

Condiciones Generales

PRODUCTO: SEGURO ONCOLOGICO

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506420103

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA.
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA).
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA.
13. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.
14. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
15. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
16. SUBROGACIÓN.
17. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
18. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
19. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
20. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.
21. PRESCRIPCION LIBERATORIA.
22. TRIBUTOS.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

23. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
24. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
25. PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA
26. EXONERACIONES DE LOS PERIODOS DE CARENCIA.
27. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
28. COBERTURAS.
29. EXCLUSIONES.

30. AVISO DE ENFERMEDAD Y ACTIVACIÓN DEL SEGURO.
31. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS.
32. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

INTRODUCCION

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, siempre que la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO sea verdadera.

El inicio de la cobertura se encontrará condicionado a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y al pago de la prima convenida o al momento de la ocurrencia del siniestro (antes de que ocurra el pago), lo que ocurra primero.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

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

ALTA HOSPITALARIA: Es el término de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico (por curación, fallecimiento, traslado o retiro voluntario).

ANTECEDENTES FAMILIARES: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia hasta el segundo grado de consanguinidad (abuelos, padres y hermanos) junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia y son evaluados al momento de la suscripción cuando se evalúa la solicitud de seguro y declaración personal de salud. También se llama antecedentes médicos familiares.

ASEGURADO: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

ATENCION AMBULATORIA: Toda consulta médica que se realiza en un proveedor de servicio en salud y que tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una atención hospitalaria.

ATENCION HOSPITALARIA: Internamiento por indicación médica en un proveedor de servicio en salud que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.

BENEFICIO CLÍNICO RELEVANTE: Es el beneficio adicional que puede tener un nuevo tratamiento en comparación con una terapia estándar, de efectividad ya probada. Los estudios clínicos realizados para probar un nuevo tratamiento tienen que demostrar que éstos tienen mayor efectividad/seguridad que el tratamiento estándar.

BENEFICIO MAXIMO ANUAL Importe límite que la ASEGURADORA asumirá por la totalidad de atenciones del ASEGURADO. Todos los gastos pagados disminuyen el beneficio máximo anual por persona. El monto del beneficio máximo anual se detalla en el artículo 27°; este importe incluye el Impuesto General a la venta. Al renovarse el plan de beneficio se rehabilitará el beneficio máximo anual.

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

CARTA DE GARANTIA: Es el documento de autorización de cobertura al ASEGURADO tramitado por proveedor de servicios en salud y emitido por la ASEGURADORA, quien es la encargada de su aprobación. Los procedimientos no contemplados en la Carta de Garantía serán pagados por el ASEGURADO.

CERTIFICADO MÉDICO DE ATENCION: Documento médico legal que certifica haberle dado atención a un paciente. Es conocido también como certificado médico.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. La relación de diagnósticos CIE-10 se encuentra publicada en la página web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

CLAUSULA ADICIONAL: Aquellas condiciones especiales que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos

COASEGURO: Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Coaseguro se especifican en el Plan de Beneficios.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de ASEGURADO. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas para regir los contratos perteneciente a un mismo ramo o modalidad de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.

CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO: Documento en el que consta el compromiso por parte del CONTRATANTE de pagar la prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.

CORREDOR DE SEGUROS: Es la persona que maneja la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.

CULPA INEXCUSABLE:

Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia grave, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar. Tiene el mismo efecto que el Dolo.

DECLARACIÓN INEXACTA: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – DPS: Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

COPAGO: Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Copagos y Coaseguros.

DÍAS: Son días naturales. Incluye feriados, sábados y domingos.

DOLO: Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.
Tiene el mismo efecto que la *Culpa inexcusable*.

ENDOSO: Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.

ESTUDIOS CLÍNICOS: Son investigaciones realizadas en personas para determinar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz, en comparación con otros tratamientos ya conocidos y ampliamente utilizados. Es el mejor tipo de investigación que se puede realizar para determinar las ventajas de un nuevo tratamiento en comparación con otro de efectividad ya conocida. La participación en estos estudios es voluntaria y necesita de la aprobación de un comité de ética para su realización.

EMEA (EUROPEAN MEDICINES AGENCY): Organización europea que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, de forma similar a la FDA.

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

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

EXCLUSIONES: Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

GUÍAS CLÍNICAS: Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

HONORARIOS MEDICOS

Se entienden como honorarios médicos exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otros profesionales.

INDEMNIZACIÓN: Es el importe que figura descrito en el Plan de Beneficios, y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o Beneficiario en caso que ocurra un siniestro.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la

medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN): Es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a incrementar la calidad y efectividad del cuidado brindado a los pacientes con cáncer. Se encarga de elaborar recomendaciones y guías de manejo que proporcionan valiosa información a los médicos para la toma de decisiones concernientes a la salud del paciente (<http://www.nccn.org>).

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI): El NCI, que forma parte de los Institutos Nacionales de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (National Institutes of Health of the United States Department of Health and Human Services) es el organismo principal del Gobierno Federal para la investigación del cáncer. El NCI conduce, coordina y financia la investigación en cáncer, la capacitación, la diseminación de información de salud y otros programas relacionados con la causa, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de cáncer. Se puede visitar el portal de Internet del NCI en <http://www.cancer.gov>. También se llama Instituto Nacional del Cáncer.

NIVEL DE EVIDENCIA II A: Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia "II A", según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia "II A" es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

PERIODO DE ESPERA: Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no estarán activas. Culminado este período a diferencia del Período de Carencia, la ASEGURADORA otorgará la cobertura a aquellas atenciones.

PÓLIZA DE SEGURO: Es el documento emitido por LA ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las condiciones especiales si las hubiere entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; las condiciones particulares; las condiciones generales; la solicitud de seguro; el resumen; sus documentos

accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales.

PRIMA O PRIMA COMERCIAL: Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la ASEGURADORA. No incluye IGV.

PRIMA NETA: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

PRIMA PURA DE RIESGO: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro.

PROVEDORES DE SERVICIOS EN SALUD: Son todos aquellos que prestan servicios en salud sean clínicas, hospitales o instituciones médicas, los cuales otorgan cobertura bajo las condiciones de la Póliza siempre que se encuentren afiliados a nuestra red de proveedores en servicios en salud detallada en el Plan de Beneficios.

RECLAMO: Comunicación que presenta un Usuario a través de los diferentes canales de atención habilitados por la ASEGURADORA, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido.

RETICENCIA: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

SALUD: Estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

SINIESTRO: Ocurrencia de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA: Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

SOLICITUD DE REEMBOLSO: Es el formato entregado por la ASEGURADORA al ASEGURADO para que sea debidamente completada por éste una vez que haya sido atendido por un médico particular (no incluido en el Plan de Beneficio). Luego de ser evaluada la solicitud por la ASEGURADORA, se le devolverá al ASEGURADO los gastos incurridos conforme se establece en las condiciones de reembolso de su Plan de Beneficios. Aplica siempre y cuando tenga esta cobertura en el Plan de Beneficios.

SOLICITUD DE SEGURO: Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro y que puede contener la Declaración Personal en Salud.

TABAQUISMO: El tabaquismo es la adicción a los productos del tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

TARIFARIO RIMAC: En el tarifario Rimac se establecen los límites que la COMPAÑÍA reconocerá por cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes proveedores de servicios en salud del Perú en caso la atención se presente por reembolso. El Tarifario Rímac se encuentra disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe, ingresando al link de Temas Relacionados y a continuación, al link de Reembolsos.

TASA DE COSTO EFECTIVO ANUAL (TCEA): Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el CONTRATANTE, con el monto por concepto de Prima Comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

TERAPIA EXPERIMENTAL EN CÁNCER Y CLINICAL TRIALS (ESTUDIOS CLÍNICOS): El tratamiento del cáncer es una de las áreas de la medicina sobre la cual se realizan múltiples investigaciones a un ritmo muy elevado, en busca de un tratamiento efectivo. Muchas de estos tratamientos no llegan a ser debidamente estudiados, debido a la premura con la que deben ser administrados, por lo que no se tiene certeza sobre su efectividad. Estos tratamientos entonces son considerados terapias experimentales. En estos casos la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) fija recomendaciones para uso en base a los estudios clínicos (*clinical trials*) disponibles.

TERAPIA MÉDICA EXPERIMENTAL: Es todo aquel tratamiento, medicación, droga, dispositivo, procedimiento o servicio relacionado a un diagnóstico o condición particular cuando uno de las siguientes características existe:

- a) La terapia para la condición médica particular, no es garantizada o aprobada por la FDA.
- b) La terapia no ha sido reconocida como una práctica médica aceptable mundialmente bajo el parámetro de Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a los parámetros de la Agency for health care, Research and Quality de los EEUU (niveles de Evidencia I y "II A").
- c) La terapia está sujeta a:
 - Protocolo de investigación escrito.
 - Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.
 - Ensayos clínicos en fase I o II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase III, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios humanos y de salud (HHS).

TRASPLANTE: El trasplante de un órgano sólido, tejido o de células stem hematopoyéticas de humano a humano, es el servicio médico a través del cual se realiza la remoción, preservación, transporte y recepción de éstos, y está sujeto a todos los términos condiciones, limitaciones, exclusiones establecidos por la Póliza de Seguro.

TRATAMIENTO MÉDICAMENTE NECESARIO: Indicación médica sustentada por medicina basada en evidencia.

UCR: (Usual, Customary and Reasonable) Es el costo usual, acostumbrado y razonable por las prestaciones de salud en cada zona geográfica, el cual puede ser conocido por el ASEGURADO en nuestra página web: www.rimac.com.pe para costos en el Perú.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste en caso de reembolso, a causa de una enfermedad que requiera asistencia médica, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Clausulas Adicionales, Endosos y las Condiciones Especiales, que en forma conjunta e

indivisible constituyen la Póliza de Seguro. En ningún caso se otorgará cobertura de un beneficio que no figure en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- 3.1.** El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.
- 3.2.** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.
- 3.3.** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a La ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- 3.4.** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.5.** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- 3.6.** El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA ASEGURADORA.

ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

La presente póliza tiene vigencia desde las doce del mediodía (12:00 m.) hasta las doce del mediodía (12:00 m.) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

La Póliza de Seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, conforme al procedimiento descrito en el literal D del artículo quinto del presente documento.

En caso el CONTRATANTE hayan venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la ASEGURADORA modifique las primas, coaseguros, copagos y proveedores de servicios en salud que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la ASEGURADORA solo desde que esta comunique al ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente, se presume solo cuando la ASEGURADORA haya advertido al CONTRATANTE en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la ASEGURADORA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando estas sean favorables para el ASEGURADO.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el ASEGURADO.

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para

manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la ASEGURADORA.

En caso la propuesta de modificación enviada por la ASEGURADORA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el CONTRATANTE, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la ASEGURADORA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO:

El Contrato de Seguro terminará en caso de que se presenten cualquiera de los siguientes supuestos o lo que ocurra primero:

- 6.1. Al fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.
- 6.2. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- 6.3. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA):

La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- 7.1. **Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma,**

lugar y medios que usó para la contratación del seguro Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- 7.2. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de 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 recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.**
- 7.3. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.**

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO o CONTRATANTE no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El ASEGURADO o CONTRATANTE incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.**
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.**
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.**

- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

- 7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas:

7.4.1 LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO TITULAR presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

7.4.2 LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO DEPENDIENTE (en caso de haberlo) presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, LA ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en los numerales 7.4.1 y 7.4.2, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

- 7.5 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza. La propuesta de revisión presentada al CONTRATANTE, deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE de respuesta a la revisión propuesta. La resolución del contrato se producirá a los treinta (30) días de

recibida la comunicación con la decisión de la ASEGURADORA, correspondiéndole a ésta la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.6 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

7.7 En caso que el ASEGURADO TITULAR o los ASEGURADOS DEPENDIENTES no cumplan con el requisito de asegurabilidad descrito en el numeral 23.3 de las presentes Condiciones Generales. Para que opere la resolución indicada en el presente numeral, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo LA ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- a) El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1. y 7.6. precedentes
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2. al 7.5. precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, éste deberá presentar su solicitud de reembolso

en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud

Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo:

- 8.1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 8.3. precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro. Asimismo, dicho pronunciamiento deberá ser notificado por medio fehaciente

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el

ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

ARTICULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1. Si el CONTRATANTE y/ o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

9.2. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

(i) Constatación ANTES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la suma asegurada a pagar 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 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

- 10.1. Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.**
- 10.2. La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.**
- 10.3. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.**
- 10.4. Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares.**
- 10.5. La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.**
- 10.6. Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.**

- 10.7. Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y supletoriamente aplica lo siguiente:**
- i) Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.**
 - ii) Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.**
 - iii) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.**
 - iv) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.**
 - v) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.**
- 10.8. El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.**
- 10.9. Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.**
- 10.10. La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.**

10.11. La ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la prima, la cual constará en el Plan de Beneficios, aunque aquella estimación será meramente referencial, por cuanto las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el numeral precedente.

10.12. EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

- (i) SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:** El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de manera cierta, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

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

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

- (ii) RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA:** La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

10.13. Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de

la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos . En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTE:

La ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización si:

- 12.1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.**
- 12.2. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.**
- 12.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.**

La ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTÍCULO 13°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de

este producto por dichos canales de comercialización , el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, LA ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el CONTRATANTE deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el Contratante empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.

ARTÍCULO 14º.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas.

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad (todos los costos relacionados serán asumidos por el ASEGURADO).

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no se considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO 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 Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;**
- (ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,**
- (iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.**

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias

ARTÍCULO 15º.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS:

15.1 La ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá dentro del plazo indicado en el penúltimo párrafo del presente numeral hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella durante el internamiento o atención médica de aquellos en los proveedores de servicios en salud elegidos, o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, para lo cual el ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que se presente toda la documentación e información solicitada.

En general la ASEGURADORA, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

15.2 Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la ASEGURADORA inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual, de acuerdo a lo indicado en el numeral 7.4 de las Condiciones Generales. Para efectos del pago del siniestro, las aclaraciones o precisiones que correspondan, solo podrán ser requeridas respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO. Las acciones legales que se podrán adoptar serán una demanda civil y/o una denuncia penal según corresponda.

ARTÍCULO 16°.- SUBROGACIÓN:

Desde el momento que la **ASEGURADORA** preste los gastos médicos de acuerdo a la cobertura brindada en la presente Póliza, subroga al **ASEGURADO** en su derecho para repetir contra terceros responsables de cualquier deterioro en la salud ocasionados a éste. La subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica. La subrogación aplicará, de igual forma, contra el médico, en los casos que se presente negligencia médica, mala praxis o complicaciones médicas no esperadas.

ARTÍCULO 17°.- ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario podrán presentar una queja o reclamo de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

17.1. Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.

17.2. Por escrito: Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 18°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) Beneficiario(s), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 19°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las coberturas provisionales, prorrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 20°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar sus consultas y denuncias ante la Defensoría del Asegurado, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda

ARTÍCULO 21°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

ARTÍCULO 22°.- TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 23°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

- 23.1. Se denomina ASEGURADO TITULAR a la persona incorporada como tal en esta Póliza siempre y cuando no haya cumplido los sesenta años (60) años al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad al momento de la inscripción en la póliza.
- 23.2. Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:
- a) Al cónyuge o concubino del ASEGURADO TITULAR siempre y cuando no haya cumplido los sesenta años (60) años al momento de su inscripción.
 - b) A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del ASEGURADO TITULAR, siempre que no hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad al momento de la inscripción, y sean solteros y económicamente dependientes del ASEGURADO TITULAR, no contando con un ingreso económico regular o irregular.
- 23.3. Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, residan permanentemente en el Perú, un total de nueve meses durante el año de vigencia.
- 23.4. Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO TITULAR como para su cónyuge o concubino sólo serán de aplicación en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la Póliza.
- 23.5. El límite de permanencia para los hijos dependientes será al cumplir los veinticinco (25) años de edad. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de la COMPAÑÍA.
- 23.6. Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.
- 23.7. No obstante no haber cumplido los ASEGURADOS DEPENDIENTES la edad límite para su permanencia en la Póliza, serán excluidos en caso el ASEGURADO TITULAR proceda con la anulación de la póliza.

23.8. No pueden ser asegurados bajo esta Póliza de Seguro las personas afectadas de una Invalidez Total y Permanente.

ARTÍCULO 24°.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

- 24.1. Los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que no hubieren excedido la edad límite fijada al momento de su inscripción y hubieren cumplido con los requisitos de afiliación correspondientes, siendo obligatorio el llenado completo y exacto de la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA.
- 24.2. El CONTRATANTE se obliga a informar a la ASEGURADORA la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO. De igual forma comunicará a la ASEGURADORA respecto a los ASEGURADOS que deben ser excluidos.
- 24.3. Los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha establecida en el Endoso previa aceptación de la ASEGURADORA. La Solicitud de Inclusión de los nuevos ASEGURADOS Dependientes deberá acompañar en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO.
- 24.4. Las exclusiones de los ASEGURADOS DEPENDIENTES surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.
- 24.5. En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO DEPENDIENTE, se puede solicitar su nueva inscripción quedando asegurado a partir de la fecha establecida en el Endoso correspondiente, sujeto a previa aceptación de la ASEGURADORA que se evidenciará con la emisión de dicho Endoso.

Para todos los tipos de inscripción mencionados en este artículo, será de aplicación los Periodos de Carencia y Espera estipulados en la presente Póliza.

ARTICULO 25°.- PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

25.1. PERIODO DE CARENCIA: Es el período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al **ASEGURADO** no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

Para la presente Póliza aplica el siguiente Período de Carencia:

A. Para las coberturas de la presente Póliza aplica un periodo de carencia de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

25.2. PERIODO DE ESPERA: Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no estarán activas. Culminado este período a diferencia del Período de Carencia, la **ASEGURADORA** otorgará la cobertura a aquellas atenciones.

Para la presente Póliza aplica el siguiente Período de Espera:

B. Para la cobertura de Trasplante de Médula Ósea será de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

ARTÍCULO 26°.- EXONERACION DE LOS PERIODOS DE CARENCIA

26.1. Solo aplica la exoneración del Período de Carencia en los casos que, el **ASEGURADO** hubiere tenido contratada anteriormente otra Póliza de Asistencia Médica de la **ASEGURADORA** o de otra Compañía de Seguros con cobertura oncológica, por un periodo no menor de tres meses para el periodo de carencia y no menor a 24 meses para el periodo de espera, y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de esta Póliza, por lo que, la **ASEGURADORA** exonerará al **ASEGURADO** del Periodo de Carencia. Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la Solicitud de inscripción del Seguro, copia de la Póliza o Plan de Salud anterior, así como copia del comprobante(s) de pago(s) cancelado(s) correspondiente(s) al pago de la prima u aporte anual de la Póliza o Plan de Salud anterior; incluyendo el detalle de los siniestros incurridos.

26.2. Queda entendido que, en caso de renovación automática de la Póliza ya no aplica el Período de Carencia para los períodos ya computados, pues para los casos donde el Período de Carencia o Espera sea mayor al de la vigencia de la Póliza se realizará una sumatoria de plazos hasta

su cumplimiento contabilizados a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de la Póliza. Esta sumatoria de plazos para el cumplimiento del Período de Carencia quedará inactiva cuando se resuelva la Póliza por alguna causal establecida en la presente y se genere una nueva Póliza de Seguro o cuando se excluya a un ASEGURADO DEPENDIENTE y se solicite una nueva inscripción.

26.3. Exoneración de Carencia y Espera para el caso de enfermedades preexistentes que cuenten con continuidad de cobertura (diagnóstico de enfermedad o condición durante la vigencia de alguna Póliza de Seguro anterior).

En los casos que aplique la continuidad de cobertura de Enfermedades Preexistentes, bajo las condiciones estipuladas en la presente Póliza (penúltimo párrafo del artículo 14° de las Consideraciones Generales), solo aquellas enfermedades preexistentes que gocen de dicha continuidad tendrán exoneración de los Períodos de Carencia y Espera en la inscripción del **ASEGURADO** en la Póliza.

ARTÍCULO 27°.- BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

La suma de todos los gastos cubiertos por la ASEGURADORA incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por cada ASEGURADO, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo por ASEGURADO indicado en el Plan de Beneficios del Condicionado Particular.

El término “Gastos Cubiertos” según se emplea en la póliza se refiere a los gastos usuales, acostumbrados y razonables, para atenciones por reembolso y al crédito, incurridos por un ASEGURADO dentro del territorio nacional tomando como base los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar, el mismo que está a disposición mediante nuestro Tarifario Rimac, el cual se encuentra disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe, ingresando al link de Temas Relacionados y a continuación, al link de Reembolsos, y hasta los límites señalados en el plan de beneficios. Este tarifario aplica solo para atenciones por reembolso.

Al término de cada año de vigencia de la Póliza, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Cuando a la presente Póliza apliquen Coberturas Adicionales, aquellas tendrán sus propios límites y en caso de no consignarlo, su límite será el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Cuando a la presente Póliza apliquen Beneficios Adicionales, aquellos tendrán sus propios límites y su uso no disminuye el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El tipo de beneficio aplicable a cada cobertura se establecerá en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 28º.- COBERTURAS:

Se denominan gastos cubiertos, según los términos y condiciones de este Contrato de Seguros, a los gastos incurridos por el ASEGURADO en el tratamiento de Cáncer, según los estándares médicos internacionales recomendados por el National Cancer Comprehensive Network (NCCN) o por el National Cancer Institute, siempre y cuando no estén excluidos en el Artículo 12º de esta Póliza.

Los gastos cubiertos incluyen:

- 11.1 Gastos totales que demande el tratamiento ambulatorio del ASEGURADO, incluyendo los honorarios profesionales por consultas, medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, procedimientos clínicos, Radioterapias y Quimioterapias.
- 11.2 Gastos totales que se incluyen en el tratamiento ambulatorio o durante la hospitalización, posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, por concepto de: Laboratorio y Radiología, Histopatología, Tomografía computarizada, Medicina nuclear, Drogas antineoplásicas.
- 11.3 Gastos totales por concepto de hospitalización posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, tales como: Habitación individual simple, Honorarios por servicios médicos y cualquier otro concepto derivado del período de hospitalización. Costo y administración de medicamentos, anestésicos y oxígeno. Derecho de sala de operaciones.

Están comprendidos dentro de los gastos médicos, los tratamientos ambulatorios u hospitalarios que requiera el ASEGURADO para el tratamiento de cáncer cubierto por esta Póliza.

ARTÍCULO 29º.- EXCLUSIONES:

Son exclusiones del presente contrato los gastos médicos u otros gastos a consecuencia de, o relacionados con:

- a. Las enfermedades pre-existentes al inicio de la vigencia de este seguro, o causas o consecuencias relacionadas con estas enfermedades o dolencias pre-existentes, así hayan sido declaradas en la solicitud de seguro, para los casos en donde no resulte de aplicación lo citado en el artículo 14° precedente.
- b. Cáncer, Tumor Maligno o Enfermedad Oncológica, que se haya detectado o diagnosticado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura, definido e indicado en el artículo 8° de esta Póliza.
- c. Los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, así como tratamientos por desórdenes nerviosos o trastornos del sueño.
- d. Las Pistolas de Suturas, suturas automáticas o grapas.
- e. Toda terapia biológica, productos de origen biológico de cualquier naturaleza, tanto naturales, semi sintéticos o sintéticos. Factores estimulantes de colonias, interferones, interleukinas, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosin kinasa, antiangiogénicos, inhibidores de la proteosoma u otros modificadores de la respuesta biológica. La inmunoterapia y factor de crecimiento hematopoyético.
- f. Tratamientos médicos o cirugías estéticas o cirugía plástica y prótesis de cualquier tipo, excepto la cirugía reconstructiva de mama, posterior a una mastectomía total, siempre que este tratamiento hubiera sido cubierto por esta Póliza. Esta excepción no incluye la prótesis de mama, que está excluida de cobertura
- g. Compra de Sangre y derivados: Plasma, Albúmina, plaquetas, paquetes globulares. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes, exceptuándose de esta exclusión la prueba cruzada para verificar la compatibilidad del receptor. Están excluidos los equipos de auto-transfusión.
- h. Ansiolíticos, vitaminas, suplementos alimenticios, nutrición parenteral y enteral, así como productos no medicinales, productos o extractos naturales, medicina homeopática, farmacopea china, medicamentos experimentales según lo establecido por la Food and Drug Administration (FDA), medicina con fines placebo o de eficacia terapéutica no comprobada o de beneficio no demostrado científicamente.
- i. Tratamiento médico o medicina alternativa o complementaria siendo estos los siguientes: acupuntura, hipnosis, aromaterapia, kinesiología, reflexoterapia, yoga. Tratamientos médicos cuyo beneficio no esté demostrado científicamente, o su eficacia terapéutica no esté debidamente comprobada, considerándose en esta exclusión los tratamientos experimentales o en periodo de prueba, según la Food and Drug Administration (FDA). Los servicios o

tratamientos realizados o prescritos por personas que no sean médicos colegiados activos.

- j. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA (ver Definiciones). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación
- k. Tratamientos por rehabilitación o terapia física.
- l. Enfermedades, tratamientos médicos, estudios o diagnósticos no oncológicos. Toda enfermedad o condición no oncológica que haya sido causada, agravada, complicada o directamente afectada por la enfermedad, tratamiento y/o procedimiento proporcionado con relación a un caso de Cáncer.
- m. Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultantes del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos. En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- n. Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.
- o. Los gastos por tratamiento médico, así como honorarios médicos u otros, que sean pactados directamente por el ASEGURADO en clínicas o proveedores afiliados, sin el conocimiento ni aprobación previa de la COMPAÑÍA.

- p. Cuidados por enfermeras o técnicas o auxiliares de enfermería especiales o particulares.
- q. Trasplante de Médula Ósea, tejidos y órganos, células madre.
- r. Enfermedades ocupacionales y contaminación nuclear.
- s. Todo tratamiento o gasto efectuado en el extranjero, gastos de transporte de cualquier tipo y reembolso de cualquier naturaleza.

ARTÍCULO 30º.- AVISO DE ENFERMEDAD Y ACTIVACION DEL SEGURO

Para realizar la activación de la cobertura Oncológica, EL ASEGURADO deberá acercarse al módulo de atención de Auditoría Médica ubicado en la Av. Paseo de la República 3505, San Isidro, o a cualquiera de las Plataformas de la ASEGURADORA a nivel nacional llevando consigo el resultado Anatómico Patológico original (debe contener la firma del médico patólogo colegiado con registro de especialista) y la copia del DNI vigente inmediatamente después de conocer o haber sido informado del diagnóstico positivo de cáncer

El plazo máximo estipulado para dar aviso a la COMPAÑÍA será de ciento veinte (120) días calendarios contados a partir de la fecha del diagnóstico positivo de cáncer, o siete (7) días desde que se toma conocimiento del beneficio. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Asimismo, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización, siempre que exista culpa inexcusable, hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo . Cuando se pruebe la falta de culpa inexcusable en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Presentado el aviso, la COMPAÑÍA podrá ejercer su derecho de solicitar además de la documentación señalada en el primer párrafo de este artículo, una evaluación y segunda opinión médica sobre la condición de salud del ASEGURADO y sobre su historial médico.

El plazo para la activación de la póliza será de 8 días calendario desde que la ASEGURADORA cuente con el resultado Anatómico Patológico original y la copia del DNI vigente del ASEGURADO en adición a la información que pudo solicitar relacionada a los resultados de la evaluación y segunda opinión médica sobre la condición de salud del ASEGURADO requerida por la compañía.

En caso de no proceder conforme lo indicado en dicho plazo, el ASEGURADO podrá acudir a la vía judicial y/o a la que considere pertinente para hacer valer sus derechos.

**ARTÍCULO 31º.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS:
CREDITOS Y REEMBOLSOS:**

Las formas de acceder a la cobertura de la Póliza, sea a través de crédito o reembolso, se delimitarán por cada cobertura y estarán detalladas en el Plan de Beneficios, pues en caso de no encontrarse descritas en dicho documento no será posible acceder a través de dicha forma de cobertura. Aquellas son las siguientes:

31.1 CREDITO (antes): Son las atenciones por las que el ASEGURADO asume los Coaseguros y Copagos, y los gastos o excesos no cubiertos por la póliza, debiendo pagarlos directamente al proveedor de servicios en salud afiliado a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios.. Los gastos cubiertos en exceso de los Coaseguros y Copagos serán asumidos directamente por la ASEGURADORA, quien se encargará del pago del servicio a dichos proveedores siempre que haya pertinencia médica.

Cada atención médica corresponde a un acto médico y por lo tanto, cada atención está sujeta al pago de un Coaseguro, y Copagos de ser necesario.

Es factible que para las atenciones hospitalarias y/o atenciones ambulatorias programadas,, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía por parte de la ASEGURADORA, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Coaseguros y Copagos a cargo del ASEGURADO.

31.2 REEMBOLSO (después): Aplica cuando el ASEGURADO ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió. El sistema de reembolso operará en caso el ASEGURADO haya tenido una atención en la red de clínicas afiliadas a su plan de salud o en un proveedor distinto a estos.

En el reintegro de los gastos incurridos se le descontarán los montos por concepto de Coaseguro y Copagos objeto de la cobertura.

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con lo indicado en el Plan de Beneficios.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al Tarifario Rimac, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).

ARTÍCULO 32°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Una vez activa la cobertura Oncológica, EL ASEGURADO cuenta con las siguientes formas para realizar sus atenciones, mediante Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

32.1 ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR CRÉDITO: EL ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.
- b) Presentar su documento de identidad.
- c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Coaseguro y Copago de la cobertura.
El pago del Copago tendrá una vigencia de siete (7) días calendario tanto para la consulta médica como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial.
- d) En caso de Atención Hospitalaria y/o Atención Ambulatoria programada, el ASEGURADO deberá coordinar con el proveedor de servicios en salud la solicitud de una Carta de Garantía a la ASEGURADORA, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Coaseguros y el Copagos respectivos.

32.2 ATENCIONES POR REEMBOLSO (procedimiento válido sólo en caso que la póliza contemple el beneficio de reembolso) El ASEGURADO tendrá que:

- a) Una vez activado el seguro, luego de realizada la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: www.rimac.com.pe.
- b) El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar la historia clínica completa.
Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.
- c) Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al Tarifario Rimac, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe.
- d) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud.
- e) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:
 - i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
 - ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.
- f) En caso que la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la ASEGURADORA podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos treinta días.

- g) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.**
- h) Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.**
- i) En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.**