículo 29° (Solución de Controversia) de las Condiciones Generales de la Póliza.

Atención de reclamos

En caso de consultas y/o reclamos el ASEGURADO puede contactarse con la COMPAÑÍA a través de su central de información y consultas llamando a los teléfonos de la COMPAÑÍA indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, o ingresando a la Página Web: www.pacificoseguros.com, así mismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico en la avenida Juan de Arona Nro. 830 San Isidro, Lima.

Defensoría del Asegurado

En caso que el cliente no esté de acuerdo con la forma en que la COMPAÑÍA resolvió su controversia puede acudir a la Defensoría del Asegurado, siempre que la controversia esté comprendida dentro de los alcances de su competencia según lo establecido en el

Reglamento de la Defensoría.

Datos de la Defensoría del Asegurado: (i) Web: www.defaseg.com.pe. (ii) Telefax: 01 446-9158.
(iii) Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.

TABLA DE BENEFICIOS	
Producto:	SEGURO DE SALUD
Beneficio máximo anual:	S/. 3,200,000 por persona asegurada
Modalidad de atención:	Este seguro reconoce sólo la atención al crédito, es decir, el asegurado sólo deberá pagar el copago y coaseguro correspondiente de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención. No se cubre la atención a reembolso.
Períodos de carencia:	30 días calendario para las atenciones ambulatorias y hospitalarias 90 días calendario para los casos oncológicos (cáncer)
Períodos de espera:	10 meses para diagnósticos y atenciones específicas, listadas en el Artículo 5° del Condicionado General 18 meses para maternidad 24 meses para trasplante de médula ósea

Copago: 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.

COBERTURAS POR ASEGURADO POR VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA Exclusivamente atención al crédito
EMERGENCIAS Comuníquese con Pacífico Asiste al (01) 415-1515 desde Lima o provincia
<ul style="list-style-type: none"> - Llamar a Pacífico Asiste o acudir a cualquier proveedor médico afiliado presentando el documento de identidad o carnet de asegurado. - 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 son cubiertas al 100%. - Las emergencias médicas / urgencias médicas, se cubren según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.

Ambulancia por emergencia accidental o emergencia médico-quirúrgica	COPAGO	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.	Sin Copago	Sin Coaseguro
Límites:		
En Lima: <ul style="list-style-type: none">- Por el norte: Hasta Comas, Independencia.- Por el sur: Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador.- Por el este: Hasta Chaclacayo y Lurigancho – Chosica (hasta Puente Los Ángeles).- Por el oeste: Hasta La Punta – Callao.		
En Trujillo: <ul style="list-style-type: none">- Por el norte: Desde el km 573 de la Panamericana hasta el desvío a la Vía de Evitamiento en El Milagro.- Por el sur: Desde el km 553 de la Panamericana hasta el desvío a Salaverry.- Por el este: Hasta Laredo.- Por el oeste: desde Salaverry hasta Huanchaco.		
En Arequipa: <ul style="list-style-type: none">- Por el norte: Hasta la zona cono norte.- Por el sur: Hasta la zona Socabaya – Lara.- Por el este: Hasta el distrito de Paucarpata – Urb. Miguel Grau.- Por el oeste: Hasta distrito de Sachaca.		
Atención por emergencia accidental ambulatoria		
Siempre que el manejo de la emergencia accidental sea de manera exclusivamente ambulatoria y hasta la rehabilitación del paciente, por un período máximo de 60 días calendarios.	Sin Copago	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	
Atención por emergencia médico-quirúrgica		
En caso que a consecuencia de un accidente, se requiera hospitalización o cirugía ambulatoria. En esta situación la emergencia será reconocida bajo las condiciones de gastos de hospitalización o gastos ambulatorios según corresponda, desde el primer día de la atención.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	

[illegible]

TIPOS DE ATENCION		
ATENCION AMBULATORIA	COPAGO	COASEGURO
En la red de proveedores médicos afiliados.		
- Red 1	S/. 35	10%
- Red 2	S/. 40	10%
- Red 3	S/. 45	15%
- Red 4	S/. 65	25%
- Red 5	S/. 75	30%
- Red 6	S/. 90	40%
Atención en Centro Salud Pacífico		
Sólo en Lima (medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia en las instalaciones de la Clínica Tezza).	S/. 30	Sin Coaseguro

Cuidado continuo de la salud		
<p>Programa de atención y control para enfermedades crónicas (asma, hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo II). Sujeto a evaluación.</p> <p>Para acceder a este servicio debe llamar a la Central de Información y Ventas (01) 513- 5000, en donde podrá obtener una cita en Centro Salud Pacífico Tezza, Cl. San Borja o Médicos a domicilio.</p> <p>Una vez que el paciente acepte ingresar al programa podrá elegir dónde realizar sus próximos controles: Centro Salud Pacífico Tezza, Cl. San Borja, o a través de Médico a domicilio.</p>	Sin copago	Sin coaseguro
Cirugía ambulatoria		
Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de hospitalización.	Según condiciones hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	

ATENCION HOSPITALARIA	COPAGO	COASEGURO
<p>En la red de proveedores médicos afiliados. Los copagos y coaseguros aplican a cada hospitalización. Si los gastos hospitalarios cubiertos superan los S/. 30,000, éstos serán asumidos por la compañía al 100%.</p>		
- Red 1	Sin copago	5%
- Red 2	Sin copago	10%
- Red 3	Sin copago	10%
- Red 4	1 día de habitación	15%
- Red 5	1 día de habitación	25%
- Red 6	1 día de habitación	30%

PROGRAMA DE MATERNIDAD Aplica periodo de espera 18 meses	COPAGO	COASEGURO
Cobertura al 100% en Clínica San Borja, Clínica El Golf, Clínica Galeno (Arequipa), Clínica Belén (Piura) y Clínica Sánchez Ferrer (Trujillo)		
Parto normal, cesárea o parto múltiple, aborto o amenaza de aborto.	Sin copago	Sin coaseguro
Para todos los demás proveedores médicos afiliados		
Parto normal.	Hasta S/. 6,000 sin coaseguro	
Parto por cesárea y/o parto múltiple, aborto o amenaza de aborto.	Hasta S/. 6,500 sin coaseguro	
Complicaciones durante el embarazo		
Para todos los proveedores médicos afiliados.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	

Control prenatal	COPAGO	COASEGURO		
Control prenatal	S/. 105	Sin coaseguro		
Al crédito, en red prenatal (*) incluye consultas y vitaminas. Las prescripciones de presentaciones en polvo y ampollas bebibles deben tener sustento registrado en la historia clínica y son sujetas a auditoria médica de Pacífico. Incluye:				
a) Consulta <ul style="list-style-type: none">- 1 consulta mensual en los 7 primeros meses (1 a 32 semanas de gestación)- 1 consulta quincenal durante el 8vo mes (33 a 36 semanas de gestación)- 1 consulta semanal durante el 9no mes (37 semanas hasta el parto)				
b) Esquemas profilácticos aceptados <ul style="list-style-type: none">- Ácido fólico: En tabletas, solamente durante el primer trimestre.- Polivitamínicos: A partir del segundo trimestre. En tabletas, cápsulas o comprimidos para administración vía oral.- Suplementos vitamínicos, minerales y oligoelementos profilácticos, como tratamiento preventivo de condiciones no mórbidas.				
c) Esquemas terapéuticos aceptados <ul style="list-style-type: none">- Hierro (en caso de anemia): En tabletas, comprimidos o jarabes para administración vía oral, o ampollas parenterales. Puede recetarse solo o combinado con Ácido Fólico.- Calcio más vitamina D: En tabletas o comprimidos.- No se cubren polivitamínicos cuando se requieran dosis terapéuticas de hierro más calcio.				
Servicios prenatales (Perfil prenatal)	Sin copago	20%		
Al crédito, en red prenatal (*) incluye laboratorio, 1 PAP, 3 ecografías y 3 dosis de vacuna antitetánica.				
Detalle perfil prenatal	1ra. consulta	19 a 22 semanas	27 a 29 semanas	32 a 35 semanas
Hemograma completo (Incluye como mínimo Numeración y fórmula leucocitaria, Hemoglobina, Hematocrito, Recuento de plaquetas)	✓	-	-	✓
Grupo sanguíneo y Factor Rh	✓	-	-	-
Glicemia basal	✓	-	✓	-
Creatinina	✓	-	-	-
VDRL ó RPR	✓	-	-	✓
ELISA VIH1-VIH2	✓	-	-	✓
Papanicolaou ¹	✓	-	-	-
Ecografía Bidimensional (tres ecografías) ²	✓	-	-	-
Examen odontológico ³	✓	-	-	-
Inmunización Antitetánica	Tres dosis hasta los 45 días post parto.			
Examen de orina ⁴	✓	Solo como intercurencia		
Urocultivo	Solo como intercurencia			
HBAgS (Antígeno Australiano)	Según criterio médico			
Coombs indirecto ⁵	Según criterio médico			
Isoinmunización Factor RH (-)	Según criterio médico			

¹ Sólo para gestantes que no se hayan realizado un PAP en el último año. ² Fecha de 2da y 3ra ecografía de acuerdo a criterio médico. ³ En prestadores de la Red Odontológica preventiva, según su póliza. ⁴ Examen de orina adicional solo en caso de intercurrentia. ⁵ Sólo para gestantes con riesgo de incompatibilidad sanguínea.		
(*) Red prenatal: Lima: Cl. San Borja, Cl. Santa Isabel, Cl. Ricardo Palma – Central, Cl. San Pablo - Central. Arequipa: CM, Galeno, Cl. Arequipa. Cajamarca: Cl. Limatambo. Chiclayo: Cl. del Pacífico. Trujillo: Cl. Sánchez Ferrer, Cl. Peruano Americana. Piura: Cl. Belén, Cl. Administradora San Miguel.		
Importante: En otros proveedores médicos afiliados de red 1 a red 6 (sólo consulta, no incluye vitaminas). Según condiciones ambulatorias de la red de proveedores afiliados.		
Programa Madre-Niño	COPAGO	COASEGURO
Sólo en proveedores indicados (*). - En Lima: Opción 1: Prenatal 7 sesiones de psicoprofilaxis, 8 sesiones de yoga prenatal, 8 sesiones de Pilates prenatal, 3 sesiones de taller postparto, 1 sesión de consultoría en lactancia materna. Opción 2: Escuela para embarazadas 7 sesiones de psicoprofilaxis, 8 sesiones de yoga prenatal, 4 sesiones de natación, 3 sesiones de taller postparto, 1 sesión de consultoría en lactancia materna. - En provincias: 7 sesiones de psicoprofilaxis.	Copago único S/. 700 Copago único S/. 400 Copago por sesión S/. 25	
(*) Proveedores: Lima: Prenatal, Escuela para embarazadas. Piura: Cl. San Miguel y C.M. Pediátrico Carita Feliz. Cajamarca: Cl. Los Fresnos y Cl. Limatambo Cajamarca. Trujillo: Cl. Peruano Americana. Arequipa: Cl. Hogar Clínica San Juan de Dios.		
Screening neonatal		
En Metabolic Test by Step One (Servicios de Salud & Asociados).	Copago único S/. 630	
Control del niño sano		
Una vez al mes durante el primer año de vida. Sólo consulta en Cl. San Borja, Cl. El Golf, Cl. Galeno (Arequipa), Cl. Belén (Piura) y Cl. Sánchez Ferrer (Trujillo).	Sin copago	Sin coaseguro
En otros proveedores médicos afiliados de red 1 a red 6 (sólo consulta). Según condiciones ambulatorias de la red de proveedores afiliados.		
Vacunas del programa ampliado de inmunización del Ministerio de Salud		
En el centro de vacunación de la Cl. Javier Prado al 100%.	Sin Copago	Sin Coaseguro

COBERTURAS ADICIONALES		
Oncología (Cáncer)	COPAGO	COASEGURO
Al 100% en el Centro Oncológico Aliada		
- Atención ambulatoria - Atención hospitalaria	Sin copago Sin copago	Sin coaseguro Sin coaseguro
Para todos los demás proveedores médicos afiliados		
- Atención ambulatoria - Atención hospitalaria	S/. 65 1 día de habitación	25% 15%
Tratamientos oncológicos cubiertos		
Quimioterapia		✓
Radioterapia		✓
Radiocirugía		✓
Cirugía oncológica		✓
Cirugía de hallazgo		✓
Segundo cáncer primario		✓
Cirugía reconstructiva por cirugía oncológica mutilante		✓
Consejería oncológica		✓
Alimentación para acompañante		✓
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria		✓
Nutrición parenteral		✓
PET Scan (2 al año)		✓
Terapia biológica: Anticuerpos monoclonales, Antiangiogénicos, Inhibidores del Proteosoma, Inhibidores de la Tirosin Kinasa, Factores estimulantes de colonia, Tratamiento con Interferón.		✓
<p>(*) Red oncológica: Lima: Centro Oncológico Aliada, Cl. San Borja, Cl. El Golf, INEN, Centro de Radioterapia de Lima, Instituto Oncológico Miraflores, Instituto Oncológico de Lima, Neomedic, Cl. Vesalio, Cl. Good Hope, Cl. Stella Maris, Cl. Javier Prado, Cl. San Pablo – Central, Cl. Ricardo Palma - Central.</p> <p>Arequipa: Cl. Hogar Clínica San Juan de Dios, Centro Especializado de Enfermedades Neoplásicas, CM Monte Carmelo, Cl. Arequipa. Chiclayo: Unidad Oncológica. Cuzco: Cl. San José, CM Pardo. Huancayo: Cl. Cayetano Heredia. Piura: Cl. Administradora San Miguel, Cl. Belén, Cl. Miraflores. Trujillo: Cl. Peruano Americana, Cl. Sánchez Ferrer.</p>		
Reconstrucción mamaria		
En caso de mastectomía radical o total por cáncer.		
Al 100% en el Centro Oncológico Aliada		
- Atención ambulatoria - Atención hospitalaria	Sin copago Sin copago	Sin coaseguro Sin coaseguro
En Cl. Javier Prado y Cl. Stella Maris		
- Atención ambulatoria - Atención hospitalaria	S/. 65 1 día de habitación	25% 15%
Segunda reconstrucción mamaria		
En caso la primera haya sido cubierta por la póliza.		
	COPAGO	COASEGURO
En Centro Oncológico Aliada	Sin copago	Sin coaseguro

Odontología		
Atenciones y consultas relativas al cuidado de la salud bucal, en centros odontológicos afiliados. Copago por pieza tratada y terminada.	S/. 30	15%
Incluye: <ul style="list-style-type: none">- Consultas: Examen clínico y odontograma- Prevención: Consulta preventiva odontológica, profilaxis, destartraje simple, aplicación de Flúor hasta los 12 años.- Cirugía bucal: Exodoncia simple.- Restauraciones directas: Obturación con amalgama simple, compuesta, compleja; obturación anterior con resina simple, compuesta y compleja; obturación posterior con resina simple, compuesta y compleja.- Rayos X: Bite wig, periapical, oclusal.- Endodoncias: Endodoncias de incisivos y caninos, premolares y molares, pulpotomía, pulpectomía.		
Oftalmología		
<ul style="list-style-type: none">- Red oftalmológica 1- Red oftalmológica 2	S/. 30 S/. 35	10% 10%
<ul style="list-style-type: none">- En proveedores médicos afiliados de red 1 a red 6	Según condiciones ambulatorias de la red de proveedores médicos afiliados	
Medición de vista en el Perú (una vez al año) <ul style="list-style-type: none">- En Lima: En redes oftalmológicas 1 y 2.- En provincias: En centros oftalmológicos	Sin copago	Sin coaseguro
Enfermedades congénitas para niños nacidos en póliza		
Límite máximo anual: S/.50,000 por persona. Para hijos recién nacidos de madres cuyo parto tenga derecho de cobertura y que hayan sido inscritos en la póliza de seguro dentro de 30 días a partir de la fecha de nacimiento.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Enfermedades congénitas no diagnosticadas		
Límite máximo de por vida: S/. 50,000 por persona. Enfermedades congénitas y de tipo genético hereditario no diagnosticadas antes de ingresar a la póliza de seguro.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Enfermedades epidémicas	COPAGO	COASEGURO
Límite máximo anual: S/. 50,000 por persona.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Osteoporosis		

Al crédito al 100%, sólo con diagnóstico de osteoporosis post menopáusica por densitometría ósea.	Sin copago	Sin coaseguro
Trasplante de Médula Ósea Aplica periodo de espera 24 meses		
Límite máximo anual de S/. 800,000 por persona. En la Cl. San Borja, la cual cuenta con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del Ministerio de Salud.	Según condiciones hospitalarias de la clínica	
Prótesis y Stent		
Límite máximo anual de S/. 17,500 por persona. Incluye prótesis internas que sean quirúrgicamente necesarias. Excluye prótesis externas y dentales.	Sin copago	Sin coaseguro
Segunda opinión médica nacional Para cirugías programadas		
Sólo consulta, previa coordinación con Pacífico	Sin copago	Sin coaseguro
Transporte por evacuación dentro del Perú		
En casos de: - Emergencia accidental o Emergencia médico-quirúrgica. En caso de que en el lugar de atención no haya resolución médica. Hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de siete asientos (vuelo nacional). Hasta S/. 5,000 por transporte. Previa coordinación y aprobación de Pacífico.	Sin copago	Sin coaseguro
- Hospitalización (sólo en provincias). Sólo para casos de hospitalización donde no haya resolución médica en el lugar de la atención. Hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos (vuelo nacional). Hasta S/. 1,500 por transporte. Previa coordinación y aprobación de Pacífico.	Sin copago	Sin coaseguro
Liberación de pago de primas para los dependientes asegurados por fallecimiento del asegurado titular	COPAGO	COASEGURO
Por un año a partir del fallecimiento siempre que la muerte sea causada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza de seguro. Cumplido el año pueden continuar con el producto pagando la prima correspondiente.	Sin copago	Sin coaseguro

Sepelio en el Perú		
Paquete PLUS hasta S/. 9,000, incluye sepultura y servicio funerario.	Sin copago	Sin coaseguro
Sepultura	Funeraria Merino	Otras Funerarias
En campo santo Huachipa		
Incluye: Monto por el fondo de conservación y mantenimiento perpetuo	✓	-
En los cementerios a elección de la familia: Campo Fe, Parque del Recuerdo, Jardines de la Paz, Jardines del Buen Retiro, entre otros.		
No incluye: Cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento.	✓	✓
Servicio funerario	Funeraria Merino	Otras Funerarias
Asistencia de director funerario	✓	✓
Ataúd	Modelo natural con adornos de bronce	Modelo natural Roma o Duco Amadeus, adornos propios, acolchado en poliseda
Capilla ardiente	Candelabros de madera, bronce o niquelado con cirios o luces, tarjetero, estampas de oración, reclinatorio, manto, alfombra, Cristo resucitado, urna para agua bendita, soportes de ataúd y porta cartel para salón velatorio.	Candelabros de bronce, iluminados o con velas naturales, tarjetero, manto especial, alfombra, Cristo resucitado posterior, soportes de ataúd.
Preparación tanatológica del fallecido	✓	✓
Salón velatorio	✓	✓
Tramitación, traslado e instalación del servicio	✓	✓
Trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal	✓	✓
Carroza de lujo	✓	✓
Carro para ofrendas florales	✓	✓
Cargadores (seis cargadores uniformados con smoking negro)	✓	✓
Obituario (2 x 1) Diario "El Comercio" de Lunes a Sábado	Necropsia de ley	Necropsia de ley
Vehículo de acompañamiento (24 pasajeros)	✓	✓

Arreglo floral (lágrima)	✓	✓
Salón velatorio (01 noche a elección no aplicable al velatorio de Jardines de la Paz - La Molina)	✓	-
Coordinaciones para el Certificado de Defunción, retiro del fallecido, contratación de salón velatorios y cementerios.	✓	-
Cremación	Funeraria Merino	Otras Funerarias
No incluye cinerario	Ni columbario	✓
Urna para cenizas	De bronce, madera y/o mármol de Carrera	De bronce, mármol travertino o madera con adornos de bronce
Horno crematorio	Hasta US\$530.00	✓
Derecho de salubridad	✓	✓
Necropsia de ley	✓	✓

PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN

Separe su cita llamando a la Central de Información y Ventas (01) 513-5000

Chequeo preventivo pediátrico y juvenil en red preventiva (*)

Una vez al año y de manera gratuita (sin copago y sin coaseguro), tus hijos dependientes tienen derecho a:

Evaluación preventiva pediátrica y juvenil	De 1 a 13 años		De 14 a 17 años	
	Lima	Provincia	Lima	Provincia
Por medicina	✓	✓	✓	✓
Por nutrición	✓	-	✓	-
Orientación psicológica y orientación vocacional (No incluye a la CI. Monte Carmelo de Arequipa, para el rango de 14 a 17 años en provincia)	-	-	✓	✓
Odontológica	✓	✓	✓	✓
Oftalmológica	✓	✓	✓	✓
Hemograma completo	✓	✓	✓	✓
Rx. Tórax (AP)	-	-	✓	✓
Ex. Parasitológico simple	✓	✓	✓	✓

Chequeo preventivo integral en red preventiva (*)

Una vez, durante el año de vigencia de tu póliza, y de manera gratuita (sin copago y sin coaseguro) tú y tus dependientes inscritos tienen derecho a una evaluación médica preventiva y a un control de riesgos según edad y sexo.

Evaluación integral	Mujeres (años)		Hombres (años)	
	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
Clínica	✓	✓	✓	✓
Odontológica	✓	✓	✓	✓
Oftalmológica	✓	✓	✓	✓
Hemograma	✓	✓	✓	✓

Glicemia	-	✓	-	✓
Colesterol total	-	✓	-	✓
Examen completo de orina	✓	✓	✓	✓
Creatinina	✓	✓	✓	✓
Electrocardiograma	-	✓	-	✓

(*) **Red preventiva: Lima:** Cl. San Borja (no para la evaluación preventiva pediátrica y juvenil), Cl. Vesalio, Cl. Limatambo San Isidro, CSP Tezza, CM Jockey Salud.

Arequipa: CM Galeno. **Chiclayo:** CM Chiclayo. **Cuzco:** CM Pardo, Max Salud. **Piura:** Cl. Belén. **Tacna:** Promedic. **Trujillo:** Cl. Sánchez Ferrer.

Evaluación oncológica	Mujeres (años)		Hombres (años)	
	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
Ex. Físico	✓	✓	✓	✓
Ginecológico	✓	✓	-	-
Papanicolau	-	✓	-	-
Mamografía 2D	-	✓	-	-
Urológico	-	-	✓	✓
PSA	-	-	-	✓
Thevenon	✓	✓	✓	✓
Lima: Aliada				

Exámenes complementarios al chequeo preventivo integral

Los siguientes chequeos médicos, complementarán su evaluación de riesgo, con tarifas preferenciales. Incluyen:

LIMA			
Exámenes	Suiza Lab	Vesalio	Control Vital
TGP (Transaminasa glutámico pirúvica)	Precio Pacífico: S/. 301.30	Precio Pacífico: S/. 879.60	Precio Pacífico: S/. 768.06
Fosfatasa alcalina			
Triglicéridos	Precio Normal: S/. 487.00	Precio Normal: S/. 1,337.60	Precio Normal: S/. 851.00
Radiografía de tórax			
Prueba de esfuerzo	Descuento: 38%	Descuento: 36%	Descuento: 10%
Endoscopia gástrica			

PROVINCIA			
Exámenes	Piura	Trujillo	Cusco
	Cl. Belén	Cl. Sánchez Ferrer	CM. Pardo
TGP (Transaminasa glutámico pirúvica)	Precio Pacífico: S/. 437.90	Precio Pacífico: S/. 431.23	Precio Pacífico: S/. 306.00
Fosfatasa alcalina			
Triglicéridos	Precio Normal: S/. 563.00	Precio Normal: S/. 687.88	Precio Normal: S/. 440.00
Radiografía de tórax			

Prueba de esfuerzo	Descuento: 22%	Descuento: 37%	Descuento: 30%
Endoscopía gástrica			
Exámenes	Arequipa		Tacna
	Suiza Lab	CM Galeno	Promedic
TGP (Transaminasa glutámico pirúvica)	Precio Pacífico: S/. 312.47	Precio Pacífico: S/. 358.00	Precio Pacífico: S/. 379.03
Fosfatasa alcalina			
Triglicéridos	Precio Normal: S/. 441.00	Precio Normal: S/. 510.00	Precio Normal: S/. 456.00
Radiografía de tórax			
Prueba de esfuerzo	Descuento: 29%	Descuento: 30%	Descuento: 17%
Endoscopía gástrica			

CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN LIMA

Las clínicas y centros médicos afiliados se agrupan en seis 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	Distrito	Dirección	Teléfono
Red 1			
Cl. Good Hope	Miraflores	Av. Malecón Balta N° 956	610-7300
Cl. El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miro Quesada N° 1030	319-1500
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Cl. Limatambo - San Juan de Lurigancho	San Juan de Lurigancho	Av. Proceres de la Independencia N° 2701	415-1600
Cl. San Juan Bautista	San Juan de Lurigancho	Av. Proceres de la Independencia N° 1764	610-4545
Cl. Santa María del Sur	San Juan de Miraflores	Av. Belisario Suárez N° 998 Zona C	466-1928
CM. San Judas Tadeo	San Miguel	Calle Manuel Raygada N° 170	219-1100
Red 2			
Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337	702-4300
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
Cl. San Jose Reaño	Callao	Av. Las Gaviotas N° 207	451-3454
Cl. Ricardo Palma Plaza Lima Sur	Chorrillos	Prolongación Paseo de la República s/n, Urb. Matellini	617-8200
Cl. Ricardo Palma Norte	Comas	Av. Túpac Amaru N° 391	525-6969
Medicina Avanzada (MedaVan)	Jesús María	Av. Gregorio Escobedo N° 560	261-1737
Cl. Montefiori	La Molina	Av. Separadora Industrial N° 380	437-5151
Cl. Materno Infantil Virgen del Rosario	Magdalena	Jr. Castilla N° 976	263-0776
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Cl. Centenario Peruano Japonesa	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 675	218-1017
CM. Medex	San Isidro	Av. República de Panamá N° 3065 - 1° y 2° piso	442-6284
Cl. Cayetano Heredia	San Martín de Porres	Av. Honorio Delgado N° 370	482-3088
Cl. San Vicente	San Martín de Porres	Av. Perú N° 3220	568-2535
Cl. San Gabriel	San Miguel	Av. La Marina N° 2965 - Urb. Maranga	614-2222
CM. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Cl. Providencia	San Miguel	Calle Carlos Gonzales 250-260	660-6000
Red 3			
Cl. Maison de Sante - Chorrillos	Chorrillos	Av. Chorrillos N° 171	619-6000
Cl. Maison de Sante - Lima	Lima	Jr. Miguel Aljovín N° 208	428-8345

Cl. Jesús del Norte	Los Olivos	Av. Carlos Yzaguirre N° 149 -153 - Panamericana Norte	613-4444
Cl. Especialidad Médicas	San Borja	Jr. Eduardo Ordoñez N° 468	225-5477
Cl. Tezza	Surco	Av. El Polo N° 570	610-5050
Red 4			
CM. Especializado Avendaño	Miraflores	Cl. Leónidas Avendaño N° 116	241-3006
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Cl. Novocardio (Centro de Investigación y Atención Cardiovascular)	San Isidro	Av. Salaverry N° 2665	628-8132
Red 5			
Cl. Internacional - Lima	Lima	Jr. Washington N° 1471	619-6161
Cl. Internacional Medicentro San Borja	San Borja	Av. Morelli Cdra. 2	619-6161 anexo 3151
Cl. Internacional Medicentro San Isidro	San Isidro	Av. Paseo de la Republica N° 3058	619-6161 anexo 4151
Cl. Internacional Medicentro El Polo	Surco	Av. La Encalada N° 960 Monterrico	619-6161 anexo 5851
Cl. Internacional - San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 385	619-6161
Cl. Santa Isabel	San Borja	Av. Guardia Civil N° 135	475-7777
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789, Urb. El Derby de Monterrico	610-3333
Red 6			
CM. British American Hospital	La Molina	Av. La Fontana N° 362	437-7782
Cl. British American Hospital	San Isidro	Calle Alfredo Salazar Cdra. 3	616-8900
CM Medikids	Surco	Av. Caminos del Inca N° 1670	275-0790
Red Pre y Post - Natal			
Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337	702-4300
Cl. Santa Isabel	San Borja	Av. Guardia Civil N° 135	475-7777
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789, Urb. El Derby de Monterrico	610-3333
Clínicas y Centros Oncológicos			
Centro Oncológico Aliada	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 1044	224-4088
Instituto Oncológico Miraflores	Miraflores	Jr. Independencia N° 1055	222-2208
Cl. Good Hope	Miraflores	Av. Malecón Balta N° 956	610-7300
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Centro de Radioterapia de Lima	San Borja	Calle 22 No. 202, Urb. Córpac	224-9310
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140 - Urb. Sto. Tomás	618-9999
Instituto Oncológico de Lima	San Borja	Calle 22 N° 202	225-7085
Neomedic	San Isidro	Av. José Galvez Barranechea N° 387 Urb, Corpac	475-0085
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000

Cl. El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miro Quesada N° 1030	319-1500
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789	610-3333
INEN Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	Surquillo	Av. Angamos Este N° 2520	201-6500
Clínicas y Centros de Reconstrucción Mamaria			
Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337	702-4300
Clínica Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Clínica Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Centros Odontológicos			
CM. Odontológico Americano (COA)	Callao	Av. Guardia Chalaca N° 1362	453-3276
CM. Odontológico Americano (COA)	La Molina	Calle Santa Sofía N° 109 - Urb. Camacho	434-2600
CM. Odontológico Americano (COA)	Lima	Jr. Camaná N° 780 - Oficina 508	427-0158
CM. Odontológico Americano (COA)	Los Olivos	Av. Antunes de Mayolo N° 1387	523-2190
CM. Odontológico Americano (COA)	Miraflores	Av. Roosevelt (Ex Republica de Panamá) N° 5806 - Urb. Aurora	447-5190
CM. Odontológico Americano (COA)	San Borja	Av. Joaquin Madrid N° 235 - 1er Piso Urb. Las Camelias	225-0809
CM. Odontológico Americano (COA)	San Isidro	Av. Juan de Arona N° 425	421-6323
CM. Odontológico Americano (COA)	San Isidro	Calle Manuel A. Fuentes N° 260	421-6323
CM. Odontológico Americano (COA)	San Juan de Miraflores	Av. Guillermo Bilinghurst N° 619 Mz G Lt 33	466-1128
CM. Odontológico Americano (COA)	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac N° 717 , 1er Piso, Urb Pando	451-5553
CM. Odontológico Americano (COA)	SJ. de Lurigancho	Calle Las Chulpas N° 296 Oficina 201-202 - Urb. Zarate	458-6472
CM. Odontológico Americano (COA)	Surco	Calle Monserrate Este N° 208 Urb. Las Gardenias	275-4687
CM. Odontológico Americano (COA)	Surquillo	Calle Las Tiendas N° 331 Dpto. 101	440-1021
CM. Odontológico Americano (COA)	Pueblo Libre	Av. Juan Pablo Fernandini 1573, Magdalena Vieja	421-6323
CM. Odontológico Americano (COA)	La Victoria	Jr. Juan Voto Bernales N° 399 Santa Catalina	471-3998
Clínicas y Centros Oftalmológicos			
Red Oftalmológica 1			
Oculaser	Lima	Av. Arenales N° 1181 Santa Beatriz	265-4833
Opeluce (Organización Peruana de Lucha contra la Ceguera)	Lince	Av. Arequipa N° 1885	472-8829
Optima Visión	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 884	447-9956

Norvisión	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 850	333-1920
Oftalmic Service	San Borja	Av. Géminis H-17 Urb. Papa Juan XXIII	225-0469
Instituto Oftalmológico Especializado Dr. Wong Cam	San Isidro	Av. Guardia Civil 554 Urb. Corpac	226-4452
	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N° 739 1er Piso	523-7777
Visual Center	San Miguel	Av. Elmer Faucett N° 132 Maranga	4521372
Mácula D&T	San Isidro	Calle Carlos Ferreyros N° 120, Oficina 301	226-3801
Arbrayss Láser	Surco	Calle Francisco Cuellar N° 253	437-1447
Omnia Visión	Surco	Jr. Intihuatana s/n (4ta. Cuadra) Urb. Tambo de Monterrico	449-2112
Instituto de Ojos Sacro Cuore (Oftalmología Integral)	Miraflores	Calle Grau N° 288	446-2332
Red Oftalmológica 2			
Instituto Peruano de la Visión	Jesús María	Jr. Mayta Cápac N° 1398	266-0659
Instituto Oftalmo Salud	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N° 552	523-7777
Oftalmica - Instituto de la Visión	San Borja	Av. San Borja Norte # 783	476-8318
Instituto Oftalmo Salud	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1142	512-1212
Confía Instituto Oftalmológico	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 356 - Corpac	475-3320
Futuro Visión	San Borja	Av. San Borja Sur N° 536	476-0319
T.G. Láser	San Isidro	Av. 2 de Mayo N° 666	410-6565
Red Chequeos Médicos Preventivos			
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140 - Urb. Sto. Tomás	618-9999
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Centro Salud Pacifico (Interior Clínica Tezza)	Surco	Av. El Polo N° 570 - Urb. El Derby de Monterrico	518-4000
Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337	702-4300
CM. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Centros de apoyo al diagnóstico			
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. Pettit Thouars N° 4443	221-1630
BRAZZINI	San Isidro	Av. Jorge Basadre N° 223	221-6161
CEREMA	San Borja	Esq. Cl. Velasquez N° 109 y Av. Javier Prado Este cdra. 27	225-0030
MEDLAB	Miraflores	Av. Andres Santa Cruz N° 361-367	203-5900
RESOMASA - Resonancia Magnética	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1178 -1180 Av. Emilio Cavenecia N° 265	212-2034
Tomografía Médica	Surco	Cl. La Conquista N° 145	610-3333
Medicina Nuclear	Surco	Av. Prolong. Benavides, 5362	619-6000
Centro de Diagnóstico PET CT Perú	Miraflores	Av. Petit Thouars N° 4340	652-3815

Centro de imágenes Mediperu	Independencia	Av. Carlos Yzaguirre 271 - 275 locales 7 y 8	711-2100
Centro de imágenes Mediperu	San Isidro	Av. Guardia Civil N° 664	711-2100
Centro de imágenes médicas	Lima	Av. Alfonso Ugarte N° 560	423-2309
Mednuclear Perú	Surco	Monte Grande N° 109 Of. 202	372-1149
Cytometric Bioservices	San Isidro	Av. Jose Galvez Barrenechea N° 387	475-0764
Funerarias			
Lima			
Funeraria Acuña	Lince	Jr. General Cordova N° 1526	471-3580
Funeraria La Molina	San Borja	Av. Javier Prado Este 2248	225-1060
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 Finisterre	Miraflores	Av. 28 de Julio N° 873	2137373
Funeraria Agustín Merino	Lince	Domingo Cueto N° 305	4710105

CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN PROVINCIA

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Red 2		
Apurímac:		
Cl. Vida y Salud (Clínica Peruana de Los Andes)	Av. Pedro Casafranca N° 182	(083) 422-466
Arequipa:		
Cl. Galeno IEM	Av. Bolognesi N° 134	(054) 60-7322
Centro Médico Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119	(054) 28-7048
García Bragagnini	Av. Trinidad Morán Mz J lote 2	(054) 27-2614
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército N° 1020	(054) 38-2400
Remasur (imágenes)	León Velarde 108 Y	(054) 25-5792
Sedimed (imágenes)	Plaza Juan Manuel Polar 103	(054) 20-0070
Fisiovida Centro de Rehabilitación	Calle Juan de Dios Salazar N° 172	(054) 28-6555
Cosultorio Dra. Rosemarie Ocola Murillo	Calle Dean Valdivia N° 371	(054) 9969124 (054) 533109
Ayacucho:		
Cl. el Nazareno	Jr. Quinua N° 428	(066) 31-4517
Cl. de la Esperanza del Hospital Regional de Ayacucho	Av. Independencia N° 355	(066) 31-7436
Cajamarca:		
Cl. Limatambo Cajamarca	Jr. Puno N° 265	(076) 36-4241
Centro Salud Pacifico Cajamarca	Calle Los Cedros N° 214	(076) 36-8473
Cardiomedic (Servicios Médicos y Cardiológicos del Norte)	Av. Mario Urteaga N° 587	(076) 34-1655
Cl. San Francisco de Asis	Jr. Miguel Grau N° 851	(076) 36-2050
Cl. Servicio de Salud Los Fresnos	Jr. Los Nogales N° 179	(076) 36-4046
Centro Salud Pacifico Cajamarca	Calle Los Cedros N° 214	(076) 368473
Cm de Alta Complejidad María Belén	Mz A G Lote 13 Urb. Horacio Zevallos	(076) 341992
Cntro Medico MEDES - Medicina de Especialidades	Calle Casuarinas N° 632	(076) 344640
Cañete:		
Cl. Campos	Av. Mariscal Benavides N° 554	581-2082
Chiclayo:		
Centro Clínico Chiclayo	Calle Manuel María Izaga N° 035	(074) 60-3030
CM. Servimedicos	Calle Manuel María Izaga 621	(074) 22-1945
Cl. Millenium (Famident)	Jr. Daniel Alcides Carrión N° 151	(074) 22-6494
Hospital Metropolitano	Cl. Conquista N° 420	(074) 25-7777
Hospital Metropolitano	Cl. Manuel María Izaga N° 154	(074) 27-2728
CM Gastrosalud	Calle Alfonso Ugarte N° 660	(074) 22-2575

Chimbote:		
Cl. Robles	Jr. Manuel Villavicencio N° 512	(043) 32-2453
Cl. San Pedro	Jr. Manuel Villavicencio N° 479- 481	(043) 32-1930
Cl. Santa Maria De Chimbote	Jr. Elias Aguirre N° 761	(043) 32-5073
Chincha:		
Cl. Daniel A. Carrión	Av. San Idelfonso N° 226	(056) 26-2667
Consultorio SOLDEVILLA	Av. Unión N° 741 Pueblo Nuevo Chincha	(056) 26-8855
Cuzco:		
Cl. Dr. Victor Paredes	Calle Lechugal N° 405	(084) 22-5265
Cl. San José	Av. Los Incas N° 1408	(084) 24-3367
Cl. Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710	(084) 24-0387
CM. Cima	Av. Pardo N° 978	(084) 255550
Clinica Mac Salud (Medicos Asociados Cusco)	Av. De La Cultura N° 1410	(084) 505554
Huacho:		
Cl. Inversiones Médicas Galeno	Av. Echenique N° 641	232-4841
Huancayo:		
Cl. Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N°745	(064) 24-7087
Cl. Santo Domingo	Av. Fco. Solano N° 274	(064) 23-4012
Cl. Ortega	Av. Daniel A. Carrión N° 1124	(064) 23-5430
Huánuco:		
Cl. Huánuco	Jr. Constitución N° 980	(062) 51-4026
Cl. Especializada Santa Lucila	Av. Ucayaly N° 637 Tingo María	(062) 561-020
Huaral:		
Policlínico Sakura	Calle Julio C. Tello N° 300	246-1768
Policlínico Nueva Esperanza	Av. Solar N° 295	246-1586
Huaraz:		
Cl. Nuestra Señora de las Mercedes	Av. Prolongación Centenario N° 502	(043) 42-1879
Policlínico FMC Medical Center Centro de Diagnostico	Jr. Federico Sal y Rosas N° 741	(043) 42-7801
Hospital de Apoyo "Victor Ramos Guardia"	Av. Luzuriaga s/n	(043) 42-7508
Cl. San Pablo	Jr. Huaylas N° 172	(043) 42-8806
Iquitos:		
Cl. Especializada Sargento Lores	Calle Sargento Lores N° 425 - 429	(065) 24-2680
Servicios Médicos Generales San Juan	Calle Ricardo Palma N° 838	(065) 60-7306
Servicios Médicos Clínica Santa Anita	Jr. Bolognesi N° 1223	(065) 26-6003
Asociacion Civil Selva Amazonica	Mza. A Lote 27	(065) 23-6277
Juliaca:		
Cl. Americana	Jr. Loreto N° 315	(051) 32-1001
Cl. Monte Sinai Juliaca	Jr. Loreto N° 343	(051) 32-1482

Junín:		
CM. El Milagro	Av. Juan Santos Atahualpa Mz. I Lt. 5	(064) 33-1279
Cl. Elera	Calle Tarma N° 194	(064) 33-1527
Moquegua:		
Servicios Médicos Múltiples Servimedco	Av. Balta N° 297 2do piso	(053) 46-3222
Policlínico Santa Catalina	Av. Simón Bolívar D27	(053) 4610-15
Pasco:		
Cl. Gonzales (Magol)	Av. Daniel A. Carrión N° 099	(063) 42-1515
Natclar	Av. El Minero Sector I	(063) 42-2886
Pisco:		
Cl. San Jorge	Calle Juan Osores N° 440	(056) 53-6100
Cl. Américas (Ecolab Perú)	Av. Las Américas N° 901	(056)-532679
Piura:		
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267	(073) 30-8030
Cl. El Chipe	Av. Fortunato Chirichigno N° 321	073) 32-9198
CM Cismedic Bayovar	Calle Leoncio Prado N° 311	(073) 37-7318
Cl. Miraflores	Cl. Las Dalias N° A-12	(073) 34-3037
Grupo Carita Feliz	Jr. Huancavelica N° 1039	(073) 32-3017
	Jr. Huancavelica N° 925	(073) 30-1636
Hospital Privado del Perú	Sector Puyuntalá Mz S-N lote 2, Caserío Simbila, (km 5 carretera a Piura)	(073) 28-5570
CM Simedic Diagnostica	Av. Grau N° 750	(073) 32-1847
CM Cismedic Bayovar	Calle Leoncio Prado N° 311	(073) 37-7318
CM Universidad de Piura	Av. Ramón Mujica N° 131	(073) 284500
Pucallpa:		
Cl. Amazónica	Jr. 28 De Julio N° 401	(061) 57-8432
Cl. Monte Horeb	Jr. Inmaculada N° 529	(061) 57-1689
Policlínico Cayetano Heredia	Jr. Zavala N° 457	(061) 57-9399
Hospital Regional de Pucallpa	Jr. Agustín Cauper N° 285	(061) 57-5209
Puno:		
Cl. Puno (Instituto Médico Especializado Puno)	Jr. Ramón Castilla N° 178	(051) 36-8835
Corporación Roca Perú	Jr. Moquegua N° 191	(051) 365909
Sullana:		
Cl. Virgen del Pilar	Cl. Bolívar N° 285	(073) 50-2278
Tacna:		
Promedic (Protección Médica)	Blondell N° 425	(052) 42-7239
Centro de Litotricia Sin Fronteras (Org. Médica y Servicios Santa Anita)	Blondell N° 355	(052) 24-2662

CM. San Pedro	Calle Arica N° 246	(052) 42-6700
Servicios Integrales de Salud Santa Ana	Calle Arica N° 151	(052)-414661
Talara:		
Centro Salud Pacifico Talara	Av. Bolognesi 167	(073) 49-8910
Centro Salud Pacifico Negritos	Av. Leoncio Prado N° 200	(073) 39-3476
Administradora Clínica Tresa	Av. "A" N° 108 - 110	(073) 38-2213
Policlínico More	Av. Angamos N° 271	(073) 38-1691
Cl. Torres	Av. "A" N° 98 - 2do Piso	(073) 38-1967
Cl. Vigo 2000	Av. "H" N° 7	(073) 38-3461
CM. Belén - El Alto	Calle Plaza de Armas s/n - El Alto	(073) 25-6466
Grupo Medico Empresarial	Av. A-2 - 2piso	(073) 38-6781
Jorge Madrid Ortiz (ginecología)	Urb. Los Pinos H-15	(073) 38-1434
Centro Médico SIMEDIC DIANGNOSTICA	Av. Grau A 112	(073) 38-3597
Tarapoto:		
Cl. Nor Oriente	Jr. Alonso de Alvarado N° 209 - 205	(042) 52-1250
CM. Clínica San Marcos (Corporación Sefijo) *	Jr. Augusto B. Leguia N°604	(042) 52-3838
Cl. San Martin (Serv. Médicos Lionel Flores E Hijos)	Jr. San Martín N° 274	(042) 52-3680
Trujillo:		
Cl. Sanchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436	(044) 28-5541
Cl. De la Mujer	Calle León XIII N° 280	(044) 20-4652
Cl. Sociedad Virgen de La Puerta	Av. M. Vera Enríquez N° 777	(044) 24-1505
Cl. San Antonio	Av. Victor Larco N° 630	(044) 20-2597
Centro de Litotripcia Trujillo	Los Rubies N° 103 Of. 101- 102	(044) 29-5715
Tumbes:		
Cl. de la Familia	Av. Tumbes Norte N° 1079	(072) 52-1251
Cl. Feijoo	Av. Mariscal Castilla N° 305	(072) 52-5341
Red 3		
Arequipa:		
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Chiclayo:		
Cl. del Pacífico	Av. Leonardo Ortiz N° 420	(074) 23-6378
Hospital de Clinicas Chiclayo	Calle Francisco Cabrera N° 611	(074) 221111
Ica:		
Cl. Señor de Luren	Av. San Martin N° 536	(056) 21-1989
CM. AndinaMed	Calle Conde de Nieva N° 317	(056) 22-9078
Pisco:		
Servicios Medicos Integrales FAMISALUD	Av. El Progreso N° 211	(056) 534281

Iquitos:		
Adventista Ana Sthal	Av. La Marina N° 285	(065) 25-2528
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153	(073) 30-9300
Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Red Pre y Post - Natal		
Arequipa:		
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Cl. Galeno IEM	Av. Bolognesi N° 134	(054) 60-7322
Cajamarca:		
Cl. Limatambo Cajamarca	Jr. Puno N° 265	(076) 36-4241
Chiclayo:		
Cl. del Pacífico	Av. Leonardo Ortiz N° 420	(074) 23-6378
Trujillo:		
Cl. Sanchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436	(044) 28-5541
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Piura:		
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267	(073) 30-8030
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153	(073) 30-9300
Clínicas y Centros Oncológicos		
Arequipa:		
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército N° 1020	(054) 38-2400
Centro Especializado en Enfermedades Neoplásicas	Av. Parra N° 211	(054) 25-7900
Centro Médico Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119	(054) 28-7048
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Chiclayo:		
Unidad Oncológica	Av. Jose Leonardo Ortiz 423	(074) 22-5437
Cuzco:		
Cl. San José	Av. Los Incas N° 1408	(084) 24-3367
Cl. Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710	(084) 24-0387
Huancayo:		
Cl. Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N°745	(064) 24-7087
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153	(073) 30-9300
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267	(073) 30-8030
Cl. Miraflores	Cl. Las Dalías N° A-12	(073) 34-3037
Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400

Cl. Sánchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436	(044) 28-5541
Centros Odontológicos		
Arequipa:		
CM. Odontológico Americano	Calle Sevilla N° 107	(054) 27-2716
	Coop.Lanificio Mza B Lote 2 Int L037- J. L . Bustamante y Rivero	(054) 42-3457
Cajamarca:		
CM. Odontológico Americano	Av. 2 de Mayo N° 360	(076) 36-9456
Chiclayo:		
CM. Odontológico Americano	Av. Manuel María Izaga N° 778	(074) 22-3877
Cuzco:		
CM. Odontológico Americano	Calle Abraham Valdelomar N° A-17	(084) 24-8124
Huancayo:		
CM. Odontológico Americano	Jr. Ancash N° 231	(064) 21-1004
Huaraz:		
CM. Odontológico Americano	Jr. San Martín N° 679	(043) 42-1746
Ica:		
CM. Odontológico Americano	Calle Domingo Elías N° 129	(056) 21-6345
Juliaca:		
CM. Odontológico Americano	Jirón Piura N° 482 - Parque Grau	(051) 32-5462
Moquegua:		
CM. Odontológico Americano	Urb. El Huayco Mz. D Lt. 1	(053) 46-3446
Piura:		
CM. Odontológico Americano	Av. Grau N° 1050	(073) 30-5820
Pucallpa:		
CM. Odontológico Americano	Jr. Atahualpa N° 139	(061) 57-3075
Puno:		
CM. Odontológico Americano	Jr. Deustua N° 754	(051) 36-6390
Tacna:		
CM. Odontológico Americano	Av. Billingham N° 358	(052) 41-6136
Tarapoto:		
CM. Odontológico Americano	Jr. Ricardo Palma N°262	(042) 52-0016
Trujillo:		
CM. Odontológico Americano	Calle Santa Ursula N° 109 Esq. Con Av. America Sur	(044) 28-6921
Tumbes:		
CM. Odontológico Americano	Calle Los Andes N° 121	(072) 52-2771
Centros Oftalmológicos		
Arequipa:		
Oftalmosalud	Av. Mariscal Benavides 307	(054) 28-7373
Huancayo:		
Clínica Oftalmológica Regional	Calle Los Alelles N° 113, 2do piso	(064) 20-1255
Talara:		

Centro Oftalmológico Talara *	Av. "B" N° 121 Pariñas	(073) 38-2563
Trujillo:		
Clínica de Ojos California	Calle Estados Unidos N° 194	(044) 29-4555
Oftalmovisión	Av. America Norte N° 2120	(044) 25-0922
CM Oftalmológico Laser	Av. Mansiche N° 844 Int. 102	(044) 20-5629
Clínicas y Centros para Chequeos Preventivos		
Arequipa:		
IMC Galeno	Av. Bolognesi N° 134	(054) 60-7322
Chiclayo:		
SANNA - Centro Clínico	Calle Manuel Maria Izaga N° 035	(074) 60-3030
Cuzco:		
Cl. Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710	(084) 24-0387
Piura:		
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267	(073) 30-8030
Tacna:		
Promedic (Protección Medica)	Blondell N° 425	(052) 42-7239
Trujillo:		
Cl. Sánchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436	(044) 28-5541
Centros de apoyo al diagnóstico		
Arequipa		
Remasur (Imágenes)	León Velarde 108	(054) 25-5792
Sedimed (Imágenes)	Plaza Juan Manuel Polar 103	(054) 20-0070
Cajamarca		
Servicios Medicos Mega - Rehabilitacion	Jr. Progreso N° 117	(076) 34-3903
Tomonorte	Av. Mario Urteagaq N° 445	(076) 36-8629
Laboratorio Labbio Dx	Jr. Puno N° 265	(076) 37-22488
	Jr. Los Nogales 130	(076) 36-7417
Trujillo		
Tomografia Computarizada	Calle Colombia 109	(044) 20-7111
Laboratorio Escalabs	Jr. Bolognesi N° 334	(044) 20-5937
Resomag Center	Av. Mansiche 795	(044) 20-7029
Funerarias		
Lima y Provincias		
Funeraria La Molina	Av. Javier Prado Este 2248 – San Borja	225-1060
Funeraria Jardines de La Paz	Av San Borja Sur 1190 4° Y 5° Piso	710-5000
Funeraria San Isidro	Av. Javier Prado N° 1516 – San Isidro	226-4444

Funeraria Finisterre	Av. 28 de Julio N° 873 – Miraflores	2137373
Funeraria Agustín Merino	Domingo Cueto N° 305 - Lince	4710105
Funerarias Arequipa		
Funeraria Julio B. Valdivia	Calle Los Ruiseñores 112	(054) 282889
Funeraria Santa María - Camposanto Parque de la Esperanza (Asociación Civil San Juan Bautista)	Av. Tahuaycani K-1	(054) 604848
Funeraria Luz de Paz - Camposanto Jardín de Arequipa (Inmobiliaria Parque de Paz SAC)	Calle Renato Morales 99	(054) 252245
Funeraria La Fé (Díaz Valdivia York Alberto)	Calle Peral 604	(054) 284561

NOTA:

1. Verifica la relación de clínicas y centros médicos afiliados antes de atenderte.
2. Sujeto a médicos del staff que trabajen bajo el sistema de seguros.
3. Las clínicas y centros médicos afiliados indicados en este encarte se encuentran sujetos a modificación.
4. En las provincias donde no se indique proveedor, se deberá coordinar con las funerarias de Lima (Funerarias La Molina, Funeraria Jardinez de la Paz, Finisterre, Agustín Merino)

SEGURO DE SALUD

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

1. Objeto del seguro
2. Evaluación de asegurabilidad
3. Personas aseguradas
4. Beneficio máximo anual por persona
5. Períodos de carencia y espera
- 6. Gastos cubiertos**
- 7. Coberturas**
- 8. Gastos no cubiertos y exclusiones**
9. Pagos a cargo del Asegurado

CONDICIONES OPERATIVAS

10. Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú
11. Relación de proveedores médicos afiliados a la compañía
12. Pago de beneficios

CONDICIONES LEGALES

13. Del contrato de seguro
14. Declaraciones
15. Avisos y comunicaciones
16. Residencia
17. Vigencia, ajuste de prima y modificaciones a la póliza
18. Observaciones a la póliza
19. Pago de la prima
20. Nulidad del contrato de seguro
21. Resolución automática del contrato
22. Terminación de la cobertura
23. Revisión de los siniestros
24. Declaración falsa y/o reticente
25. Subrogación y otros seguros
26. Prescripción liberatoria
27. Predominio de condiciones y/o cláusulas
28. Defensoría del asegurado
29. Solución de controversias
30. Reclamos por insatisfacción de los asegurados
31. Tributos
32. Glosario de Términos

INTRODUCCIÓN

De conformidad con la SOLICITUD DE SEGURO presentada por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR, con la respectiva Declaración de Salud, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, así como con los resultados de la evaluación de ASEGURABILIDAD, en los casos que corresponda; y de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y Anexos adjuntos; El Pacífico-Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada la COMPAÑÍA, conviene en asegurar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO TITULAR y en caso los tuviere, a sus DEPENDIENTE(S) inscritos(s), en la Póliza contra los riesgos de ENFERMEDAD y ACCIDENTE, con sujeción a la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

Los términos señalados a continuación en mayúsculas, se encuentran definidos en el GLOSARIO de estas CONDICIONES GENERALES.

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°

OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, la COMPAÑÍA conviene en pagar los gastos médicos que sufra el ASEGURADO a consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD, que requiera tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y hasta los límites y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Artículo 2°

EVALUACIÓN DE ASEGURABILIDAD

La COMPAÑÍA define, para fines de ASEGURABILIDAD, las políticas y los procesos de SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD y emisión de la PÓLIZA, teniendo como documento base la Declaración de Salud incluida en la Solicitud de Seguro firmada por el Contratante, cuya veracidad y exactitud exigen la manifestación más completa de sus antecedentes, síntomas, dolencias, enfermedades y tratamientos, así como también los de sus DEPENDIENTES, lo cual es importante para la estimación del riesgo y es base para la celebración del contrato.

El ASEGURADO y sus DEPENDIENTES de ser el caso, debieron haber suministrado toda la información requerida por la COMPAÑÍA sobre su estado de salud, antes de la emisión de esta Póliza; y asimismo, autorizaron a los profesionales o instituciones donde hayan sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

Si el ASEGURADO ha pasado por una evaluación de ASEGURABILIDAD a requerimiento de la COMPAÑÍA antes de la emisión de la Póliza, toda la información obtenida pasará a formar parte del archivo personal de salud del propuesto ASEGURADO.

Artículo 3°**PERSONAS ASEGURADAS**

Esta PÓLIZA cubre al ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la PÓLIZA, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con tal de que residan en el Perú, gocen de buena salud al momento de su inclusión en la PÓLIZA y en el caso de los DEPENDIENTES además convivan con o dependan económicamente del ASEGURADO TITULAR, siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

La edad límite de ingreso a la cobertura de la PÓLIZA para el ASEGURADO TITULAR y su cónyuge o conviviente registrado como DEPENDIENTE, se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA.

La edad límite de ingreso y la edad límite de permanencia bajo la cobertura de la Póliza para los hijos registrados como DEPENDIENTES se establecerán en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, pudiendo luego continuar asegurados bajo una Póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro, con las mismas condiciones, pagando la prima correspondiente al rango de edad según tarifa vigente a la fecha de la contratación de la nueva PÓLIZA.

El hijo cuyo nacimiento haya ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y cuyo PARTO tenga derecho de cobertura, podrá ser incluido en el seguro desde el primer día de nacido, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendarios posteriores al nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia. Los hijos adoptados y los hijos del(la) cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR podrán ser incluidos en el seguro desde el primer día en que adquieran la condición jurídica como tales, siempre que se presente a la COMPAÑÍA la SOLICITUD DEL SEGURO dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a ello.

Asimismo, el/la cónyuge o conviviente al(a) que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, sólo podrá ser incluido(a) en el seguro desde el primer día de haber adquirido el estado civil o derecho legal correspondiente, siempre que se presente la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los 30 días calendario posteriores al mismo. Para certificar la adquisición del derecho legal de conviviente se deberá presentar a la COMPAÑÍA la certificación oficial correspondiente.

Artículo 4°**BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA**

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

El BENEFICIO MÁXIMO ANUAL contratado aplica independientemente para cada ASEGURADO y es consumido según las atenciones médicas cubiertas y pagadas de cada uno de ellos. En caso de consumir totalmente el BENEFICIO MÁXIMO ANUAL no se procederá a su rehabilitación, hasta la siguiente vigencia del seguro, siempre que la póliza haya sido renovada y pagada la prima correspondiente.

Artículo 5°**PERÍODOS DE CARENIA Y ESPERA****a) Período de Carencia**

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

Las condiciones de salud que se presenten dentro de este periodo serán consideradas PREEXISTENCIAS para todos los efectos durante la vigencia de la Póliza siendo susceptibles de excluirse formalmente de la cobertura a través del endoso correspondiente.

Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las atenciones en los casos de las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS siguientes: apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio. Estas excepciones no serán de aplicación en los casos en que las enfermedades mencionadas en este párrafo se identifiquen como enfermedades.

b) Periodo de Espera

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

Sólo están exceptuados del periodo de espera las emergencias accidentales y las atenciones en los casos de las siguientes enfermedades agudas: apendicitis, enfermedad cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio. Estas excepciones no serán de aplicación en los casos en los que las enfermedades mencionadas en este párrafo se identifiquen como enfermedades preexistentes.

Se establecen diferentes períodos de espera para recibir la cobertura de consultas médicas, exámenes de ayuda diagnóstica, tratamientos, cirugías, medicamentos y/o insumos indicados o relacionados con exámenes de ayuda diagnóstica o de descarte, procedimientos o afecciones de órganos abajo detallados, siempre y cuando no sean preexistentes, en cuyo caso no serán materia de cobertura.

Durante el periodo de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta Póliza.

El período de espera para las enfermedades y procedimientos detallados a continuación es el siguiente:

1. Para toda condición de gestación o EMBARAZO, incluyendo las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO así como las del PARTO y del

PUERPERIO, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES.

2. En relación con un TRASPLANTE, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES.

- a) Si la indicación del trasplante fue realizada por primera vez, durante el período de 60 días calendarios consecutivos, contados a partir de la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza.
- b) Si el trasplante y/o su indicación fue realizado dentro de los 24 meses precedentes a la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza.

3. En relación con las siguientes enfermedades y sus consecuencias el período de espera es de 10 meses será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES:

1. Enfermedades del útero y/o anexos.
2. Quistes y prolapsos génito urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
3. Enfermedades de la mama (con excepción de cáncer de mama el mismo que iniciará luego de terminado el período de carencia).
4. Hernias de cualquier clase.
5. Enfermedades de columna vertebral: hernia de núcleo pulposo, escoliosis, Espondilolistesis.
6. Hemorroides.
7. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar.
8. Cirrosis hepática.
9. Litiasis del sistema urinario.
10. Adenoma de próstata.
11. Catarata, glaucoma.
12. Enfermedades tiroideas.
13. Enfermedad cerebrovascular (con excepción del accidente cerebro vascular).
14. ENFERMEDAD cardiovascular incluida la dislipidemia (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable).
15. Hipertensión arterial.
16. Asma.
17. Diabetes Mellitus.
18. Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
19. Procedimiento de Artroscopía.
20. Procedimiento de Litotricia.
21. Hiperhidrosis.
22. Polisomnografía.

El período de Espera y las excepciones indicadas aplican solamente a enfermedades que no sean preexistentes.

Artículo 6°

GASTOS CUBIERTOS

Esta Póliza cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD, condición médica o ACCIDENTE bajo cobertura,

sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, en el Perú, hasta el límite del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** por **ASEGURADO**, según los **COPAGOS** y **COASEGUROS** establecidos en la **TABLA DE BENEFICIOS** inserta en las **CONDICIONES PARTICULARES** para cada una de las coberturas y después de haberse alcanzado el **DEDUCIBLE ANUAL** en el caso que el Plan de Seguro contratado por cada **ASEGURADO** contemple dicho deducible. También están incluidos bajo este seguro, las coberturas, según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

A tales efectos el **ASEGURADO** deberá hacer uso del servicio de atención al crédito para los casos de atención médica hospitalaria y/o ambulatoria, así como para las coberturas, exclusivamente en las redes de **PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS** para estos servicios en las condiciones que se indican en la **TABLA DE BENEFICIOS** inserta en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la Póliza.

a) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:

- Habitación individual o bipersonal.
- Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.
- Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.
- Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el **DIAGNÓSTICO** y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.
- Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado.
- Yeso acrílico. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.
- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) donante(s), incluyendo los exámenes de compatibilidad sanguínea y los exámenes de descarte de enfermedades infecciosas de transmisión por hemoderivados de las unidades utilizadas.

b) GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

- Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
- Todos los medicamentos, exámenes de ayuda al **DIAGNÓSTICO** y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible, para un adecuado **DIAGNÓSTICO** y tratamiento.
- En caso de una **CIRUGÍA AMBULATORIA** se cubrirá bajo condiciones de una atención hospitalaria.

Artículo 7°

COBERTURAS

En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL** 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 y siempre que se haya consumido el **DEDUCIBLE ANUAL**, en el caso que el plan de seguro del **ASEGURADO** contemple dicho deducible.

a. **ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS:**

Este seguro cubre los gastos por enfermedades oncológicas de acuerdo con las **CONDICIONES GENERALES** y las señaladas en la **TABLA DE BENEFICIOS**. Para la aprobación de la cobertura resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:

1. Que tanto el tratamiento de Quimioterapia como la(s) droga(s) oncológica(s) prescrita(s) haya(n) concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir, que demuestre su eficacia en el tratamiento oncológico) y se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso (categorías 1 o 2A) de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
2. Que los procedimientos oncológicos (cirugía oncológica, radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren dentro de los protocolos establecidos por la NCCN, según las categorías 1 o 2A.

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

En el caso de un cáncer de mama que involucre una Mastectomía Radical o Total, se incluye la cobertura de la **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA** como parte del tratamiento integral de dicho cáncer. Dicha cobertura aplica solamente para tratamientos en el Perú según la red de proveedores establecida para dicho fin y que se encuentra precisada en la **TABLA DE BENEFICIOS** de la Póliza.

Se reconocerá la **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA** una sola vez por mama, sólo en el Perú, independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama, aún cuando ésta haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Se reconocerán las complicaciones de la **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA** que ocurran dentro de las 3 semanas posteriores de realizada cada fase de la reconstrucción, la cual no podrá tener una duración mayor a un año. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezones.

Una vez activado el beneficio oncológico la **COMPAÑÍA**, luego de haber recibido el Informe Anatómico Patológico Histológico positivo para Cáncer, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica (UCO) para tener una reunión de orientación, en las instalaciones de *Aliada Contra el cancer*, ubicado en Av. José Gálvez Barrenechea 1044, San Isidro.

b. **TRASPLANTE DE MÉDULA AUTÓLOGA:**

El ASEGURADO deberá notificar a la **COMPAÑÍA** cuando se determine la necesidad de realizar un TRASPLANTE. Ningún beneficio será pagadero por servicios relacionados a un procedimiento de TRASPLANTE que no haya sido previamente aprobado por la **COMPAÑÍA**.

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

1. Se otorgará luego del período de carencia y de espera señalados en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza.
2. En el Perú se otorgará sólo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y TRASPLANTE) del MINSA o de la entidad oficial encargada.
3. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.
4. En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para TRASPLANTE de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.
5. El número de trasplantes está limitado al monto de la cobertura que tiene este beneficio señalado en la Tabla de Beneficios. Los beneficios para la repetición de trasplante de médula (trasplante realizado por segunda vez debido al fracaso de un trasplante inicial), solo serán pagaderos si la COMPAÑÍA lo aprueba como médicamente necesario.
6. Las exclusiones que tiene esta cobertura, adicionales a las establecidas en esta Póliza, por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, son:
 - a) Aquellas condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un TRASPLANTE que no sea el de médula o que no haya sido previamente aprobado por la COMPAÑÍA.
 - b) Los TRASPLANTES considerados como experimentales.
 - c) Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes. Los equipos y servicios requeridos para trasplante de la médula del donante y del receptor.

c. **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:**

Este seguro cubre el valor de las PRÓTESIS internas que sean quirúrgicamente necesarias, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. No se cubren PRÓTESIS externas salvo las dentales en caso de una EMERGENCIA ACCIDENTAL.

d. **ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO EN PÓLIZA:**

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o adquiridos al nacer, así como aquellos de tipo genético hereditario, de los hijos del ASEGURADO recién nacidos de madres cuyo PARTO tenga derecho de cobertura por esta Póliza y que hayan sido inscritos en ésta dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de nacimiento.

Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

e. **ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS:**

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas no diagnosticadas así como aquellas de tipo genético hereditario, no diagnosticadas antes de ingresar a la Póliza. Los gastos cubiertos serán

considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

f. OFTALMOLOGÍA:

Las enfermedades o cirugías de los ojos serán cubiertas como ambulatorio u hospitalario según corresponda y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

g. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS:

Están cubiertas según la modalidad de atención, sea hospitalario o ambulatorio, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

No se cubren las epidemias que se encuentren bajo el control del Ministerio de Salud o de alguna otra entidad gubernamental.

h. CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS:

Están cubiertos por una vez al año, por ASEGURADO, chequeos médicos preventivos en los centros médicos a nivel nacional señalados en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza, y bajo las condiciones ahí establecidas para su atención.

i. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA:

Siempre que el manejo de la EMERGENCIA ACCIDENTAL sea de manera exclusivamente ambulatoria y sea atendida dentro de un plazo máximo de 24 horas de ocurrida, los gastos serán cubiertos sin aplicación de COPAGO ni COASEGURO, y hasta la rehabilitación del paciente, por un período máximo de 60 días calendarios. Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, los mismos que serán afectos al COPAGO y COASEGURO correspondiente.

Será considerado EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, en caso que, a consecuencia del ACCIDENTE, se requiera hospitalización o CIRUGÍA AMBULATORIA. En esta situación la emergencia será reconocida como atención hospitalaria o atención ambulatoria según corresponda, de acuerdo a lo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, desde el primer día de la atención.

j. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DENTRO DE TERRITORIO NACIONAL:

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, la COMPAÑÍA 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 la COMPAÑÍA 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 según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. Previa coordinación y aprobación de la COMPAÑÍA.
- 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 la COMPAÑÍA, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS. Se cubre según lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. Previa coordinación y aprobación de la COMPAÑÍA.

k. 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.

l. PROGRAMA DE MATERNIDAD

Se cubren los gastos del ASEGURADO TITULAR, cónyuge o conviviente bajo la presente Póliza por los servicios indicados y hasta los límites establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza a consecuencia del EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO y las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. Es condición indispensable para tener derecho a este beneficio haber transcurrido el periodo de espera indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

La póliza cubre los servicios pre y post natales, el programa madre - niño y el PARTO de acuerdo con las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. Los beneficios se aplican para cada EMBARAZO cubierto por esta Póliza.

No gozan de los beneficios otorgados por el programa de maternidad, las hijas aseguradas como DEPENDIENTES.

Este beneficio cubre los gastos por aborto y/o amenaza de aborto y/o amenaza de parto pre-término y el parto, sea vaginal o por cesárea, las

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO y los gastos de atención inmediata del recién nacido normal sin complicaciones (pediatra en sala de PARTOS o sala de operaciones, sala de bebés de recién nacido normal, exámenes de laboratorio: grupo y factor, hematocrito, glucosa) hasta los límites especificados en la TABLA DE BENEFICIOS.

Se considera aborto y/o amenaza de aborto el producido hasta la semana veinte (20) de gestación. A partir de la semana veintiuno (21), se considerará como una amenaza de PARTO pre-término.

m. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA NACIONAL (para cirugías programadas)**

Se brinda la oportunidad de reevaluar la necesidad de una cirugía propuesta por el médico del ASEGURADO. Para ello la COMPAÑÍA presentará una terna de médicos especialistas para que el ASEGURADO elija a uno de ellos. Este beneficio aplica a cirugías programadas (electivas) en pacientes ambulatorios.

Sólo se cubre la consulta, no se cubren los exámenes auxiliares ni tratamientos adicionales que el médico evaluador pudiera sugerir; tampoco el viaje del paciente ni de sus familiares.

n. **LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR**

Se otorga cobertura de un año de seguro sin pago de prima, a partir de la fecha del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, siempre que la muerte sea causada por una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por la Póliza.

Se mantendrán asegurados los DEPENDIENTES inscritos bajo la misma Póliza en que se encontraba cubierto el ASEGURADO TITULAR fallecido.

Cumplido el año, tanto el/la cónyuge o conviviente ASEGURADO(a) así como sus DEPENDIENTES, podrán continuar con la cobertura bajo las mismas condiciones que tenían, si así lo desean, en calidad de ASEGURADO TITULAR y DEPENDIENTES respectivamente, pagando las primas correspondientes.

o. **ODONTOLOGÍA**

Esta cobertura comprende la consulta diagnóstica, radiografías, extracción simple, restauración directa (curación) y endodoncias, en los proveedores médicos y bajo las CONDICIONES PARTICULARES especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

p. **CENTROSALUD**

Servicio de atención médica ambulatoria programada en consultorios de la COMPAÑÍA ubicados en la Clínica Tezza, atendidos por médicos en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Gineco Obstetricia, para lo cual el ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.

q. **CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD**

Programa de atención médica ambulatoria especialmente diseñado para el manejo, prevención y control de ASEGURADOS que durante la vigencia de la Póliza, se les diagnostiquen las siguientes ENFERMEDADES CRÓNICAS:

Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus II y Dislipidemia a cargo de especialistas en Cardiología, Neumología y Endocrinología según corresponda. La cobertura se inicia luego de realizada la primera consulta en el CENTROSALUD o en la Clínica San Borja, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.

El ingreso al programa estará sujeto a la evaluación médica y aceptación de la COMPAÑÍA.

r. **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.

Artículo 8°

GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

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

- a) *PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por la COMPAÑÍA u otra registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la presente Póliza.*
- b) *Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles.*
- c) *MEDICINA ALTERNATIVA y/o Complementaria.*
- d) *Cuidados particulares de enfermería.*
- e) *Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.*
- f) *Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell), salvo que se requiera para TRASPLANTE de médula ósea.*
- g) *En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.*
- h) *Medicamentos, productos, tratamientos y otros precisados a continuación:*
 - 1. *Todo medicamento, equipo, dispositivo, IMPLANTE, procedimiento o insumo médico utilizado o de reciente implementación que no haya sido aprobado por la F.D.A. (Administración de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos de América) para el DIAGNÓSTICO correspondiente.*

2. **Los que no se consideren *MÉDICAMENTE NECESARIOS* y no cuenten con el sustento médico según la *MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA* con ensayos clínicos de fase III concluidos y con beneficio demostrado en los casos que aplique.**
3. **Medicamentos, equipo, dispositivo, implante, procedimiento o insumo médico aprobados por la F.D.A, pero prescritos para enfermedades diferentes para los que fueron aprobados (excepto en casos de cáncer).**
4. **Medicamentos, equipo, dispositivo, implante, procedimiento o insumo médico que aun cuando hayan sido aprobados por la F.D.A, se encuentren señalados expresamente en este artículo como excluido.**
5. **Medicamentos utilizados con fines placebo.**
6. **Recursos terapéuticos naturales (uña de gato, muérdago, etc.), cualquiera sea su forma de presentación.**
7. **Tratamientos o procedimientos experimentales.**
8. **Para cáncer tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A en la “Clinical Practice Guidelines in Oncology” (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de los Estados Unidos de América, correspondiente al año en que se solicite la cobertura. Para mayor información acceder a www.nccn.org.**
9. **Productos de higiene personal. Productos COSMÉTICOS, y bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.**
10. **Medicamentos para tratamiento de la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.**
11. **Psicofármacos: ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes y nootrópicos, anfetamínicos, derivados y afines cuando se indiquen para enfermedades de la esfera mental (psicológicas o psiquiátricas), así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención (incluido autismo) y del aprendizaje. Curas de reposo o de sueño.**
12. **Medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o SÍNDROME de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus consecuencias o complicaciones infecciosas, degenerativas o neoplásicas. Para estas enfermedades se concede una cobertura limitada, según se indica en las Coberturas dentro de la TABLA DE BENEFICIOS.**
13. **Vitaminas, minerales y suplementos alimenticios (excepto los utilizados para el ASEGURADO hospitalizado), complementos nutricionales, productos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales.**
14. **Medicamentos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria (excepto Palivizumab, aspirina, warfarina, clopidogrel, heparinas, metformin, montelukast en asma, profilácticos para migraña, anticoagulantes en cirugía ortopédica de cadera y rodilla y antibióticos preoperatorios, los cuales sí se cubrirán).**
15. **Inmunoestimulantes o terapia biológica preventiva. Vacunas, excepto: vacuna indicada por isoimmunización materno-fetal y vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica.**

16. **Medicamentos ni exámenes para el diagnóstico y tratamiento de osteopenia.**
 17. **Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.**
 18. **Plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.**
 19. **PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.**
 20. **Dispositivos o IMPLANTES médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: IMPLANTE coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales si se cubrirán.**
 21. **Equipos mecánicos o electrónicos de uso extrahospitalario y con fines DIAGNÓSTICOS o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, glucómetro y muletas.**
- i) **Estudios o procedimientos DIAGNÓSTICOS o terapéuticos, tratamientos (médicos o quirúrgicos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:**
1. **Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas congénitas del recién nacido en póliza y de enfermedades congénitas no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.**
 2. **Trasplante de órganos excepto el trasplante de médula ósea.**
 3. **Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diástasis de los músculos rectos abdominales.**
 4. **Ginecomastia y Gigantomastia.**
 5. **Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por Cáncer de Mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta Póliza, para la cobertura Oncológica o en los casos de ACCIDENTES cubiertos por la Póliza, debidamente reportados a la COMPAÑÍA.**
 6. **Vasectomía y Bloqueo Tubario.**
 7. **Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales, así como gastos de maternidad y del recién nacido (prematuridad y enfermedades congénitas) en aquellos casos en que el EMBARAZO sea consecuencia de los procedimientos de fertilización indicados en esta exclusión o procedimientos similares cuyo fin es la concepción.**
 8. **Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.**
 9. **Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de PRÓTESIS.**
 10. **Tratamiento de alopecia androgénica.**

11. **Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.**
12. **Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.**
13. **Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por un profesional de la salud en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda. En caso de ACCIDENTE vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo.**

Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda o, cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE.

Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.
14. **Disfunción eréctil y trastorno de la libido.**
15. **Cirugía odontológica, enfermedad periodontal, ortodoncia, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética, cirugía bucal (exodoncia impactada, apicectomía y similares), PRÓTESIS dentales, IMPLANTES dentales y todo lo relacionado a ellos, salvo las atenciones indicadas en el artículo de Beneficios y Gastos Cubiertos como "Gastos Odontológicos".**
16. **Problemas de la mandíbula incluyendo el SÍNDROME témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.**
17. **Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.**
18. **Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de actividades, competencias o deportes peligrosos. La siguiente relación es nominativa no excluyente: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puenting, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o cualquier deporte practicado de manera profesional.**
19. **Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.**
20. **Tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto e intraoculares multifocales.**

21. *Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana, así como controles de enfermedades no cubiertas por esta póliza.*
22. *Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.*
23. *Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.*
24. *Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.*
25. *Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a DIAGNÓSTICOS o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.*
26. *Procedimientos de criopreservación o criogenéticos.*
27. *Gastos incurridos para el cuidado y asistencia de personas con discapacidad.*
28. *Tratamiento o gastos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados, para el lugar de atención.*
29. *Tratamientos que no se consideren MÉDICAMENTE NECESARIOS.*
30. *Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas)*
31. *Pruebas diagnósticas no certificadas y tratamientos desensibilizantes para alergias.*
32. *Tratamiento con hormona de crecimiento, o cualquier otro tratamiento cuya finalidad sea la de estimular el crecimiento.*
33. *Dispositivos para columna: separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Coflex F, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o neulolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.*
34. *Enfermedades epidémicas que se encuentren bajo el control del Ministerio de Salud o de cualquier otra entidad gubernamental.*
35. *Viscosuplementación para patologías articulares, excepto en osteoartritis tibiofemoral leve o moderada de rodilla (escala Kelgren I y II). No se cubre en condromalacia patelar.*
36. *Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiotomografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiente.*

Si un SINIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido cubierto por error, la COMPAÑÍA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho SINIESTRO a partir de la fecha de identificación del error.

Artículo 9°

PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO (COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL)

Para todo gasto cubierto incurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE amparados por la póliza, así como en el caso de las coberturas cubiertas por la Póliza, el ASEGURADO tendrá como obligación el pago del DEDUCIBLE ANUAL, en el caso de que su Plan de Seguro contemple dicho deducible, y de los COPAGOS y COASEGUROS establecidos para cada una de las coberturas, según se especifican en la TABLA DE

BENEFICIOS de la póliza. Las definiciones de COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL, se encuentran señaladas en el GLOSARIO de la Póliza.

Asimismo, el ASEGURADO tendrá como obligación pagar los gastos no cubiertos por la Póliza.

Los montos que así se determinen por concepto del DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO y COASEGURO, así como los gastos no cubiertos, representan la participación total del ASEGURADO en el gasto.

En caso de EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria no se aplicará COPAGO y COASEGURO, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos en las CONDICIONES GENERALES, sujeto a las CONDICIONES PARTICULARES, Especiales, Endosos y anexos adjuntos.

La aplicación del DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO, COASEGURO y los límites específicos de cobertura establecidos en la póliza seguirán el siguiente orden:

1. Se sumarán todos los gastos facturados.
2. Se restarán todos los gastos no cubiertos (incluyendo montos en exceso de los límites establecidos en el Tarifario Pacífico, en caso de que éste se aplique, y gastos en exceso del GASTOS USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO).
3. Se aplicará el DEDUCIBLE ANUAL que corresponde.
4. Se aplicará el COPAGO que corresponde.
5. Se aplicará el COASEGURO que corresponde.
6. Del resultado, se restará cualquier monto en exceso de límites específicos establecidos en la póliza.

El DEDUCIBLE ANUAL debe consumirse en cada vigencia de la Póliza por cada ASEGURADO y por cada uno de su(s) DEPENDIENTES.

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 10º

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que su Plan de Seguro contemple dicho deducible, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

1. 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 la COMPAÑÍA, 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:

a) ATENCIÓN AMBULATORIA

Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de la Compañía su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado se pondrá en contacto con la Compañía 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 según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES.

b. ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA

En caso de requerir el ASEGURADO una atención hospitalaria y/o quirúrgica, la COMPAÑÍA otorgará una carta de garantía a solicitud de los proveedores médicos afiliados a la red de la COMPAÑÍA. Para proceder con esta atención el proveedor deberá solicitar la carta de garantía a la COMPAÑÍA con un mínimo de tres días útiles antes de su utilización, salvo en casos de emergencia.

Una vez aprobada la carta de garantía, el proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta. La Carta de Garantía es la autorización escrita que la COMPAÑÍA otorga al proveedor médico de la red 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 y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

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

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

c. ATENCION EN CENTROSALUD

El ASEGURADO deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita médica.

d. CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD

La cobertura se inicia luego de realizada la primera consulta en el CENTROSALUD o en la Clínica San Borja, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.

El ingreso al programa estará sujeto a la evaluación médica y aceptación de la COMPAÑÍA.

e. 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.

Artículo 11º

RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A LA COMPAÑÍA

La relación de los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a la COMPAÑÍA se muestra en un Anexo de la PÓLIZA DE SEGURO.

La COMPAÑÍA podrá modificar la relación de los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a efectos de preservar el derecho de los asegurados a acceder a un servicio de salud de calidad, o cuando por razones comerciales termine la relación contractual con el proveedor médico; lo cual podrá realizarse en cada renovación de la Póliza o durante la vigencia de la Póliza cuando la terminación del vínculo con el proveedor obedezca a razones objetivas y ajenas a la voluntad de la COMPAÑÍA. En caso que esto suceda y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en el centro médico bajo las mismas condiciones que tenía hasta el alta del ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, la COMPAÑÍA orientará al ASEGURADO sobre otras alternativas de atención (en caso de que el ASEGURADO lo solicite).

Artículo 12º

PAGO DE BENEFICIOS

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos efectuados sólo y únicamente a través del sistema de atención al Crédito. Esta Póliza no cubre el reembolso de gastos médicos.

- ATENCION AL CREDITO

LA COMPAÑÍA, previa emisión de la carta de garantía correspondiente a los proveedores de la Red, reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria, que se efectúen 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 en el Perú, salvo cuando se haya contratado el DEDUCIBLE ANUAL, en cuyo caso, éste deberá ser asumido primero directamente por el ASEGURADO y de acuerdo con el procedimiento establecido en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una hospitalización se efectuaran 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, así como de los importes por gastos no cubiertos.

CONDICIONES LEGALES

Artículo 13º

DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual la COMPAÑÍA se obliga mediante el pago de la prima, a indemnizar al ASEGURADO o a su BENEFICIARIO, según corresponda, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. Es parte del Contrato de Seguro, las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, Especiales, Cláusulas adicionales, Endosos, Anexos así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro.

La presente Póliza se emite de acuerdo con las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES y Especiales que hubieren, teniendo como base la SOLICITUD DE SEGURO y la Declaración de Salud efectuada por el ASEGURADO y/o su representante, y las declaraciones adicionales que le sean requeridas para la debida evaluación del riesgo, todas las cuales se consideran parte de la misma, de tal forma que cualquier omisión, inexactitud, ocultación o falsedad en la información proporcionada dará lugar a la nulidad del Contrato de Seguro, quedando la COMPAÑÍA relevada de cualquier pago o indemnización y con derecho a retener la prima cobrada.

El ASEGURADO facilitará a la COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de, en su caso, verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración de Salud realizada, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico u hospital, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica en caso se requiera, liberándolos del secreto profesional correspondiente.

La cobertura de la Póliza está sujeta a que la COMPAÑÍA haya aprobado la SOLICITUD DEL SEGURO y el ASEGURADO haya cumplido con pagar la prima en la forma establecida o haber celebrado el convenio de pago respectivo.

Artículo 14º

DECLARACIONES

La Solicitud de Seguro, y la Póliza, y sus eventuales endosos, firmados por el ASEGURADO y los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, respectivamente, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

El ASEGURADO debe devolver a la COMPAÑÍA una copia de la Póliza debidamente firmada.

El ASEGURADO declara que, antes de la emisión de la Póliza, ha tomado pleno conocimiento de todas las CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES, Cláusulas Adicionales y Condiciones Especiales y Anexos que hubieren, a cuyas estipulaciones queda sujeto el Contrato de Seguros, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 380° del Código de Comercio.

Artículo 15°

AVISOS Y COMUNICACIONES

Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes CONTRATANTES deberán ser formulados por escrito.

El CORREDOR DE SEGUROS, en su caso, representa al ASEGURADO. La carta de nombramiento que el ASEGURADO extiende a un corredor de seguro, faculta a éste para realizar actos administrativos de representación, más no de disposición.

Artículo 16°

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 TITULAR y los DEPENDIENTES residan en el Perú.

Artículo 17°

VIGENCIA, AJUSTE DE PRIMA Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

La Póliza tendrá vigencia anual pero la COMPAÑÍA cada año otorgará la cobertura al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, siempre y cuando acepte los nuevos términos y condiciones del contrato que cada año podrá establecer la COMPAÑÍA, incluyendo el aumento de primas, COPAGOS, COASEGUROS, y del DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el Plan de Seguro contratado contemple dicho deducible, así como el cambio del TARIFARIO PACÍFICO. El cambio de las primas, COPAGOS, COASEGUROS, DEL DEDUCIBLE ANUAL de haberse contratado y el cambio del TARIFARIO PACÍFICO se realizarán cuando los resultados del programa lo requieran. La edad alcanzada en cada emisión de Póliza determinará el rango para el cálculo de las nuevas primas y los términos de las condiciones.

Treinta (30) días antes del vencimiento de cada vigencia, la COMPAÑÍA enviará al ASEGURADO TITULAR la Póliza con los términos y condiciones que regirán en el año siguiente, salvo que el ASEGURADO TITULAR haya comunicado previamente a la COMPAÑÍA, su voluntad de no continuar con el contrato.

El ASEGURADO TITULAR tendrá un plazo de 15 días calendarios contados desde la recepción de la nueva Póliza, para comunicar la aceptación de los nuevos términos y/o condiciones propuestos. Transcurrido dicho plazo sin que el ASEGURADO TITULAR haya expresado por cualquier medio escrito su rechazo a los nuevos términos y condiciones propuestos, se entenderá que ha aceptado la Póliza, con la prima y las nuevas CONDICIONES GENERALES o particulares en ella establecidas.

En el supuesto que el ASEGURADO exprese su rechazo y no haya acuerdo con la COMPAÑÍA en un plazo máximo de quince (15) días calendario, la COMPAÑÍA podrá dar por resuelta la Póliza y en consecuencia terminará la cobertura que otorga esta Póliza. Mientras las partes contratantes no se pongan de acuerdo en los términos de la Póliza, la cobertura quedará suspendida.

La devolución de la Póliza firmada o el pago de la nueva prima por parte del ASEGURADO TITULAR son actos que ratifican la aceptación a los cambios realizados por la COMPAÑÍA.

En el caso que el ASEGURADO TITULAR no acepte los nuevos términos y condiciones de la Póliza se entenderá que no ha continuado la cobertura y que ésta terminó automáticamente al término del plazo fijado en la Póliza que fenece.

Queda establecido que los plazos de espera y de carencia se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. Asimismo no será necesario que se presente una nueva declaración de salud. Ambas concesiones se darán en tanto exista relación de continuidad.

No existe obligación de emitir una nueva Póliza y/o la cobertura no se considerará otorgada en los casos de falta de pago de primas, o cuando haya declaración falsa y/o reticente al contratar la primera Póliza, o cuando exista reclamación fraudulenta, de acuerdo a lo dispuesto en este condicionado, durante la vigencia de cualesquiera de las pólizas que se suscriban.

Artículo 18º

OBSERVACIONES A LA PÓLIZA

El ASEGURADO TITULAR podrá observar los términos y condiciones establecidos en la Póliza, debiendo solicitar por escrito su rectificación, dentro de los quince (15) días útiles posteriores a su recepción.

La Solicitud de Rectificación se entenderá como una propuesta de modificación del contrato (contraoferta) y no obliga a la COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al ASEGURADO TITULAR, en un plazo de quince (15) días útiles de recibida la Solicitud de Rectificación, su decisión de aceptar o no las modificaciones solicitadas. La falta de respuesta en ese plazo por parte de la COMPAÑÍA se entenderá como una respuesta negativa a lo solicitado. El ASEGURADO TITULAR, luego de los quince (15) días útiles antes indicado tendrán un plazo de cinco (5) días útiles para aceptar o rechazar la Póliza, vencido dicho plazo sin su pronunciamiento se tendrá por aceptada la Póliza en los términos en que fue emitida originalmente.

Artículo 19º

PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los contratos de seguros, la Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

- a) El pago de la prima debe efectuarse al contado o se fracciona en cuotas y debe realizarse en la(s) fecha(s) y forma establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza y/o en el Convenio de Pago que se anexa a la Póliza. El

Contrato surtirá efecto siempre que la prima haya sido pagada.

- b) La falta de pago o el atraso en el pago de la prima, sea total o parcial, en las fechas establecidas origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. La COMPAÑÍA no será responsable por ningún gasto cubierto incurrido durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.

En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas durante más de noventa (90) días calendario, la cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso o comunicación previa.

En caso de resolución por falta de pago, la COMPAÑÍA tiene el derecho a cobrar la prima correspondiente al período corrido desde el inicio de la cobertura hasta la fecha de resolución, incluyendo intereses, tributos y gastos originados por la emisión de la Póliza, aplicando la tabla de período corto señalado en estas CONDICIONES GENERALES. Para todo lo no estipulado en esta cláusula y las siguientes referidas al pago de la prima serán de aplicación la Resolución SBS N° 225-2006, que aprobó el Reglamento de Pago de Primas o la norma legal que la sustituya. De igual manera, se aplicará la resolución automática del contrato en aquellos casos en que habiéndose efectuado abonos a los documentos por cobrar a cargo del ASEGURADO, por operaciones de descuento de letras u otras similares en empresas del sistema financiero, éstos sean devueltos por incumplimiento de pago por parte de el ASEGURADO.

- c) El pago de la prima sólo surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA, el centro de pagos o la entidad financiera, autorizados para el cobro según lo establecido en la Póliza, perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de pago.

Artículo 20°

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro será nulo de pleno derecho, en lo que respecta al ASEGURADO, en los siguientes casos:

- a) Por la mala fe probada de alguna de las partes al momento de celebrarse el contrato.
- b) Por la inexacta declaración del ASEGURADO, aún hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.
- c) Por la omisión u ocultación, por el ASEGURADO, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.

En caso que la nulidad del Contrato de Seguro se produjera por las causales b) y c) señaladas en el presente artículo, la COMPAÑÍA devolverá las primas pagadas por el ASEGURADO, descontando un monto equivalente a todos los gastos en los que hubiera incurrido la COMPAÑÍA en relación con este seguro, siempre que no haya existido mala fe probada.

En el caso que hubiera mediado mala fe probada del ASEGURADO, el importe de las primas quedará totalmente a favor de la COMPAÑÍA por concepto de penalidad, independientemente de la acción judicial para lograr el resarcimiento de los daños y perjuicios causados.

En caso de nulidad, el ASEGURADO, no tendrán derecho a reclamar cobertura o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si hubiese recibido algún beneficio relacionado con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la COMPAÑÍA la suma desembolsada por ésta, conjuntamente con los intereses compensatorios y/o moratorios a las tasas máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 21º

RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO

Además de lo previsto en este condicionado sobre pago de primas, queda establecido que el contrato de seguro quedará resuelto automáticamente, sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, con respecto a cada ASEGURADO, perdiendo todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que ocurra una reclamación fraudulenta, según lo establecido en el presente condicionado.

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho derivado de esta Póliza, procediéndose a la resolución automática de la misma en el caso que, en cualquier tiempo el ASEGURADO, o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento o sus DEPENDIENTES, empleen medios o documentos falsos o adulterados para sustentar un SINIESTRO o para derivar beneficios de la cobertura otorgada por la presente Póliza.

En caso la COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende un SINIESTRO que posteriormente se determine que ha sido fraudulenta, 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 y tributos que correspondan.

Artículo 22º

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Cobertura del Seguro terminará para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- a) Con la resolución automática del Contrato de Seguro.
- b) A solicitud del ASEGURADO, mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de la COMPAÑÍA, con mínimo treinta (30) días calendario de anticipación. La cobertura terminará luego de transcurrido dicho plazo o en la fecha indicada en el aviso; la que sea posterior.
- c) Cuando un ASEGURADO pierda su calidad de tal; en este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de ASEGURADO, de acuerdo con los términos de este Contrato.
- d) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- e) Si se incurre en una causal de nulidad.
- f) Por falta de pago de la prima.
- g) Cuando el ASEGURADO traslade su residencia fuera del Perú.

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

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

Si la COMPAÑÍA da por terminado el Contrato de Seguro sin que medie causal de resolución automática devolverá la parte de la prima neta correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, calculada proporcionalmente al periodo que falte para su vencimiento. Se entiende por prima neta el importe de la prima antes de aplicar los gastos e impuestos de ley.

Si el Contrato de Seguro termina por resolución solicitada por el ASEGURADO o por causal de resolución imputable al ASEGURADO se liquidará la prima neta a periodo corto, devengándose en favor de la COMPAÑÍA, por cada mes o fracción de mes de vigencia del Seguro, la prima resultante de la aplicación de la siguiente tabla:

TABLA DE CANCELACIÓN A PERÍODO CORTO:			
MES	% DE LA PRIMA ANUAL	MES	% DE LA PRIMA ANUAL
1	25	6	80
2	40	7	85
3	55	8	90
4	65	9	95
5	75	10	100

Artículo 23º

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

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

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

Artículo 24º

DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE

Este contrato se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del ASEGURADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia del presente contrato, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada la COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la Póliza, a partir de la fecha de dicha declaración.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión

con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.

La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de la situación de salud del ASEGURADO o sus DEPENDIENTES inscritos, formulada de manera intencional o no.

La declaración falsa y la declaración reticente del ASEGURADO constituyen causal de nulidad de la Póliza, aun cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por la COMPAÑÍA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive anularlo.

Artículo 25º

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de las lesiones causadas por terceros al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos.

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

En igual forma lo podrá hacer contra el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES si estos, violando el derecho de subrogación que le asiste a la COMPAÑÍA, han cobrado para sí directamente dichos pagos.

Para el ejercicio de este derecho, el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos se obligan a lo siguiente:

- a) Firmar el convenio respectivo y subrogar a la COMPAÑÍA en todos y cada uno de los derechos que por tal razón pudieran corresponderles, hasta el límite de lo efectivamente indemnizado.
- b) No tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.
- c) Cooperar y asistir a la COMPAÑÍA 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 que tenga los mismos beneficios en la misma COMPAÑÍA u otra, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en un principio. Si el ASEGURADO decide activar primero el otro seguro, el presente seguro podrá reconocer al 100% el reembolso de los gastos incurridos por concepto de COPAGOS y COASEGUROS, según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES inserta en la Póliza. No se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro.

Artículo 26°**PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA**

Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana. LA COMPAÑÍA quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el siniestro, a menos que esté en tramitación una acción judicial relacionada con la reclamación.

Artículo 27°**PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS**

En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Cláusulas Especiales prevalecen sobre las CONDICIONES PARTICULARES, las CONDICIONES PARTICULARES sobre las CONDICIONES GENERALES, y las primeras sobre las últimas.

Artículo 28°**DEFENSORÍA DEL ASEGURADO**

La presente Cláusula establece el derecho del ASEGURADO y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para procurar resolver las controversias que surjan entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA, siempre que la controversia este comprendida en los alcances de la competencia de la Defensoría del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en su reglamento, el mismo que se encuentra en la página web: www.defaseg.com.pe.

El ASEGURADO podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión de la COMPAÑÍA en la atención de su controversia.

De acuerdo al Reglamento de la Defensoría, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los ASEGURADOS o usuarios de los servicios de seguro, procurando la solución de reclamos por SINIESTROS que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o usuario.
- c) Procede sólo para atender reclamos por SINIESTROS 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 la COMPAÑÍA.
- d) Quedan excluidos del ámbito de competencia de la Defensoría, todos los reclamos provenientes de SINIESTROS del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio del Sistema Nacional de Pensiones y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia, Gastos de Sepelio y Rentas de Jubilación del Sistema Privado de Pensiones.
- e) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de 180 días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por la COMPAÑÍA.
- f) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de completado el expediente. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.

- g) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la COMPAÑÍA cuando es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada, siempre y cuando no exista ningún pedido de revisión pendiente.
- h) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de cinco (05) días hábiles de su notificación, debiendo indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión general. La Defensoría del Asegurado resuelve dentro del plazo de diez (10) días hábiles.
- i) En caso se interponga un recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el inciso anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.

La Defensoría del Asegurado esta domiciliada en el Jirón Arias Araguez n° 146 Miraflores, Lima - Perú, su teléfono es 446 9158 y su página web: www.defaseg.com.pe.

Artículo 29°

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIA

Las partes convienen que, en caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, se someterán a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley.

Artículo 30°

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

En caso de consultas y/o reclamos el ASEGURADO puede contactarse con la COMPAÑÍA a través de su central de información y ventas llamando a los teléfonos de la COMPAÑÍA indicados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, o ingresando a la Página Web: www.pacificoseguros.com, así mismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico en la avenida Juan de Arona Nro. 830 San Isidro, Lima.

Artículo 31°

TRIBUTOS

Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por SINIESTROS, serán de cargo del ASEGURADO.

Artículo 32°

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.
- **AMENAZA DE ABORTO**
Conjunto de síntomas y/o signos que sugieren la posibilidad de un aborto.

- **ACCIDENTE**

Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada 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 DE TRABAJO**

Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 del Capítulo I de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Decreto Supremo 003-98-SA, o la norma legal que la sustituya.

- **ASEGURABILIDAD**

Conjunto de circunstancias que deben concurrir en un riesgo para que la cobertura pueda ser aceptada por la COMPAÑIA. Con este propósito, los aseguradores suelen disponer la evaluación del riesgo y/o la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados para cada caso.

- **ASEGURADO**

Dentro de esta denominación se incluye al ASEGURADO TITULAR, así como a los DEPENDIENTES inscritos en la Póliza como personas que gozan de los beneficios de la Póliza, salvo que el condicionado haga la distinción.

- **ASEGURADO TITULAR**

Es el CONTRATANTE del seguro obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las coberturas del seguro.

- **ATENCION MEDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Servicio que se brinda para atender cuadros agudos de comienzo repentino o inesperado y que requieren tratamiento médico precoz.

La emergencia será determinada por el Médico evaluador al momento de la atención, dicha atención de no ser considerada una emergencia deberá ser cubierta de acuerdo condiciones del servicio de Medico a Domicilio establecidas en la Tabla de Beneficios.

Son considerados bajo este concepto los gastos médicos como consecuencia de:

- 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.

- **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**

Cantidad total anual asegurada bajo esta Póliza con respecto a cada ASEGURADO y a cada DEPENDIENTE inscrito.

- **CANCER**

ENFERMEDAD que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células

malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.

- **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.
- **CIRUGÍA DE HALLAZGO**
Cuando en una cirugía común se encuentra cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo previo a la cirugía.
- **CHEQUEOS PREVENTIVOS**
Exámenes médicos determinados por la COMPAÑÍA, que el ASEGURADO puede realizarse, de manera gratuita una vez al año.
- **COASEGURO**
El Coaseguro es el porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado a la red de LA COMPAÑÍA 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 Coaseguros se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares.
- **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 pretérmino y rotura de membranas.
A partir de la semana veintiuno (21), se considerará como una amenaza de PARTO pre-término
- **CONDICIONES GENERALES**
Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA 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, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, 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 plan adquirido por el 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 TITULAR o a favor de otra persona en cuyo caso ella se convierte en ASEGURADO TITULAR. 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 LA COMPAÑÍA 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.

- **CORREDOR DE SEGUROS**

Persona natural o jurídica que, a solicitud del tomador o contratante, puede intermediar en la celebración de los contratos de seguros y asesorar a los asegurados o contratantes del seguro en materias de su competencia.

- **COSMÉTICO**

Producto cosmético es 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.

- **CARNET**

Documento expedido por la COMPAÑÍA que acredita al ASEGURADO como tal ante los proveedores médicos.

- **DEDUCIBLE ANUAL**

Es el importe anual que dependiendo del Plan de Seguro elegido, corresponderá asumir directa e íntegramente a cada ASEGURADO, durante cada vigencia anual de la Póliza hasta consumirlo luego de lo cual, la COMPAÑÍA procederá a cubrir los gastos médicos de acuerdo a lo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES.

Para el cómputo del monto del Deducible Anual se considerarán sólo los Gastos Cubiertos por la Póliza.

- **DEPENDIENTE**

Se considera como dependientes asegurables a las siguientes personas:

- El cónyuge, o en su defecto la persona de sexo distinto que, viviendo en calidad de conviviente del ASEGURADO esté reconocida como tal y haya pasado por el proceso de SUSCRIPCIÓN de la póliza satisfactoriamente.
- Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijastros del ASEGURADO siempre y cuando sean solteros, residan con él en el mismo domicilio, sean dependientes económicamente y hayan pasado por el proceso de suscripción de la póliza satisfactoriamente.

- **DEPORTE DE AVENTURA**

Todo aquel deporte que conlleva, adicionalmente a la actividad física, una intensa actividad recreativa en el medio natural.

- **DEPORTE EXTREMO**

Deporte o actividad de ocio con algún componente deportivo, que por su real o aparente peligrosidad o por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican se consideran bajo este término.

- **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 informada 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 afección crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

- **ENFERMEDAD**

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

- **ENFERMEDAD ADQUIRIDA AL NACER**

Alteración del estado de salud no congénita cuyo origen se establece desde el momento del nacimiento.

- **ENFERMEDAD AGUDA**

Enfermedad de curso menor o igual a un mes.

- **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 per 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 GENETICO - 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.

- **ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Todo estado patológico, permanente o temporal, que sobreviene al trabajador, como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o de medio en que se ha visto obligado a trabajar. Debe existir causalidad con la clase de trabajo que desempeña el trabajador o el ambiente en que labora.

- **EPICRISIS**

Documento resumen que formula y firma el médico tratante al momento del alta hospitalario del paciente y que obra en la Historia Clínica del paciente.

- **EQUIPOS MEDICOS**

Conjunto de instrumentos, utensilios y objetos destinados a ser aplicados en intervenciones médicas diagnósticas o terapéuticas.

- **EVENTO HOSPITALARIO**

Se considera como 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, accidente o emergencia médica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

- **EVIDENCIA MÉDICA ACTUAL Y DISPONIBLE**

Sustentación científicamente válida, relevante y actualizada, a partir de la investigación sistemática, que pruebe que un determinado procedimiento o acción terapéutica es seguro, eficaz y de probado beneficio para la enfermedad en la que se le ha estudiado.

- **F. D. A.**

Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos de América.

Agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la regulación de alimentos (tanto para seres humanos como para animales), suplementos alimenticios, medicamentos (humanos y veterinarios), cosméticos, dispositivos médicos (humanos y animales), productos biológicos y productos hemáticos.

Según la F.D.A, los dispositivos médicos se clasifican en tres categorías:

Clase I: Los controles generales son suficientes para asegurar la seguridad y eficacia de estos dispositivos. Ejemplos: vendas elásticas, guantes de látex, pinzas para sala de operaciones.

Clase II: Son dispositivos que deben pasar por controles especiales. Requieren una Solicitud de Notificación Previa (formulario PMA o 510[k]), aprobada por la F.D.A antes de que el dispositivo pueda comercializarse. Ejemplos: bombas de infusión, mantas o cobertores quirúrgicos, glucómetros.

Clase III: Son dispositivos para el mantenimiento y apoyo a la vida. Requieren una Solicitud de Notificación Previa (formulario PMA o 510[k]), aprobada por la F.D.A antes de que el dispositivo pueda comercializarse. Ejemplos: desfibriladores implantables, equipos de ventilación asistida, marcapasos, equipos de neuroestimulación, IMPLANTE eléctrico para incontinencia urinaria.

Para mayor información, puede acceder a: www.fda.gov.

- **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.

- **HOTEL**

Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

- **IMPLANTE**

Acción y efecto de implantar. Se implantan aparatos, prótesis o sustancias en el cuerpo, con la finalidad de mejorar alguna función o con un fin estético, por ejemplo: Aparatos: Implante coclear, marcapaso

Prótesis: Cadera, rodilla, siliconas, dental, capilar/cabello, huesos de titanio
Sustancias: Radioactivas, hormonas

- **MEDICAMENTO NECESARIO**

Es un tratamiento, medicamento o estancia en una clínica que

- a) Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la ENFERMEDAD, EMBARAZO, ACCIDENTE o EMERGENCIA MÉDICA del ASEGURADO.
- b) No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Haya sido prescrito por un médico.
- d) 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.

El hecho de que un tratamiento, servicio, medicamento o período de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no es necesariamente suficiente para considerarlo como MÉDICAMENTO NECESARIO

- **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. La Medicina Complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La MEDICINA ALTERNATIVA se utiliza en reemplazo de la medicina científica.

Incluye, pero no se limita:

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| ▪ Acupuntura | ▪ Medicina tradicional oriental |
| ▪ Aromaterapia | ▪ Quiromasaje, Quiropráctica |
| ▪ Ayurveda | ▪ Qi gong |
| ▪ Cromoterapia | ▪ Reiki |
| ▪ Dietética | ▪ Reflexoterapia |
| ▪ Fitoterapia | ▪ Sanación pranika |
| ▪ Hidroterapia | ▪ Sofrología |
| ▪ Hipnosis | ▪ Terapia floral |
| ▪ Homeopatía | ▪ Terapia de toque |
| ▪ Kinesiología | ▪ Watsu |
| ▪ Medicina folklórica | ▪ Yoga |
| ▪ Medicina holística | |
| ▪ Medicina Naturopática | |
| ▪ Medicina Osteopática | |

- **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.

- **NCCN (National Comprehensive Cancer Network)**

Es una alianza norteamericana de centros médicos de excelencia en el tratamiento del cáncer la cual promueve la atención médica de alta calidad y elabora Pautas para la Práctica Clínica en Oncología para el tratamiento del cáncer. Las guías representan una declaración de pruebas y consenso de expertos en cuanto a su punto de vista sobre los enfoques de tratamiento aceptados en la actualidad.

- **ORTESIS**

Se denomina ortesis al apoyo o dispositivo externo aplicado al cuerpo, para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuro músculo esquelético, por ejemplo: férulas, collarín, corset, cabestrillo, zapatos ortopédicos, fajas, rodilleras, tobilleras, manoplas de relajación.

- **PARTO**

Salida del feto del cuerpo materno, 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**

Toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, SÍNDROME o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del ASEGURADO, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.

No se considerará como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.

- **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, mediato y tardío.

- **PRÓTESIS**

Es una extensión artificial, que sustituye parte del cuerpo, su utilidad puede ser funcional o estética.

Ejemplos de PRÓTESIS: Ortopédicas, auditivas, ocular, genital, dental.

- **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.

- **QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS**

Que se aplican mediante cirugía.

- **RECONSTRUCCION MAMARIA**

Reconstrucción de la forma de la mama que por Cáncer fue extirpada, incluyendo las técnicas o etapas necesarias para la reconstrucción, este procedimiento no tendrá una duración mayor a un año.

- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**

Conjunto de prestadores de salud tales como clínicas, centros médicos, hospitales que se encuentran afiliados a la COMPAÑÍA y que se detallan en la póliza del ASEGURADO en un anexo y que se detallan en un anexo de la póliza.

- **REPORTE OPERATORIO**

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

- **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.

- **SOLICITUD DE BENEFICIOS**

Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que el ASEGURADO completa y suscribe resumiendo sus requerimientos de atención médica, sea ambulatoria u hospitalaria, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico competente.

- **SOLICITUD DE SEGURO**

Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, en el cual consignando la identificación del ASEGURADO y dependientes, 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 la Compañía 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 las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que contiene las especificaciones de las coberturas, los límites de las sumas aseguradas, el COPAGO, COASEGURO y DEDUCIBLE ANUAL a cargo del ASEGURADO, así como la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS de la COMPAÑÍA. Forma parte de las Condiciones Particulares.

- **TRASPLANTE**

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

- **TRATAMIENTO Y/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. Para el caso específico del campo de la Oncología, se reconoce únicamente como organización rectora a la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).