

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 **BERCKEMEYER CONROY FERNANDO**, con DNI 08243912 con domicilio en CALLE RAMON RIVEYRO NRO 1059 DPTO 501 - BARRANCO - 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 Fraccionado

Emisión : 01/08/2013

Agente : B-403399 MARIATEGUI JLT CORREDORES DE SEGUROS SA

Moneda : NUEVOS SOLES (S/.)

Cronograma de Pago

POLIZA (MINT) 1279

Sts.	Nro.Acreencia	Orden	Cupón	F.Vcto	Monto
COB	191098935	1/10	48124297	15/09/2013	719.98
COB	191098936	2/10	48124298	15/10/2013	720.02
ACT	191098937	3/10	48124299	15/11/2013	720.02
ACT	191098938	4/10	48124300	15/12/2013	720.02
ACT	191098939	5/10	48124301	15/01/2014	720.02
ACT	191098940	6/10	48124302	15/02/2014	720.02
ACT	191098941	7/10	48124303	15/03/2014	720.02
ACT	191098942	8/10	48124304	15/04/2014	720.03
ACT	191098943	9/10	48124305	15/05/2014	720.03
ACT	191098944	10/10	48124306	15/06/2014	720.03

TOTAL FINANCIAMIENTO : 7.200.19

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:

Lima , ____ de ____ del 20____

PACIFICO SEGUROS

RUC: 20100035392
FIRMA:

NOMBRE: PABLO ROJAS
Gerente Gerencia Central de Administracion y Finanzas

41208226

10:09:29 AM

Póliza : 1279 - 27408697 **SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL**
Vigencia : 01/09/2013 - 01/09/2014
Cliente : BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552
R.U.C. N° : **Teléfono** : 99652333
Dirección : CALLE RAMON RIVEYRO NRO 1059 DPTO 501
Localidad : BARRANCO LIMA LIMA
Asegurado : BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 100545242
Agente : MARIATEGUI JLT CORREDORES DE SEGUROS SA 0403399
Dirección : CALLE BOULEVARD NRO 162 OF 1101 PISO 11
Localidad : SANTIAGO DE SURCO LIMA LIMA
Teléfono : 6909000 **R.N.P.** J0387

Conceptos	Importe
Prima	5.517.49
Derecho de Emisión	165.52
Intereses	418.85
I.G.V.	1.098.33
S/.	7.200.19

FORMA DE PAGO

< 10 Cuotas Iguales Con Intereses 17.5% >

- **Cuota Inicial** : 719.98
- **A Crédito en** : 9 cuotas de 720.02

E01249

Emitido el 01 de Agosto 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 : E00315

*** 39917787 ***

AVISCOBP

Cliente

191098935

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124297 01 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.719.98	
Ultimo día de Pago		15/09/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098935

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124297 01 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.719.98	
Ultimo día de Pago		15/09/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098936

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124298 02 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/10/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098936

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124298 02 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/10/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098937

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124299 03 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/11/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098937

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124299 03 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/11/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098938

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124300 04 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/12/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098938

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124300 04 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/12/2013	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098939

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124301 05 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/01/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098940

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124302 06 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/02/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098941

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124303 07 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/03/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098942

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124304 08 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.03	
Ultimo día de Pago		15/04/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098939

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124301 05 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/01/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098940

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124302 06 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/02/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098941

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124303 07 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.02	
Ultimo día de Pago		15/03/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098942

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124304 08 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.03	
Ultimo día de Pago		15/04/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098943

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124305 09 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.03	
Ultimo día de Pago		15/05/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098944

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124306 10 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.03	
Ultimo día de Pago		15/06/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177878			

191098943

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124305 09 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.03	
Ultimo día de Pago		15/05/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177877			

191098944

POLIZA : MINT - 1279		CUPON N° 48124306 10 / 10	
Cliente	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 25552		
Asegurado	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO 00000100545242		
Agente	JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO 0304817		
IMPORTE		S/.720.03	
Ultimo día de Pago		15/06/2014	
Vigencia: 01/09/2013 al 01/09/2014			
A pagarse: Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank, Continental: 110-1105177878			

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

S/. 640,185,540.00

SEGURO DE SALUD INTERNACIONA **Póliza No.1279 - 27408697**

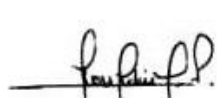
FECHA DE INGRESO	: 01/09/1997	365 DIAS
VIGENCIA	: DEL 01/09/2013 A LAS 12:00hs HASTA EL 01/09/2014 A LAS 12:00hs.	
CONTRATANTE	: BERCKEMEYER CONROY FERNANDO	
ASEGURADO	: BERCKEMEYER CONROY FERNANDO	100545242
DIRECCION DE COBRANZA	: CALLE RAMON RIVEYRO NRO 1059 DPTO 501	
DEPARTAMENTO	: LIMA	
PROVINCIA	: LIMA	
DISTRITO	: BARRANCO	
MONEDA	: NUEVOS SOLES	
BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA	S/. 11,200,000(*) HASTA CUMPLIR 75 AÑOS DE EDAD	S/. 11,200,000(*) A PARTIR DE LOS 75 AÑOS DE EDAD

PRIMA	5,517.49
DERECHO DE EMISION	165.52
INTERESES	418.85
I.G.V	1,098.33
TOTAL	7,200.19 NUEVOS SOLES

R.N.P. N3340 AGENTE: JULIO CESAR MARTINEZ VARGAS CARO
COMISION POR INTERMEDIACION: S/. 689.69

Los endosos y las cláusulas especiales que se anexen a la presente póliza, forman parte integrante del contrato. Toda omisión, reticencia, 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 01 días del mes de Agosto 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.
E01249

E003SPOO

24/10/2013 10:09

COD.SBS.: AE0446420001

Póliza MINT - 1279

Cliente : FERNANDO BERCKEMEYER CONROY

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 08243912
- **Fec. Nacimiento** : 13/03/1950
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE RAMON RIVEYRO NRO 1059 DPTO 501 BARRANCO -
LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación:**

Asegurado : FERNANDO BERCKEMEYER CONROY

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 08243910
- **Fec. Nacimiento** : 13/03/1950
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE JOSE DOMINGO CHOQUEHUANCA NRO 1370 SAN
ISIDRO - LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación:**

SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

Póliza N° 1279

RELACION DE ASEGURADOS

N° DEPENDIENTE	SEXO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	EDAD	FEC.INGRESO
1 TITULAR	MASCULINO	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO	13/03/1950	63	01/09/1997

CONDICIONES ESPECIALES

DEDUCIBLE ADICIONAL APLICABLE EN LA VIGENCIA ACTUAL - COMUNICARSE CON LA CIA DE SEGUROS, AREA DE SINIESTROS

EL DEDUCIBLE ADICIONAL DE US\$ 10,000 SE MANTIENE PARA LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS HASTA EL 01/09/2003, INCLUIDOS LOS DIAGNOSTICOS DEL TITULAR: HIPERTENSION ARTERIAL, GOTA, ASMA Y GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA -GGTP-ELEVADA.

EL NUEVO DEDUCIBLE EN EL PERU DE US\$ 1,000 ES APLICABLE SOLO PARA LAS NUEVAS ENFERMEDADES QUE SE PRESENTEN A PARTIR DE ESTA FECHA.

CLAUSULA DE EXCLUSION

COD.SBS.: AE0446420001

IMPORTANTE

"Antes de asumir cualquier obligación de pago con los médicos y/o clínicas y/o servicios deberá consultarse con Pacífico sobre los límites y condiciones del seguro."

"Incluye cláusula de: Defensa del Asegurado"

"De acuerdo a lo indicado en el artículo 19° de las condiciones generales, 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 cada vigencia. La edad alcanzada en cada vigencia determinará el rango para el cálculo de la prima".

"Para la renovación N° 27408697 , los siguientes asegurados presentan cambio en el rango de edad, determinando variación en su prima."

N°	Parentesco	Nombre	Rango de Edad
1	TITULAR	BERCKEMEYER CONROY FERNANDO	63 a 63 años

RESUMEN

SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

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 23° (Resolución automática del contrato), 26° (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) y el Artículo 11° (Procedimiento para solicitar la cobertura en el Extranjero) de las Condiciones Generales de la Póliza.

Mecanismos de solución de controversias

Se encuentra previsto en el Artículo 31° de las Condiciones Generales de la Póliza.

Procedimiento para presentar 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 indicados en la parte posterior del carnet del Asegurado 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 dicha controversia se encuentre dentro de los alcances de su competencia según lo establecido en el Reglamento de la Defensoría. (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 INTERNACIONAL
Beneficio máximo anual:	US\$ 4,000,000 (S/. 11,200,000) por persona asegurada
Modalidad de atención:	Este seguro reconoce la atención al crédito y a reembolso, es decir, el asegurado deberá pagar el copago y coaseguro correspondiente de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.
Períodos de carencia:	30 días calendario para las atenciones ambulatorias y hospitalarias 60 días calendario para las atenciones ambulatorias y hospitalarias en el extranjero 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 trasplantes 36 meses para enfermedades relacionadas con el virus VIH
Deducible Anual por persona:	S/. 6,000.00 por enfermedad o accidente en el Perú US\$ 10,000.00 por enfermedad o accidente en el extranjero

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

EMERGENCIAS

Comuníquese con Pacífico Asiste al (01) 415-1515 desde Lima o provincia

- 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 son cubiertas al 100% hasta la estabilización de la emergencia, en adelante se aplicarán los copagos y coaseguros correspondientes a la atención ambulatoria y hospitalaria de la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.

AEO446420001

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.		
Ambulancia aérea		
<ul style="list-style-type: none">- A nivel nacional hasta S/. 30,000- En el extranjero hasta US\$ 25,000	Sin Copago	Sin Coaseguro
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.	Sin Copago	Sin Coaseguro
En el extranjero		
Asistencia al Viajero en el extranjero en caso de emergencias accidentales o médicas. Llamando al Operador Internacional AXA ASSISTANCE 1 (866) 986-5518. Mayor detalle de las coberturas revisar el condicionado General.	Sin Copago	Sin Coaseguro
	Hasta US\$ 15,000 en países no Schengen. Hasta €30,000 en países Schengen	

AEO446420001

Cuidado continuo de la salud	COPAGO	COASEGURO
<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		
<p>Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none">- Atención al Crédito:- Atención a Reembolso (Tarifa A + 200%)	Según condiciones hospitalarias de la red.	
	S/. 1,300	30%
En el extranjero		
Atención al crédito (con precertificación)		
<p>En la red de proveedores médicos afiliados. El coaseguro aplica por vigencia anual para los primeros US\$ 50,000, si los gastos ambulatorios cubiertos superan los US\$ 50,000, estos serán asumidos por la compañía al 100%.</p>	US\$ 150	20%
Atención al crédito (con precertificación en clínicas afiliadas del extranjero)		
<p>En la red de proveedores médicos afiliados. El coaseguro aplica por vigencia anual para los primeros US\$ 50,000, si los gastos ambulatorios cubiertos superan los US\$ 50,000, estos serán asumidos por la compañía al 100%.</p>	US\$ 0	15%
Atención a reembolso (sin precertificación)		
<ul style="list-style-type: none">✓ Tarifa “A” + 300% y consulta hasta S/.400. El copago y el coaseguro se aplican al monto equivalente a la Tarifa “A” + 300%.✓ Reembolso de Honorarios médicos, según los gastos usuales y acostumbrados del extranjero.	US\$ 200	30%
Cirugía ambulatoria en el extranjero		
Atención al crédito o atención a reembolso	US\$ 1,500	20%

AEO446420001

ATENCIÓN HOSPITALARIA	COPAGO	COASEGURO
En la red de proveedores médicos afiliados. Los copagos y coaseguros aplican a cada hospitalización para los primeros S/.30,000 . Si los gastos hospitalarios cubiertos superan los S/.30,000, éstos serán asumidos por la compañía al 100%.		
- Red 1	Sin copago	5%
- Red 2	Sin copago	10%
- Red 3	Sin copago	10%
- Red 4	1 día de habitación	10%
- Red 5	1 día de habitación	15%
- Red 6	1 día de habitación	20%
- Red 7	1 día de habitación	20%
Atención a reembolso		
- En Lima	S/. 1,300	30%
- En provincias	Sin Copago	10%
Aplica Tarifario Pacífico: Tarifa "A" + 200%. El copago y el coaseguro se aplican al monto equivalente a la Tarifa "A" + 200%.		
En el extranjero		
Atención al crédito (con Precertificación)		
En la red de proveedores médicos afiliados. Los copagos y coaseguros aplican por vigencia anual para los primeros US\$ 50,000, si los gastos hospitalarios cubiertos superan los US\$ 50,000, estos serán asumidos por la compañía al 100%. <i>Sin límite por día de habitación ni por unidad de cuidados intensivo</i>	US\$ 2,500, única vez por vigencia anual.	20%, hasta un máximo de US\$ 9,500 por vigencia anual.
Atención al crédito (con precertificación en clínicas afiliadas del extranjero)		
En la red de proveedores médicos afiliados. Los copagos y coaseguros aplican por vigencia anual para los primeros US\$ 50,000, si los gastos hospitalarios cubiertos superan los US\$ 50,000, estos serán asumidos por la compañía al 100%. <i>Sin límite por día de habitación ni por unidad de cuidados intensivo</i>	US\$ 1,000, única vez por vigencia anual.	15%, hasta un máximo de US\$ 7,350 por vigencia anual.

AEO446420001

Atención a reembolso (sin Precertificación)		
<p>Los copagos y coaseguros aplican a cada hospitalización para los primeros US\$ 50,000, si los gastos hospitalarios cubiertos superan los US\$ 50,000, estos serán asumidos por la compañía al 100%.</p> <p><i>Reembolso máximo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Por día de habitación: US\$ 500. - Por día de unidad de cuidados intensivos: US\$ 1,000. <p>Aplica Tarifario Pacífico: Tarifa "A" + 300%</p> <p>El copago y el coaseguro se aplican al monto equivalente a la Tarifa "A" + 300%.</p> <p>No se cubre cualquier monto en exceso de la Tarifa "A" + 300%.</p> <p>Reembolso de honorarios médicos, según los gastos usuales y acostumbrados del extranjero, ya no a tarifa nacional.</p>	JS\$ 2,500, copago por hospitalización	30%, coaseguro por hospitalización.

PROGRAMA DE MATERNIDAD Aplica periodo de espera 18 meses	COPAGO	COASEGURO
En el Perú		
Parto normal (incluye suite), cesárea y/o parto múltiple, aborto o amenaza de aborto 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).	Sin copago	Sin coaseguro
Complicaciones durante el embarazo , parto y/o puerperio		
Para todos los proveedores médicos afiliados, hasta el beneficio máximo anual.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Atención a reembolso		
Parto normal, aborto o amenaza de aborto, complicaciones durante el embarazo <i>Reembolso máximo por embarazo: S/. 12,000 (incluye honorarios).</i> <i>Límites de honorarios:</i> - <i>Parto normal, aborto o amenaza de aborto, complicaciones del embarazo hasta S/. 3,000.</i>	Sin copago	Sin coaseguro
Cesárea y/o parto múltiple <i>Reembolso máximo por embarazo: S/. 15,000 (incluye honorarios).</i> <i>Límites de honorarios:</i> - <i>Cesárea o parto múltiple hasta S/. 4,500.</i>	Sin copago	Sin coaseguro

AEO446420001

Control prenatal (Incluye perfil prenatal)	COPAGO	COASEGURO		
Control prenatal	Sin copago	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.				
Atención a reembolso (no incluye vitaminas) <i>Reembolso máximo: S/. 1,400 por embarazo, incluye consulta.</i>	Sin copago	Sin coaseguro		
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			

AEO446420001

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 interurrencia.		
⁵ Sólo para gestantes con riesgo de incompatibilidad sanguínea.		
(*) Red prenatal: Lima: SANNA \ Cl. San Borja, Cl. Santa Isabel, Cl. Ricardo Palma – Central, Cl. San Pablo – Central, Cl. Montesur. Arequipa: SANNA \ Cl. Del Sur, Cl. Arequipa. Cajamarca: Cl. Limatambo. Chiclayo: Cl. del Pacífico. Trujillo: SANNA \ Cl. Sánchez Ferrer, Cl. Peruano Americana. Piura: SANNA \ Cl. Belén, Cl. Administradora San Miguel.		
Importante: En otros proveedores médicos afiliados de red 1 a red 7 (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.	Copago único S/. 700	
- En provincias: 7 sesiones de psicoprofilaxis.	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 Postnatal		
Dos (2) consultas gratuitas dentro de los 45 días posteriores al parto, en la red de clínicas afiliadas.	Sin copago	Sin coaseguro
Control del niño sano		
Sólo consulta, una vez al mes durante el primer año de vida.	Sin copago	Sin coaseguro
Atención a reembolso Vacunas en red de clínicas afiliadas, hasta S/.1,000 sólo en el primer año de vida. <ul style="list-style-type: none">• BCG• SRP(sarampión + rubeola + paperas)• Contra la Hepatitis B, la influenza• Contra el Neumococo• Hexavalente• Rotavirus	Sin copago	Sin coaseguro
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

AEO446420001

Crio preservación del cordón umbilical		
En el Banco del Cordón Umbilical al 100%. Se cubre extracción y mantenimiento por 3 años, siempre y cuando el parto haya sido cubierto por la póliza. Teléfono: 421-3533	Sin copago	Sin coaseguro
En el extranjero		
Parto normal, cesárea y/o parto múltiple, aborto o amenaza de aborto, complicaciones durante el embarazo. <i>Límite máximo por embarazo: US\$ 4,000.</i>	Sin copago	Sin coaseguro

COBERTURAS ADICIONALES		
Oncología (Cáncer)	COPAGO	COASEGURO
<p>Para la aprobación de la cobertura resulta indispensable que se cumplan simultáneamente las dos condiciones que se mencionan a continuación:</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Para mayor información sobre la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), acceder a la siguiente página web: www.nccn.org.</p>		
En el Perú – Al crédito		
- Atención ambulatoria y hospitalaria	Sin copago	Sin coaseguro
A reembolso		
En proveedores médicos no afiliados	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
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 (sólo en Aliada)		✓
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.		✓

AEO446420001

Reconstrucción mamaria En caso de mastectomía radical o total por cáncer.		
En Centro Oncológico Aliada, Cl. Javier Prado y Cl. Stella Maris		
- Atención ambulatoria y hospitalaria	Sin copago	Sin coaseguro
Atención a reembolso Hasta S/.6,000.	Sin copago	Sin coaseguro
Segunda reconstrucción mamaria En caso la primera haya sido cubierta por la póliza.		
En Centro Oncológico Aliada	Sin copago	Sin coaseguro
En el extranjero (oncología)		
A crédito	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
A reembolso. Cobertura según costo adicional de clínicas afiliadas en el Perú. No aplica el beneficio de reconstrucción mamaria	Condiciones de reembolso según tarifario Pacífico	
Odontología	COPAGO	COASEGURO
Atenciones y consultas relativas al cuidado de la salud bucal, en centros odontológicos afiliados. Copago por pieza tratada y terminada.	S/. 30	15%
Incluye: - Consultas: Examen clínico y odontograma - Prevención: Consulta preventiva odontológica, profilaxis, destartraje simple, aplicación de Flúor gel y sellantes (a costo del asegurado) hasta los 12 años (sólo vía crédito). - Exodoncia simple y Exodoncia impactada. - Restauraciones directas: Obturación simple, compuesta, compleja con amalgama y resina; obturación anterior con resina simple, compuesta y compleja; obturación posterior con resina simple, compuesta y compleja. - Rayos X: Bite wing, periapical, oclusal y panorámica para diagnósticos relacionados a exodoncias impactadas. - Endodoncias: Endodoncias de incisivos y caninos, premolares y molares, pulpotomía, pulpectomía. - Radiografía panorámica (sólo en el Centro Odontológico Americano) - Extracciones de dientes incluidos / impactados (muela del juicio)		
Atención a reembolso Hasta S/.1,500 al año.	Sin copago	Sin coaseguro
Prótesis dental Sólo al crédito. En casos de emergencias accidentales (golpes, caídas, asaltos, accidentes automovilísticos) en el COA.	Sin copago	Sin coaseguro
Oftalmología		
- Red oftalmológica 1	S/. 30	10%
- Red oftalmológica 2	S/. 35	10%
- En proveedores médicos afiliados de red 1 a red 7	Según condiciones ambulatorias de la red de proveedores médicos afiliados	
Medición de vista en el Perú (una vez al año)		
- En Lima: En redes oftalmológicas 1 y 2.	Sin copago	Sin coaseguro
- En provincias: En centros oftalmológicos		

AEO446420001

Enfermedades congénitas del recién nacido en póliza		
Límite máximo anual: US\$ 250,000 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: US\$ 60,000 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		
Límite máximo anual: S/. 70,000 por persona.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Osteoporosis	COPAGO	COASEGURO
Al crédito al 100%, sólo con diagnóstico de osteoporosis post menopáusica por densitometría ósea de cadera y columna.	Sin copago	Sin coaseguro
Atención a reembolso Hasta S/.1,500 al año.	Sin copago	Sin coaseguro
Vacuna virus del Papiloma Humano		
Al crédito al 100% en la red de chequeos preventivos integrales. Aplica reembolso luego de culminar las 3 dosis, hasta S/. 600. Para mujeres entre 10 y 17 años. Sólo en Lima.	Sin Copago	Sin Coaseguro
Trasplante de órganos Aplica periodo de espera 24 meses		
Límite máximo anual de US\$ 1,000,000 por persona. En establecimientos que cuenten 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		
Incluye prótesis internas que sean quirúrgicamente necesarias. Excluye prótesis externas y dentales.	Sin copago	Al 10%
Segunda opinión médica nacional (para cirugías programadas)		
Sólo consulta, previa coordinación con Pacífico	Sin copago	Sin coaseguro

AEO446420001

Segunda opinión médica internacional (para cirugías programadas)		
Al crédito, previa coordinación con Pacífico. Envío de expediente (resultados) a Johns Hopkins Medicine International.	Sin copago	Sin coaseguro
Enfermedades relacionadas con el virus VIH		
Período de Espera: 3 años. <i>Límite máximo anual: US\$ 30,000 por persona.</i>	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Transporte por evacuación dentro del Perú	COPAGO	COASEGURO
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). 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). Previa coordinación y aprobación de Pacífico.	Sin copago	Sin coaseguro
Liberación de pago de primas para los dependientes asegurados por fallecimiento del asegurado titular		
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 VIP hasta S/. 15,000, 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.	✓	✓

AEO446420001

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	✓

AEO446420001

Derecho de salubridad	✓	✓
Necropsia de ley	✓	✓
Atención a reembolso Hasta S/.10,000.	Sin copago	Sin coaseguro

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 Cl. 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	-	✓	-	✓
Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP)	✓	✓	✓	✓
Triglicéridos	-	✓	-	✓
Prueba de esfuerzo	-	✓	-	✓

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

Arequipa: SANNA \ Cl. Del Sur. **Chiclayo:** SANNA \ CM Chiclayo. **Piura:** SANNA \ Cl. Belén.

Tacna: Promedic. **Trujillo:** SANNA \ Cl. Sánchez Ferrer.

AEO446420001

Evaluación oncológica	Mujeres (años)		Hombres (años)	
	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
Ex. Físico	✓	✓	✓	✓
Ginecológico	✓	✓	-	-
Papanicolau	-	✓	-	-
Mamografía 3D	-	✓	-	-
Urológico	-	-	✓	✓
Antígeno prostático (PSA)	-	-	-	✓
Thevenon	✓	✓	✓	✓
Lima: Centro Oncológico Aliada				

Atención a reembolso del chequeo preventivo integral Hasta S/.500.	Sin copago	Sin coaseguro
--	------------	---------------

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
Fosfatasa alcalina	Precio Pacífico: S/. 1,067.00	Precio Pacífico: S/. 2,018.38	Precio Pacífico: S/. 1,622.00
Radiografía de tórax			
Endoscopia gástrica	Precio Normal: S/. 1,276.00	Precio Normal: S/. 2,654.20	Precio Normal: S/. 1,720.00
Ecodoppler carotídeo			
Colonoscopia	Descuento: 16%	Descuento: 24%	Descuento: 6%
Exámenes	CSP Tezza	San Pablo	
Fosfatasa alcalina	Precio Pacífico: S/. 1,154.00	Precio Pacífico: S/. 1,809.00	
Radiografía de tórax			
Endoscopia gástrica	Precio Normal: S/. 2,725.46	Precio Normal: S/. 2.673.14	
Ecodoppler carotídeo			
Colonoscopia	Descuento: 58%	Descuento: 33%	

AEO446420001

PROVINCIA			
Exámenes	Piura	Trujillo	Cusco
	Cl. Belén	Cl. Sánchez Ferrer	CM. Pardo
Radiografía de tórax	Precio Pacífico: S/. 988.50	Precio Pacífico: S/. 690.77	Precio Pacífico: S/. 451.00
Fosfatasa alcalina			
Endoscopia gástrica	Precio Normal: S/. 1,170.00	Precio Normal: S/. 1,071.38	Precio Normal: S/. 570.00
Ecodoppler carotídeo			
Colonoscopia	Descuento: 16%	Descuento: 36%	Descuento: 21%

Exámenes	Arequipa		Tacna
	Suiza Lab	CM Galeno	Promedic
Radiografía de tórax	Precio Pacífico: S/. 1,098.47	Precio Pacífico: S/. 703.00	Precio Pacífico: S/. 378.98
Fosfatasa alcalina			
Endoscopia gástrica	Precio Normal: S/. 1,246.00	Precio Normal: S/. 885.00	Precio Normal: S/. 452.00
Ecodoppler carotídeo			
Colonoscopia	Descuento: 12%	Descuento: 21%	Descuento: 16%

AEO446420001