

RESUMEN INFORMATIVO

SEGURO DENTAL

1. Compañía de Seguros

PACIFICO COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS (PACIFICO SEGUROS)

Web: www.pacifico.com.pe/

Lima - Sede Principal

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

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

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

2. Vigencia del seguro

Vigencia del seguro.

Vigencia anual, con renovación según establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

Monto de la prima neta anual.

Puede ser mediante cargo en tarjeta de crédito.

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

CONDICIONES DEL PRODUCTO:

4. Alcances del derecho de arrepentimiento

Si el seguro fuera contratado a través de un comercializador o por PACÍFICO SEGUROS o utilizando sistemas de comercialización a distancia, el contratante y/o asegurado, según corresponda tiene derecho a arrepentirse de su contratación, lo cual debe ejercerlo dentro del plazo de 15 días calendario de haber recibido la póliza de seguro. No se cobra penalidad alguna. Para ello deberá enviar una comunicación escrita a la dirección de PACIFICO SEGUROS: área central de atención al cliente Av. Juan de Arona 830, San Isidro - Lima, o a su comercializador, o enviar un correo electrónico a la siguiente dirección: atencionalcliente@grupopacifico.com.pe, o comunicarlo por teléfono llamando al (01) 518-4000.

En general, el contratante y/o asegurado, según corresponda, podrá utilizar los mismos canales y procedimientos que se usó para la contratación de la póliza. Si hubiere pagado la prima o parte de ella, se le devolverá en el plazo máximo de 30 días calendario de recibir la comunicación antes indicada. No obstante, lo anterior, el contratante y/o asegurado, según corresponda podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro; o, hubiera culminado la vigencia del contrato de seguro.

5. Principales riesgos cubiertos

Urgencia Odontológica	Periodoncia
Endodoncia	Radiología Odontológica
Cirugía Endodóntica	Chequeo preventivo odontológico
Odontología restauradora y operatoria	

Las coberturas y las asistencias especiales se encuentran señaladas en la parte C) de las Condiciones Generales de la póliza.

6. Principales exclusiones y gastos no cubiertos

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

- Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean odontólogos colegiados.
- Actos que se realicen en contra de leyes, normas o reglamentos vigentes, en tanto sean la causa del siniestro o constituyan un delito.
- Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de las siguientes actividades, competencias o deportes peligrosos: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puentig, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o deportes practicados de manera profesional.
- 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 en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.
- Implante dental
- Tratamientos odontológicos originado por intento de suicidio.
- Brakets cerámicos, estéticos y/o autoligantes y en general cualquier tipo de tratamiento cosmético/estético.

Las demás exclusiones se encuentran señaladas en la Parte D) de las Condiciones Generales.

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

El ASEGURADO puede solicitar la cobertura bajo la modalidad de atención al crédito en cualquier clínica o centro médico de la red de proveedores médicos de

PACIFICO SEGUROS señalado en las condiciones particulares, o por reembolso. En caso de tener dudas sobre el procedimiento de solicitud de cobertura del presente seguro usted podrá realizar cualquier consulta directamente a PACÍFICO SEGUROS al teléfono (01) 415-1515 o a través de la aplicación Mi Espacio Pacífico, o llamando al Call Center: (01) 513-5000.

8. Condiciones de acceso y límites de permanencia

El ASEGURADO deberá tener la edad límite señalada en las Condiciones Particulares.

Más especificaciones se detallan en el numeral 2 de la parte E de las Condiciones Generales.

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

1. En caso de urgencias odontológicas

Para casos de urgencias odontológicas, el ASEGURADO deberá comunicarse con la central de Pacífico Asiste, llamando al teléfono señalado en su certificado de seguro.

si el ASEGURADO se encuentra en Lima, la atención será en el centro odontológico señalado en su certificado de seguro.

Si el ASEGURADO se encuentra en provincias, la atención será en la sede del centro odontológico de la localidad más cercana.

El ASEGURADO deberá presentar siempre su documento de identidad al centro odontológico al que acude.

2. En caso de citas programadas

Para que el ASEGURADO acceda a las coberturas y beneficios adicionales deberá comunicarse directamente con el centro odontológico llamando al teléfono señalado en las condiciones particulares para programar su cita y posteriormente acudir presentando su documento de identidad. El centro odontológico verificará la vigencia de la póliza de seguro del ASEGURADO, las coberturas y beneficios adicionales correspondientes.

3. Atención al crédito

Las coberturas y los beneficios adicionales cubiertos bajo el presente seguro serán pagados por PACÍFICO SEGUROS directamente al centro odontológico.

Este seguro no cubre atenciones por reembolso, es decir el ASEGURADO no deberá efectuar pagos al centro odontológico con excepción de los copagos y coaseguros que correspondan de acuerdo al plan de seguro contratado.

Para más información sírvase revisar la parte B) de las Condiciones Generales de la Póliza.

10. Instancias para presentar reclamos y/o denuncias

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

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

SEGURO DENTAL
CONDICIONES GENERALES

- CONTENIDO
- INTRODUCCIÓN
- PARTE A. DEFINICIONES
- PARTE B. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA
- PARTE C. COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES
- PARTE D. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES
- PARTE E. DISPOSICIONES GENERALES
- PARTE F. CONDICIONES LEGALES COMUNES PARA TODO TIPO
DE SEGURO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

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

El contrato de seguro se rige por lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES, así como también en las CONDICIONES PARTICULARES, CERTIFICADO DE SEGURO de ser el caso, y Anexos que se adjunten.

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

PARTE A. GLOSARIO DE DEFINICIONES

Para ayudarle a extender su PÓLIZA DE SEGURO se definen a continuación las siguientes palabras y frases.

- **ASEGURADO TITULAR:** Persona natural tomador del seguro, que se obliga al pago de la prima, que se beneficia con las coberturas del seguro para él o sus DEPENDIENTES. En los seguro individuales el tornados es siempre el contratante de la Póliza. En pólizas grupales, mantiene una relación con el contratante de la Póliza.
- **ASEGURADO:** Dentro de esta denominación se incluye de manera general al ASEGURADO TITULAR, así como a los DEPENDIENTES inscritos en la PÓLIZA DE SEGURO, como personas que gozan de las coberturas y los beneficios adicionales del seguro.

- **BLANQUEAMIENTO:** Procedimiento cosmético que consiste en el aclaramiento de las piezas dentales por medio de sustancias químicas. El procedimiento cubierto es el blanqueamiento indirecto mediante férulas de aplicación al vacío, que realiza el propio ASEGURADO en su domicilio bajo indicación del odontólogo tratante.
- **CENTRO ODONTOLÓGICO:** Lugar donde se brindarán las coberturas de este seguro y que podrá contar con varias sedes a nivel nacional que el ASEGURADO podrá consultar en su CERTIFICADO DE SEGURO en los seguros grupales, o en las Condiciones Particulares de la Póliza en los seguros individuales; o accediendo a la página web de PACÍFICO SEGUROS.
- **CERTIFICADO DE SEGURO:** Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos, vinculado a una PÓLIZA DE SEGURO determinada, y que contiene la información mínima sobre las condiciones de aseguramiento, conforme a las disposiciones de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradora Privada de Fondos de Pensiones.
- **CIRUGÍA ENDODÓNTICA:** Procedimiento que sirve para el retratamiento de los conductos mediante un acceso externo a la raíz del diente, también conocido como apicectomía.
- **COASEGURO:** Porcentaje del gasto cubierto que le corresponde asumir al ASEGURADO, después de pagar el COPAGO correspondiente, según se especifica en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO, en las pólizas grupales.
- **CONDICIONES GENERALES:** Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por PACÍFICO SEGUROS para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la PÓLIZA DE SEGURO.

- **CONDICIONES PARTICULARES:** Documento que contiene las estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, las coberturas y sus condiciones, el importe de la prima, vencimiento, lugar y forma de pago de las primas, vigencia del contrato de seguro, entre otros. Asimismo, contiene la TABLA DE BENEFICIOS. Cada PLAN DE SEGURO tiene sus propias CONDICIONES PARTICULARES.

- **CONTRATANTE:** En las pólizas grupales, es la persona natural o jurídica que contrata el seguro en favor de otras personas que conforman un grupo homogéneo y con las cuales mantiene una relación. En las Pólizas individuales será el mismo Asegurado.

- **COPAGO:** Importe fijo del gasto cubierto que le corresponde asumir al ASEGURADO por cada atención ambulatoria, según se especifica en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO.

- **CHEQUEO PREVENTIVO ODONTOLÓGICO:** Exámenes odontológicos determinados por PACÍFICO SEGUROS, que el ASEGURADO puede realizarse, de manera gratuita una vez al año y cuya finalidad es la prevención.

- **DEPENDIENTE:** Persona que se beneficia de las coberturas y beneficios adicionales de la PÓLIZA DE SEGURO siempre y cuando se encuentre inscrito como tal. Se considera como DEPENDIENTES asegurables a las siguientes personas:
 - a) El cónyuge o conviviente del ASEGURADO TITULAR de acuerdo a la legislación peruana.
 - b) Los hijos biológicos y los adoptados, así como los hijos de cualquiera de los cónyuges, siempre y cuando sean solteros, residan con el ASEGURADO TITULAR en el mismo domicilio y dependan económicamente de él.
 - c) Los padres del ASEGURADO TITULAR y/o de su cónyuge o conviviente.

- **DIAGNÓSTICO:** Calificación que da el odontólogo al estado de salud odontológico de una persona según los signos, síntomas, exámenes auxiliares y procedimientos que advierte, aun cuando no haya sido informado al ASEGURADO.

- **ENDODONCIA:** Procedimiento odontológico que consiste en eliminar totalmente el tejido pulpar de la corona y raíces dentales.

- **EXODONCIA:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extraen los dientes de sus alvéolos con el menor trauma posible.

- **IMPLANTE DENTAL:** Elemento metálico, generalmente de titanio, que sustituye la raíz dental de un diente perdido.

- **ODONTOLÓGICAMENTE NECESARIO:** Tratamiento, procedimiento o medicamento en el CENTRO ODONTOLÓGICO, será odontológicamente necesario cuando:
 - d) Sea apropiado y esencial para el DIAGNÓSTICO y tratamiento odontológico del ASEGURADO.
 - e) No exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un DIAGNÓSTICO o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 - f) Haya sido prescrito por un odontólogo.
 - g) Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la odontología en la comunidad odontológica internacional, o por la comunidad odontológica del país donde se presta el servicio.

- **OBTURACIÓN:** Restauración de la estructura perdida de un diente con materiales tales como amalgamas de plata o RESINAS.

- **PERÍODO DE ESPERA:** Tiempo que se indica en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO durante el cual ciertas coberturas, beneficios adicionales y/o procedimientos no están aún cubiertos. Este periodo se computa desde la fecha de ingreso del ASEGURADO al seguro.
- **PLAN DE SEGURO:** Coberturas y condiciones específicas pactadas con el CONTRATANTE y/o ASEGURADO. Puede incluir todas las coberturas o algunas de las señaladas en estas CONDICIONES GENERALES. Consta en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO.
- **PÓLIZA DE SEGURO:** Documento en el que consta el Contrato de Seguro, conformado por las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, cláusulas adicionales, anexos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el ASEGURADO, con ocasión de la contratación del seguro.
- **PREEXISTENCIA:** Cualquier condición de alteración del estado de SALUD, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud inserta en la SOLICITUD DE SEGURO. No se considerará ENFERMEDAD preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el período inmediatamente anterior. aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una PÓLIZA DE SEGURO de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra en el período inmediato anterior a la presente Póliza. El ASEGURADO y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo ASEGURADO, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.
- **PROFILAXIS:** Procedimiento de higiene dental cuyo objetivo es limpiar las superficies dentarias retirando el sarro dental o placa calcificada adherida en

zonas de los dientes que normalmente no son accesibles con el cepillado dental.

Este procedimiento comprende.

- Índice de higiene oral
 - Detartraje simple
 - Pulido
 - Educación sobre higiene oral
-
- **PRÓTESIS DENTAL:** Elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone los dientes.

 - **RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA:** Examen DIAGNÓSTICO realizado con rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes.

 - **RADIOGRAFÍA PANORÁMICA:** Técnica radiológica que representa, a diferencia de los otros tipos de radiología, en una sola película una imagen general de los maxilares, la mandíbula y los dientes.

 - **RECLAMO:** Manifestación verbal o escrita, por la cual un ASEGURADO se dirige a PACÍFICO SEGUROS para hacer conocer deficiencias en la calidad de la atención o algún incumplimiento en el servicio brindado de acuerdo a lo estipulado en la PÓLIZA DE SEGURO.

 - **RESINA:** Material de OBTURACIÓN definitiva del color del diente compuesto de partículas de plástico y vidrio.

 - **SELLANTES:** RESINA fluida que se coloca, a modo de barrera, sobre las superficies masticatorias de los molares y premolares para evitar que las bacterias ataquen al esmalte y produzcan caries.

- **SOLICITUD DE SEGURO:** Documento pre-impreso y definido por PACIFICO SEGUROS, 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 y la forma de pago que se desea de los solicitantes.
- **TABLA DE BENEFICIOS:** Cuadro inserto en las CONDICIONES PARTICULARES de la PÓLIZA DE SEGURO que contiene las especificaciones de las coberturas y beneficios adicionales, los límites de las sumas aseguradas, así como las sedes del CENTRO ODONTOLÓGICO. Forma parte de las CONDICIONES PARTICULARES. Consta también en el Certificado de Seguro, en las pólizas grupales.
- **URGENCIA ODONTOLÓGICA:** Cualquier hecho repentino o inesperado que amerite atención odontológica paliativa urgente, y que sean indicados para tratar el dolor, infecciones, fracturas, inflamación y hemorragia, agudos.

PARTE B. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA Y BENEFICIOS ADICIONALES

Le recomendamos revisar las Partes C y D de este Condicionado para que tome conocimiento de lo que cubre su seguro y de los gastos no cubiertos y exclusiones

1. EN CASO DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Para casos de URGENCIAS ODONTOLÓGICAS, el ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Pacífico Asiste, llamando al teléfono señalado en las CONDICIONES PARTICULARES o en su CERTIFICADO DE SEGURO, si es un seguro grupal.

Si el ASEGURADO se encuentra en Lima, la atención será en el CENTRO ODONTOLÓGICO señalado en su CERTIFICADO DE SEGURO.

Si el ASEGURADO se encuentra en provincias, la atención será en la sede del CENTRO ODONTOLÓGICO de la localidad más cercana.

El ASEGURADO deberá presentar siempre su documento de identidad at CENTRO ODONTOLÓGICO al que acude.

2. EN CASO DE CITAS PROGRAMADAS

Para que el ASEGURADO acceda a las coberturas y beneficios adicionales deberá comunicarse directamente con el CENTRO ODONTOLÓGICO llamando al teléfono señalado en su CERTIFICADO DE SEGURO para programar su cita y posteriormente acudir presentando su documento de identidad. El CENTRO ODONTOLÓGICO verificará la vigencia de la PÓLIZA DE SEGURO del ASEGURADO, las coberturas y beneficios adicionales correspondientes.

3. ATENCIÓN AL CRÉDITO

Las coberturas y los beneficios adicionales cubiertos bajo el presente seguro serán pagados por PACÍFICO SEGUROS directamente al CENTRO ODONTOLÓGICO.

Este seguro no cubre atenciones por reembolso, es decir el ASEGURADO no deberá efectuar pagos al CENTRO ODONTOLÓGICO con excepción de los COPAGOS y COASEGUROS que correspondan de acuerdo al PLAN de SEGURO contratado.

PARTE C. COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES

Este seguro consta de tres PLANES DE SEGUROS y cubre los gastos ambulatorios ODONTOLÓGICAMENTE NECESARIOS, señalados en el PLAN DE SEGURO contratado.

El seguro, únicamente operará bajo la modalidad de atención al crédito (no cubre atenciones odontológicas en la modalidad de reembolso) para ser utilizado exclusivamente en el CENTRO ODONTOLÓGICO, bajo las condiciones y hasta por los límites establecidos en su PLAN DE SEGURO que se incluye en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO, de ser el caso.

Las coberturas y beneficios adicionales que otorga esta PÓLIZA DE SEGURO son efectivos sólo en el territorio de la República del Perú.

Este seguro no podrá ser utilizado para cubrir atenciones odontológicas necesarias en CENTROS ODONTOLÓGICOS distintos al señalado en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO, de ser el caso.

En estas CONDICIONES GENERALES se detallan todas las coberturas y beneficios adicionales que tiene el seguro. Sin embargo, el ASEGURADO deberá necesariamente revisar sus CONDICIONES PARTICULARES o su CERTIFICADO DE SEGURO para encontrar el detalle de las coberturas y beneficios adicionales con las que realmente cuenta su seguro:

COBERTURAS

1. URGENCIA ODONTOLÓGICA

DIAGNÓSTICO, pronóstico y plan de tratamiento sólo para casos de urgencias. Están cubiertas las siguientes urgencias:

1.1 Urgencias en prótesis

- a) Cementado provisional de prótesis fijas: Aplica para desprendimiento de prótesis fijas (puentes y coronas).
- b) Reparación de las prótesis movibles parcial o total: Aplica para reparación de la fractura de piezas dentales acrílicas.
- c) Reparación de fracturas simples de la porción acrílica de prótesis removibles parciales o totales: Aplica para reparación de la fractura de la porción acrílica.

1.2 Urgencias endodónticas

- a) Recubrimiento pulpar directo e indirecto.
- b) OBTURACIÓN provisional.
- c) Fractura dentaria.
- d) Desbridamiento de abscesos intraorales agudos.

1.3 Urgencias periodontales

- a) Detartraje en zona de urgencia.
- b) Desbridamiento de absceso gingival o periodontal agudos.

2. ENDODONCIA

De piezas anteriores y de piezas posteriores, que se pueden realizar mediante procedimiento convencional y rotacional. Aplicable sólo para piezas con DIAGNÓSTICO de:

- Pulpitis irreversible
- Necrosis pulpar
- Fracturas coronales complicadas.

3. CIRUGÍA ENDODÓNTICA

Aplicable a piezas con tratamiento de ENDODONCIA en las cuales persiste la infección de la raíz. Se requiere sustento radiográfico y/o de imágenes previo a la cirugía.

4. CIRUGÍAS

Cubre únicamente las siguientes:

- a) Ferulización con alambre y RESINA. Aplica para. subluxación, luxación intrusiva, luxación extrusiva, luxación lateral, avulsión

- b) EXODONCIA simple de piezas dentales permanentes, deciduas o restos radiculares. Aplica sólo para la pieza dental con sintomatología aguda: dolor e inflamación.
- c) EXODONCIA de dientes incluidos / impactados (molar del juicio). Aplica sólo para pieza dental con sintomatología aguda: dolor e inflamación.
- d) Frenectomía labial.

5. ODONTOLOGÍA RESTAURADORA Y OPERATORIA

- a) OBTURACIÓN con RESINA en piezas anteriores y posteriores. Aplica para piezas dentales con DIAGNÓSTICO de caries dental. En el caso de URGENCIAS ODONTOLÓGICAS aplica sólo para traumatismos dentoalveolares.
- b) Ionómero de vidrio en cuellos dentales sensibles (piezas anteriores y posteriores). Aplica para piezas con DIAGNÓSTICO de sensibilidad dentaria y/o desgaste en el cuello de la pieza dental

6. PERIODONCIA

- a) Cirugía para aumento de corona clínica.
- b) Gingivoplastia y gingivectomia

7. RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA

- a) Radiografía periapical
- b) Radiografía bitewing
- c) Radiografía oclusal
- d) RADIOGRAFÍA PANORÁMICA

8. REHABILITACIÓN

PROTESTS DENTAL: Aplica sólo para pacientes con DIAGNÓSTICO de edentulismo (ausencia de pieza dental), y se cubren las siguientes prótesis: Pernos colados, coronas completas metal-cerámica, prótesis parcial removible (PPR) y prótesis totales.

9. CHEQUEO PREVENTIVO ODONTOLÓGICO

a) PROFILAXIS.

b) Aplicación de flúor en niños hasta los 12 años de edad.

c) Aplicación de SELLANTES en niños hasta los 12 años de edad. (Según PLAN DE SEGURO contratado).

BENEFICIOS ADICIONALES

1. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA EN LÍNEA

Servicio de atención de urgencias odontológicas mediante llamada telefónica a Pacífico Asiste, por la cual médicos orientarán al ASEGURADO ante cualquier urgencia odontológica, las 24 horas del día, los 365 días del año.

2. TARIFAS PREFERENCIALES

PACÍFICO SEGUROS podrá otorgar un programa de descuentos en servicios odontológicos distintos a los que son materia de cobertura, y siempre que sean realizados exclusivamente en el CENTRO ODONTOLÓGICO señalado en la TABLA DE BENEFICIOS

PARTE D. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los gastos que sean consecuencia o provengan de:

- a) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean odontólogos colegiados.
- b) Actos que se realicen en contra de leyes, normas o reglamentos vigentes, en tanto sean la causa del siniestro o constituyan un delito.
- c) Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de las siguientes actividades, competencias o deportes peligrosos: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puentig, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o deportes practicados de manera profesional.
- d) Lesiones, condiciones a enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica a 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.
- e) Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.
- f) Gastos por complicaciones relacionadas a DIAGNÓSTICOS o TRATAMIENTOS no cubiertos por esta PÓLIZA DE SEGURO.
- g) Lesiones provenientes de accidente de trabajo.
- h) Enfermedades profesionales.
- i) Enfermedades y/o accidentes causados a provenientes por el consumo de estupefacientes o de alcohol.
- j) Lesiones que se hubiere causado el ASEGURADO voluntariamente o encontrándose en estado de enajenación mental, incluyéndose dentro de estas lesiones las originadas por la negligencia en el cumplimiento de las prescripciones médicas u odontológicas indicadas por el médica y/o profesional tratante.

- k) Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante a 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.
- i) Tratamiento odontológico originado por intento de suicidio.
- m) Neoplasias benignas y/o malignas.
- n) IMPLANTE DENTAL.
- o) Procedimientos odontológicos bajo anestesia general y/o sedación.
- p) Cirugías ODONTOLÓGICAS a excepción de las señaladas como cubiertas en estas Condiciones Generales.
- q) Servicios odontológicos domiciliarios.
- r) Medicamentos.
- s) Brackets cerámicos, estéticos y/o autoligantes y en general cualquier tipo de tratamiento cosmético/estético.
- t) Todo procedimiento o terapia o rehabilitación odontológica del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
- u) infección a causa de virus de inmunodeficiencia humana, así como sus complicaciones y consecuencias en cualquiera de sus estadios.
- v) Atención de proveedores odontológicos que no estén señalados en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICAOO DE SEGURO. No se cubrirán gastos por atenciones de odontólogos del CENTRO ODONTOLÓGICO que se realicen de forma independiente o en otros centros odontológicos.

Si una atención que debió ser rechazada por encontrarse excluida de cobertura hubiese sido cubierta por error y siempre que las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad, PACÍFICO SEGUROS no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicha atención a partir de la fecha de identificación del error.

PARTE E. DISPOSICIONES GENERALES

1. OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, PACÍFICO SEGUROS conviene en cubrir los gastos y/o costos del tratamiento odontológico que requiera el ASEGURADO TITULAR y/o su(s) DEPENDIENTE(S), de encontrarse inscritos en la Póliza, en los términos señalados en estas CONDICIONES GENERALES y solo hasta los límites y dependiendo de las condiciones pactadas en el PLAN DE SEGURO contratado.

2. PERSONAS ASEGURADAS

Este seguro cubre al ASEGURADO TITULAR y/o su(s) DEPENDIENTE(S), siempre que los mismos hayan sido incluidos y/o registrados como tales en la PÓLIZA DE SEGURO.

Es condición para la cobertura que otorga la contratación de este seguro que los DEPENDIENTES convivan con el ASEGURADO y dependan económicamente de él, según lo definido para este término en la Parte A de estas CONDICIONES GENERALES..

La edad límite de ingreso al seguro para el ASEGURADO y su cónyuge o conviviente y otros DEPENDIENTES registrados como tales en la PÓLIZA DE SEGURO. se establecerá en las CONDICIONES PARTICULARES y CERTIFICADO DE SEGURO.

Los hijos adoptados y los hijos del(la) cónyuge o conviviente del ASEGURADO podrán ser incluidos en el seguro desde el primer día en que adquieren la condición jurídica como tales, siempre que se presente a PACÍFICO SEGUROS la SOLICITUD DE SEGURO dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a ello.

3. PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO

Para algunos gastos cubiertos amparados por la PÓLIZA DE SEGURO, el ASEGURADO tendrá como obligación asumir el COPAGO y/o el COASEGURO establecidos, según se especifican en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO. Las definiciones de COPAGO y COASEGURO se encuentran señaladas en la Parte A de estas CONDICIONES GENERALES.

Asimismo, el ASEGURADO tendrá como obligación asumir los gastos no cubiertos por la PÓLIZA DE SEGURO.

El exceso de gastos que superen el límite máximo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES y en el CERTIFICADO DE SEGURO, de ser el caso, deberá ser asumido y pagado directamente por el ASEGURADO al CENTRO ODONTOLÓGICO.

4. CENTRO ODONTOLÓGICO

La relación de las sedes del CENTRO ODONTOLOGICO se muestra en la página web de PACÍFICO SEGUROS y es un anexo del Certificado de Seguro, o de las Condiciones Particulares en los seguros individuales.

La modificación de las sedes del CENTRO ODONTOLÓGICO durante la vigencia del contrato de seguro será comunicada, conforme a lo establecido en el Artículo sobre MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, de estas CONDICIONES GENERALES.

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

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

En caso de que se diera el cambio de sede, y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento en curso, se otorgará la atención en la misma sede bajo las mismas condiciones que tenía el ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, PACÍFICO SEGUROS orientará al ASEGURADO sobre otras sedes alternativas (en caso que el ASEGURADO lo solicite).

PARTE F. CONDICIONES LEGALES

Artículo 1º

CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

Artículo 2º

OBJETO DEL SEGURO

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

En las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza se fijará el tipo de prestación, las coberturas, la prima y sus plazos y forma de pago, y en general los límites y condiciones de las coberturas ofrecidas por PACÍFICO SEGUROS.

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

Artículo 3º

BASES DEL CONTRATO

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

El contrato de seguro está sujeto a que PACÍFICO SEGUROS haya aprobado la SOLICITUD DE SEGURO. La cobertura queda condicionada al pago de la prima y/o a la firma del convenio de pago, y/o a la ocurrencia del siniestro, si se produce antes del vencimiento para el pago de la prima.

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

Artículo 4º

DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA Y LA POLIZA

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

Artículo 5º

DECLARACIONES

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

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

La reticencia y/o declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el ASEGURADO podrá tener efecto sobre la validez del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 32º de estas CONDICIONES GENERALES. Asimismo, la totalidad de la información que PACÍFICO SEGUROS puede llegar a conocer sobre el estado de SALUD del ASEGURADO TITULAR del seguro y/o de sus DEPENDIENTES (incluyendo lo referido a PREEXISTENCIAS), consiste en, y se circunscribe exclusivamente a:

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

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

Artículo 6º

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.

Para los efectos de lo establecido en el párrafo anterior, se entenderá que los ASEGURADOS son residentes si están en el Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia de la Póliza.

Artículo 7º

COBERTURAS Y EXCLUSIONES

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

Artículo 8º

PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

- a) Las ENFERMEDADES preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato de seguro que tenía contratado el ASEGURADO en el período inmediato anterior a esta póliza de seguro, ya sea que provenga de un seguro individual o de un seguro colectivo. Lo establecido aplica aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente. La nueva póliza podrá contratarse en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguros anterior, conforme a lo señalado en la Ley N° 28770.

- b) La(s) PREEXISTENCIA(S) deberá(n) ser declarada(s) por el ASEGURADO en la SOLICITUD DE SEGURO proporcionada por PACÍFICO SEGUROS en la etapa

previa a la celebración del contrato de seguro. Se entiende que con la firma del ASEGURADO en dicha solicitud y con la aceptación de la misma por parte de PACÍFICO SEGUROS está autorizada para solicitar a la otra compañía de seguros los antecedentes médicos y los alcances de su seguro anterior, a fin de otorgar la continuidad de la cobertura.

- c) En todo lo no establecido en la presente condición se aplicará lo dispuesto por la Ley 28770, la Ley 29946 y la Resolución SBS N° 3203-2013 o normas que las sustituyan y/o modifiquen.

Artículo 9°

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

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

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

En caso de modificación de la póliza al vencimiento de la vigencia, ya sea con renovación automática o sin ella, se comunicará por escrito al CONTRATANTE los nuevos términos y condiciones de la póliza, con una anticipación de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la póliza, detallando las modificaciones en caracteres destacados. El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días

calendarios previos al vencimiento del contrato para rechazar la propuesta. En caso de rechazo, se considerará que no hay aceptación de la propuesta y por lo tanto, que no hay Contrato de Seguro al vencimiento del plazo original.

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

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

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

La comunicación que PACÍFICO SEGUROS envíe al contratante informando sobre las modificaciones al contrato de seguro se realizarán a través de los mecanismos de comunicación escritos señalados en la Póliza.

Artículo 10º

MODIFICACIONES DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

- a) PACÍFICO SEGUROS comunicará por escrito, por cualquiera de las formas convenidas con el CONTRATANTE sobre la modificación que quisiera realizar, durante la vigencia del contrato de seguro. En el caso de seguros grupales, PACÍFICO SEGUROS proporcionará la documentación suficiente al CONTRATANTE para que éste ponga en conocimiento del ASEGURADO TITULAR las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato
- b) El CONTRATANTE tiene un plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación de PACÍFICO SEGUROS para analizar la propuesta de modificación y tomar una decisión sobre la misma.
- c) EL CONTRATANTE podrá aceptar o no la modificación propuesta. Si está de acuerdo con la modificación deberá informarlo a PACÍFICO SEGUROS dentro del plazo antes señalado usando la misma forma de comunicación. La modificación convenida constará en un endoso a la Poliza.
- d) Si el CONTRATANTE no está de acuerdo con la modificación propuesta por PACÍFICO SEGUROS, el contrato se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual el contrato terminará.

Artículo 11º

DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

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

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

Artículo 12º**INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA - EFECTOS**

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

Antes del vencimiento de dicho plazo, PACÍFICO SEGUROS deberá comunicar de manera cierta al CONTRATAHE y/o ASEGURADO a través de los medios y en la dirección previamente acordada, la suspensión de la cobertura del seguro como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. En dicha comunicación se indicará el plazo que dispone el CONTRATAHE o ASEGURADO, según corresponda, para pagar la prima antes de la suspensión automática de la cobertura del seguro.

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

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

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, PACÍFICO SEGUROS podrá optar por resolver la póliza o el certificado de seguro. Para tal efecto, comunicará por escrito al CONTRATANTE en el caso que se trate de una póliza individual o al CONTRATANTE y al ASEGURADO en caso se trate de una póliza grupal con treinta (30) días calendarios de anticipación su decisión de resolver la póliza o el certificado de seguro respectivamente, por falta de pago de prima.

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

Artículo 13

REHABILITACION

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

Artículo 14

AGRAVACION DEL RIESGO - DEBER DE INFORMAR

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

En el supuesto de que se comunique una agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS comunicará por los medios de comunicación pactados al CONTRATANTE de una póliza individual o al CONTRATANTE y al ASEGURADO de una póliza grupal, dentro de los quince (15) días desde comunicada la agravación del riesgo, su decisión de: (i) resolver el Contrato de Seguro o su certificado de seguro, o (ii) proponerle el correspondiente reajuste de prima y/o establecimiento de nuevas condiciones contractuales, bajo apercibimiento de tener por resuelto el Contrato o su Certificado de Seguro de no mediar aceptación del CONTRATANTE dentro de los quince (15) días de recibida la comunicación por parte de PACÍFICO SEGUROS. En caso opte por resolver el Contrato o el Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no se le comunica oportunamente sobre la agravación del riesgo, PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a percibir la prima por el periodo de seguro en curso, es decir por el período efectivamente cubierto.

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

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

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

Artículo 15º

INDEMNIZACIÓN DE LOS SINIESTROS

- a) El límite de la indemnización a que se obliga PACÍFICO SEGUROS en caso de SINIESTRO cubierto es la Suma Asegurada señalada en las CONDICIONES PARTICULARES. En ningún caso PACÍFICO SEGUROS estará obligada a pagar una suma mayor.
- b) Los aspectos referidos a la información y la documentación que debe presentarse para la liquidación del SINIESTRO se encuentran detallados en la parte B "Procedimiento para Solicitar la Cobertura y Beneficios Adicionales".

Artículo 16

NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO o DEL CERTIFICADO DE SEGURO

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro, (desde e/ momento de su celebración), por cualquier causal existente at momento de su celebración.

La Póliza o el Certificado de Seguro son nulos por las siguientes causales:

- a) Ausencia de interés asegurable, actual o contingente al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
- b) Inexistencia de riesgo, si at tiempo de la celebración del contrato se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- c) Reticencia y/o declaración inexacta, si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, de circunstancia por ellos conocidas que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si PACÍFICO SEGUROS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo. La invocación de esta causal de nulidad deberá ser realizada por medios fehacientes. PACÍFICO SEGUROS, cuenta con un plazo de 30 días para invocar la causal de nulidad observada, plazo que se computa desde que conoce la reticencia o declaración inexacta.

Las causales señaladas aplican tanto para pólizas individuales como para pólizas grupales y asimismo aplican en forma individual para cada ASEGURADO que contrate dentro de una póliza grupal, respecto del certificado de seguros emitido a su nombre.

En el caso de nulidad de un Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS comunicará al CONTRATANTE sobre ello, sin perjuicio de la comunicación realizada at ASEGURADO. En caso se produjera la nulidad del Contrato de Seguro, el CONTRATANTE será el encargado de comunicar este hecho a los ASEGURADOS, luego de recibir la comunicación de PACÍFICO SEGUROS.

Efectos sobre la prima

En caso de nulidad de la póliza por las dos primeras causales descritas precedentemente PACÍFICO SEGUROS devolverá el importe de prima cobrada at CONTRATANTE o at ASEGURADO que haya pagado la prima. La devolución de la prima que corresponda se realizará mediante abono en la cuenta bancaria que el COHTRATANTE o ASEGURADO en su caso, indique a PACÍFICO SEGUROS por escrito, o mediante pago directo, a decisión de PACÍFICO SEGUROS, dentro del plazo de quince (15) días hábiles de comunicada la nulidad.

En el caso de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta PACÍFICO SEGUROS tiene derecho al cobro de la prima acordada para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio.

Artículo 17º

RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO

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

La resolución puede darse:

- a) Sin expresión de causa

Antes del vencimiento del plazo estipulado en la Póliza, el CONTRATANTE de manera unilateral y sin expresión de causa podrá solicitar la resolución del contrato. En las pólizas grupales el ASEGURADO podrá solicitar también su desvinculación del contrato de seguro, siguiendo el mismo procedimiento señalado a continuación.

El Contrato o el Certificado de Seguro de una póliza grupal se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día en que se reciba la comunicación escrita informándose sobre esta decisión, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, pudiéndose emplear los mismos mecanismos que se utilizaron para la contratación del mismo.

En el caso que quien solicite la resolución sea el CONTRATANTE de una póliza individual y sea una persona distinta del ASEGURADO, o sea el CONTRATANTE de una póliza grupal, él será el encargado de comunicar su decisión directamente y por escrito a los ASEGURADOS, debiendo dar constancia por escrito de ello a PACÍFICO SEGUROS.

Efecto sobre la prima

El CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, tendrá derecho a que se le devuelva la prima cobrada por el período no cubierto, lo que se realizará dentro del plazo de treinta días calendario de producida la resolución, mediante abono en la cuenta bancaria que el CONTRATANTE o ASEGURADO indiquen o mediante pago directo. La devolución de las primas pagadas no se encontrará

sujeta a penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar por resolución anticipada del contrato.

b) Por incumplimiento de obligaciones

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

i. Por falta de pago de la prima

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

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

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

ii. Por agravación del riesgo

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

- DEBER DE INFORMAR, de estas CONDICIONES GENERALES.

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

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

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

En cualquiera de los supuestos señalados en los numerales i, ii y iii, precedentes PACÍFICO SEGUROS deberá cursar una comunicación escrito al CONTRATANTE o al ASEGURADO de una póliza grupal, por cualquiera de los medios de comunicación pactados, señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. El contrato de seguro y/o el certificado de seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE o el ASEGURADO de una póliza grupal respectivamente, reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión. En el caso de resolución de un Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS comunicará al CONTRATANTE sobre su resolución, sin perjuicio de la comunicación realizada al ASEGURADO.

Efectos sobre la prima

PACIFICO SEGUROS tiene derecho a cobrar o a retener la prima devengada a prorrata si se producen los supuestos señalados en los literales precedentes, según corresponda, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

Artículo 18º

TERMINACION DE LA COBERTURA

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

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO TITULAR. En el caso de pólizas grupales se mantiene el seguro para los demás Asegurados de la póliza grupal.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada. En este caso termina el contrato y los certificados de seguros.
- c) Si PACÍFICO SEGUROS no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato o el certificado de seguro, según corresponda, queda extinguido.
- d) Cuando el ASEGURADO pierda su condición de residente en el país, de conformidad con lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y se encuentre en esa situación al momento de la renovación de la Póliza.

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

Artículo 19

RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA

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

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a DOLO o CULPA INEXCUSABLE, se aplicarán las siguientes reglas,

en cuanto sea aplicable, según sea constatada antes o después de producido el SINIESTRO:

- i. Si es constatada antes de que se produzca el SINIESTRO, PACIFICO SEGUROS presentará al CONTRATANTE o ASEGURADO una propuesta de revisión de la Póliza o Certificado de Seguro, según corresponda, dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE o ASEGURADO en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del CONTRATANTE o ASEGURADO respecto de la revisión de la Póliza o Certificado de Seguro, PACÍFICO SEGUROS podrá resolver el Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro, según corresponda, mediante una comunicación escrita dirigida al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. En las pólizas grupales, PACÍFICO SEGUROS informará también al CONTRATANTE sobre la propuesta de revisión de la póliza o sobre la resolución del certificado de seguro de ser el caso, en el mismo plazo y forma en que efectúe la comunicación al ASEGURADO. Corresponden a PACÍFICO SEGUROS las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

Artículo 20º

REVISIÓN DE LOS SINIESTROS

PACÍFICO SEGUROS tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de PACÍFICO

SEGUROS y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO.

Asimismo, PACÍFICO SEGUROS podrá requerir al ASEGURADO aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación que ha presentado, lo que deberá efectuar dentro de los primeros veinte (20) días de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza.

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. PACÍFICO SEGUROS manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 21º

SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

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

Artículo 22º

OTROS SEGUROS

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 23º

INFORMACION MEDICA E HISTORIA CLÍNICA

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

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

Artículo 24º

COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

En caso de contratación por mecanismos de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del seguro o en cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen salvo en los supuestos expresamente contemplados en estas CONDICIONES GENERALES que establecen la obligación de PACÍFICO SEGUROS de informar por escrito.

Artículo 25º

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

Artículo 26º

MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

Artículo 27º

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web

www.defaseq.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y PACÍFICO SEGUROS sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para PACÍFICO SEGUROS.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

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

Artículo 28

TRIBUTOS

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

Artículo 29º

RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

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

Artículo 30**DERECHO DE ARREPENTIMIENTO**

El CONTRATANTE o ASEGURADO tienen el derecho de arrepentimiento para resolver el Contrato o Certificado de Seguro, respectivamente, sin expresión de causa ni penalidad alguna. Este derecho se podrá ejercer dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales, o del Certificado de Seguro en el caso de pólizas grupales debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

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

ARTÍCULO 31**CESION DE CARTERA**

El ASEGURADO declara conocer que PACÍFICO SEGUROS tiene la facultad de ceder la cartera de seguros del que forma parte este producto de seguro, cumpliendo para ello de manera previa con el procedimiento establecido por el Reglamento de Cesión de Cartera de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 8420-2014, o la norma que la modifique.

A tal efecto, PACÍFICO SEGUROS pondrá en conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, el inicio del proceso de cesión, a través de cualquiera de los medios de comunicación directos señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza, otorgándole el plazo de sesenta (60) días para que se pronuncie, luego del cual se entenderá como aceptada la decisión por parte del contratante y/o asegurado, aun cuando no haya manifestado su consentimiento expreso.

Queda establecido que, por tratarse esta póliza de un seguro de salud, la empresa cesionaria, es decir la que reciba la cartera de pólizas de seguros, considerará esta póliza como una renovación de contrato, siempre que el CONTRATANTE y/o

ASEGURADO haya renovado sucesiva e ininterrumpidamente su póliza en los últimos cinco (5) años.

Esta cláusula se incorpora con el objeto de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO este informado sobre la existencia del derecho de PACÍFICO SEGUROS de efectuar una cesión de cartera de pólizas de seguro, la misma que se realizará siguiendo estrictamente los requisitos señalados por la normatividad vigente. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho a no aceptar la cesión de cartera, en cuyo caso su contrato de seguro terminará a la finalización de su vigencia anual.

ARTÍCULO 32

BASE LEGAL

En todo lo no establecido en el presente contrato de seguro, le será de aplicación la Ley N° 29946 — Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias; asimismo, en caso de discrepancia entre lo establecido en el presente contrato y la referida Ley, prevalecerán los términos de esta. Igualmente, le serán de aplicación supletoria al presente contrato la Ley N° 29571, que aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor.