PONTIFICIA UNIVERSIDAD

CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE DERECHO

INFORME SOBRE EXPEDIENTE DE RELEVANCIA JURÍDICA, N° 582-2013/CC1, E-2569, DENUNCIA CONTRA EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. RESPECTO A LA COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar por el Título de Abogada que presenta:

Joyce Helena Vivas Huaccho

Revisor:

Julio Baltazar Durand Carrión

Lima, 2024

INFORME DE SIMILITUD

Yo**, Julio Baltazar Durand Carrión**, docente de la Facultad de **DERECHO** de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado:

INFORME SOBRE EXPEDIENTE DE RELEVANCIA JURÍDICA N° 582-2013/CC1, E-2569, DENUNCIA CONTRA EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. RESPECTO A LA COBERTURA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

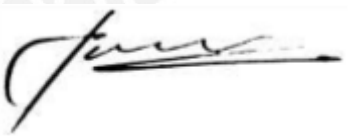
del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as)

Joyce Helena Vivas Huaccho

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **35%.** Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el **20/09/2024.**
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: **Lima, 2 de octubre de 2024**

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: **Durand Carrión, Julio Baltazar**	
DNI: 06726360	
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2926-1912	

RESUMEN

El presente informe jurídico analiza el Expediente No. 582-2013/CC1, el cual aborda la denuncia interpuesta por Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra Pacífico Peruano - Suiza CIA Seguros y Reaseguros debido a la exclusión de cobertura de enfermedades preexistentes previamente cubiertas por una Entidad Prestadora de Salud a la cual se encontraba afiliado el denunciante, en el marco del seguro de salud denominado “Seguro de Continuidad” contratado con dicha compañía de seguros.

A partir de los hechos denunciados, en primer lugar, se evalúa si la Ley del Contrato de Seguro establece la obligación de las compañías de seguros de brindar cobertura en el supuesto de preexistencias cruzadas, determinando la interpretación más idónea del artículo 118 de dicha norma.

En segundo lugar, se analiza la vigencia de la Ley del Contrato de Seguro y su aplicación en el tiempo de conformidad con el ordenamiento jurídico peruano, a efectos de corroborar si esta norma resultaba aplicable a una relación contractual que se originó de manera previa a la entrada en vigencia de esta norma.

En tercer lugar, se ahonda respecto al deber de idoneidad que tenía Pacífico Seguros frente a el Señor Segovia para concluir si, a la luz del Código de Protección y Defensa del Consumidor, este fue infringido al excluir de cobertura a las atenciones médicas derivadas de enfermedades preexistentes.

Finalmente, se analiza la medida correctiva impuesta por el INDECOPI en el caso concreto, a efectos de determinar si esta resultaba suficiente e idónea para atender los derechos de los consumidores, o si existían medidas correctivas adicionales o alternativas que podrían haber sido adoptadas para tal efecto.

Palabras clave: seguros de salud; preexistencias cruzadas; aplicación de normas en el tiempo; deber de idoneidad; medidas correctivas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN……..... 4

1.1. Identificación del área o las áreas del Derecho sobre la que versa el expediente elegido…… 5

1.2. Justificación de la elección del expediente…… 6

2. RELACIÓN DE LOS HECHOS SOBRE LOS QUE VERSA LA CONTROVERSIA DE LA QUE TRATA EL EXPEDIENTE……..... 6

2.1. Controversia entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia…… 7

2.2. Procedimiento administrativo sancionador contra Pacífico Seguros……..... 8

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS…….. 21

4. ANÁLISIS Y TOMA DE POSICIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS IDENTIFICADOS…….. 21

4.1. ¿El artículo 118 de la LCS establece la obligación de las compañías de seguros de brindar cobertura en el supuesto de preexistencias cruzadas?..... 21

4.1.1. Regulación de las preexistencias en el ordenamiento jurídico peruano…… 21

4.1.2. Interpretación del artículo 118 de la LCS……..... 25

4.1.3. Toma de postura…… 28

4.2. ¿La LCS resultaba aplicable a la relación contractual entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia?..... 29

4.2.1. Vigencia de la LCS…… 29

4.2.2. Aplicación de las normas en el tiempo……..... 30

4.2.3. ¿Inmutabilidad de los contratos?..... 31

4.2.4. Aplicación de la LCS al caso concreto…… 33

4.2.5. Toma de postura…… 34

4.3. ¿Pacífico Seguros infringió el deber de idoneidad dispuesto en el CPDC al excluir a las atenciones médicas derivadas de enfermedades preexistentes de la cobertura del seguro de salud con beneficio de continuidad contratado por el Señor Segovia?..... 36

4.3.1. Deber de idoneidad en el ordenamiento jurídico peruano……..... 36

4.3.2. Análisis de la presunta infracción al deber de idoneidad en el caso concreto……. 38

4.3.3. Toma de postura…… 41

4.4. ¿La medida correctiva impuesta a Pacífico Seguros era idónea para proteger los derechos de los consumidores?..... 42

4.4.1. Las medidas correctivas en el ordenamiento jurídico peruano…….. 42

4.4.2. Medida correctiva aplicada en el caso concreto……... 44

4.4.3. Posibilidad de aplicación de una medida correctiva reparadora adicional……. 44

4.4.4. Posibilidad de aplicación de una medida correctiva complementaria…… 46

4.4.5. Toma de postura…… 50

5. CONCLUSIONES……. 51

6. BIBLIOGRAFÍA……. 52

7. ANEXOS…… 54

1. INTRODUCCIÓN

Según Foubister et al. (2006), es posible definir a las preexistencias como las condiciones médicas existentes al momento de la solicitud de un seguro de salud, siendo posible que los aseguradores apliquen un concepto más amplio y lo extiendan incluso a las condiciones experimentadas en el pasado o que estuvieron presentes durante un periodo determinado de tiempo previo a la solicitud (p. xii).

La práctica global de las aseguradoras frente a las solicitudes de seguros de salud de personas con preexistencias médicas ha tendido a la inclusión de una cláusula de exclusión de cobertura respecto a tales enfermedades o a la aceptación de su cobertura pero con primas sumamente elevadas.

El proceder antes mencionado responde, principalmente, a que: (i) la necesidad de tratamiento médico es casi cierta y los seguros solo operan cuando existe incertidumbre respecto a la probabilidad de que se requiera tratamiento médico; y, (ii) representa una dificultad para las aseguradoras fijar la prima a ser pagada para eventos de alto riesgo debido a la gran probabilidad de reclamación (Foubister et al., 2006, p. 13).

Esta práctica aseguradora es coherente con la gestión de riesgos en la industria de seguros, la cual es requerida por la misma naturaleza de la actividad aseguradora.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que las compañías de seguros ofrecen contratos en los que los consumidores transfieren sus riesgos a cambio del pago de una prima, agregando estos a su cartera diversificada de riesgos, buscando generar ganancias a sus accionistas y perdurar en el mercado en cumplimiento de sus obligaciones frente a sus asegurados y otras partes interesadas. Así, la asunción de riesgos de múltiples personas hace sumamente relevante que las empresas de seguros tengan mecanismos de gestión de los riesgos propios de esta actividad.

Uno de los riesgos enfrentados por el mercado asegurador son los “riesgos de seguros”, los cuales implican que la expectativa de mortalidad, morbilidad, longevidad, reclamaciones y conducta de los asegurados resulten de forma distinta a la esperada (Duverne y Hele, 2017, p. 58). Los mecanismos empleados para enfrentar los riesgos de seguros son el diseño del producto, términos de las pólizas y elección de los riesgos que se desean suscribir tras un debido análisis, tarificación, análisis de la probabilidad y gravedad de reclamación, entre otros aspectos.

En este sentido, los protocolos de suscripción de seguros están diseñados para minimizar la selección adversa, que es la tendencia de los asegurados a buscar un seguro si están excesivamente expuestos a un riesgo concreto o tienen más probabilidades de sufrir un siniestro que la media de la población (Duverne y Hele, 2017, p. 59). En consecuencia, como han explicado Belli (2001) y Foubister et al. (2006), tales asegurados pagarían una prima equivalente o inferior al gasto en atención médica requerido, lo cual representa una pérdida para la compañía de seguros y podría dar lugar a que el fondo común conformado por las primas obtenidas de estos asegurados no cubra los gastos de los siniestros y, por ende, conlleve a su colapso.

De esta manera, las estrategias empleadas para enfrentar los riesgos de seguros que involucran asegurar a una persona con enfermedades preexistentes son consistentes con la búsqueda de

mitigar la alta probabilidad de ocurrencia y gravedad de reclamaciones de cobertura de las atenciones médicas que pueden ser requeridas. Sin embargo, en dicho escenario se contraponen, por lo menos, los siguientes intereses: (i) un gran porcentaje de la población que sufre de diversas enfermedades y desea acceder al sistema asegurador a un costo razonable; (ii) los accionistas de las compañías de seguros que no desean incrementar el riesgo de sus operaciones en detrimento de sus ganancias; y, (iii) los asegurados que no desean ver afectadas sus primas ni la estabilidad y solvencia de la aseguradora para cubrir sus eventuales reclamos.

El Perú no ha sido ajeno a la mencionada práctica aseguradora respecto a las enfermedades preexistentes; sin embargo, en los últimos años se ha desarrollado un marco normativo que ha establecido la clara decisión legislativa de priorizar el derecho a la salud de la población sobre otros intereses, reduciendo la posibilidad de las aseguradoras de excluir de cobertura a las enfermedades preexistentes en los seguros de salud y de efectuar recargos individuales en las primas de dichos asegurados.

La mencionada decisión legislativa no ha estado exenta de críticas, siendo una de las más importantes que esta finalmente podría estar generando, como consecuencia, un aumento general en las primas de los seguros de salud, lo cual afecta el acceso de la población al sistema de seguros. Sin embargo, si bien es cierto que actualmente, de conformidad con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024)[1], se ha experimentado una disminución de la población con seguros privados de salud, de momento no ha existido un estudio que corrobore que dicha situación ha sido una consecuencia directa de la regulación de las preexistencias.

El caso de la denuncia de Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, el “Señor Segovia”) contra Pacífico Peruano - Suiza CIA Seguros y Reaseguros (en adelante, Pacífico Seguros), respecto a la exclusión de cobertura de enfermedades preexistentes previamente cubiertas por una Entidad Prestadora de Salud (“EPS”), representa un hito importante en la aplicación de la decisión legislativa antes mencionada. Este caso implica una serie de cuestionamientos respecto a la correcta interpretación de la Ley del Contrato de Seguro respecto a la cobertura de preexistencias cruzadas, la aplicación de esta norma en el tiempo, el contenido del deber de idoneidad de las empresas de seguros respecto a dicha cobertura, entre otros aspectos que serán abordados en el presente informe.

1.1. Identificación del área o las áreas del Derecho sobre la que verse el expediente elegido

El expediente materia del presente informe versa, principalmente, sobre dos (2) áreas del Derecho: (i) Derecho de Seguros; y, (ii) Derecho del Consumidor.

El Derecho de Seguros puede ser definido como la disciplina que regula las relaciones jurídicas que se desarrollan en el sistema de seguros, abarcando la constitución, liquidación y funcionamiento de empresas de seguros o vinculadas a este sector (corredores, ajustadores,

[1] Según Gestión (2024), únicamente un 1.7% de la población ocupada en Lima cuenta con un seguro privado, siendo que esta cifra ha decrecido entre noviembre del 2023 y enero del 2024, en tanto en el trimestre previo un 1.9% de dicha población ocupada contaba con esta cobertura.

reaseguradores), así como las relaciones entre las compañías de seguros y los asegurados en virtud del contrato de seguro y sus consecuencias (Núñez del Prado, 2017, p. 199).

El Derecho del Consumidor es la disciplina que abarca el conjunto de normas, principios, instituciones e instrumentos dispuestos en un ordenamiento jurídico a favor del consumidor, a efectos de garantizar una situación de equilibrio en las relaciones de consumo entabladas entre los proveedores y los consumidores como destinatarios finales de los bienes y servicios adquiridos (Durand, 2010, p. 73).

1.2. Justificación de la elección del expediente

La elección del expediente se debe a que este aborda un tema de principal relevancia en el Derecho de Seguros y Derecho del Consumidor: la cobertura de las enfermedades preexistentes y, concretamente, en el supuesto de migración del sistema de EPS al de seguros o viceversa.

El tema antes mencionado ha sido siendo materia de amplio desarrollo legislativo en los últimos años y ha sido clara la tendencia de priorizar el derecho de salud de los consumidores/asegurados al limitarse la exclusión de cobertura de las enfermedades preexistentes. Sin embargo, este sigue siendo controversial y debatible debido a la afectación de los intereses de las empresas de seguros y, algunos argumentan que, de los consumidores en general.

De esta manera, resulta necesario establecer cimientos claros que contribuyan a la seguridad jurídica respecto a la regulación aplicable a los seguros de salud y a la cobertura de las enfermedades preexistentes en el supuesto de migración del sistema de EPS al de seguros o viceversa, esclareciéndose las obligaciones que tienen las empresas de seguros en la materia y los derechos que pueden ser exigidos por los consumidores/asegurados en tales supuestos.

2. RELACIÓN DE LOS HECHOS SOBRE LOS QUE VERSA LA CONTROVERSIA DE LA QUE TRATA EL EXPEDIENTE

El expediente materia del presente informe versa sobre la controversia entre el Señor Segovia, en su calidad de asegurado y consumidor, y Pacífico Seguros, en su calidad de empresa de seguros y proveedor de servicios, respecto a la cobertura del seguro de salud con beneficio de continuidad contratado por el primero.

El Señor Segovia se encontraba afiliado a un plan de salud contratado por su empleador con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, “Pacífico EPS”). Durante la vigencia de dicho plan de salud, el Señor Segovia decide contratar con Pacífico Seguros un seguro de salud con el beneficio de continuidad, en virtud del cual anticipaba que: (i) se afiliaba a un seguro de salud privado que sería íntegramente efectivo una vez que deje de estar afiliado al plan de salud de Pacífico EPS; y, (ii) dicho seguro de salud continuaría brindando cobertura a todas las enfermedades diagnosticadas durante la vigencia del plan de salud de Pacífico EPS cuando este último deje de ser efectivo.

Posteriormente, tras dejar de estar afiliado al plan de salud de Pacífico EPS, el Señor Segovia atendió a una consulta médica y se le indicó que el seguro de salud contratado con Pacífico Seguros no cubriría los medicamentos que le fueron prescritos. Tal exclusión de cobertura se

sustentaba en que estos medicamentos eran el tratamiento de una enfermedad diagnosticada con anterioridad a la contratación del seguro de salud con el beneficio de continuidad, siendo que este último únicamente brindaba cobertura a aquellas enfermedades diagnosticadas a partir de su contratación.

Las denominadas "enfermedades preexistentes" en el caso del Señor Segovia (rinitis alérgica y hemorroides), habían sido diagnosticadas durante la vigencia del plan de salud de Pacífico EPS pero antes de la contratación del seguro de salud con el beneficio de continuidad con Pacífico Seguros, por lo cual se consideraban excluidas de cobertura.

El Señor Segovia alegó que en virtud de la normativa vigente y lo ofertado por Pacífico Seguros al momento de la contratación del seguro de salud con el beneficio de continuidad, correspondía la cobertura de enfermedades previamente cubiertas. Así, señalaba que dicha continuidad de cobertura era aplicable incluso ante el cambio o migración de un plan de salud emitido por una EPS a un seguro de salud emitido por una compañía de seguros, o viceversa, lo cual es conocido como la cobertura de "preexistencias cruzadas".

2.1. Controversia entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia

A continuación se detallan en orden cronológico los hechos más relevantes respecto a la controversia entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros.

- En septiembre de 2011, se afilió al Señor Segovia a un plan de salud de Pacífico EPS, el cual tenía vigencia desde el 1 de octubre de 2011 hasta el 31 de julio de 2013. Este plan de salud fue contratado por la empresa Tarjeta Naranja Perú S.A.C. como empleador del Señor Segovia.
- El 22 de octubre de 2011, se diagnosticó al Señor Segovia con rinitis alérgica.
- El 4 de abril de 2012, se diagnosticó al Señor Segovia con hemorroides.
- El 4 de septiembre de 2012, el Señor Segovia solicitó a Pacífico Seguros afiliarse al "Seguro de Salud Total" con el beneficio del seguro de continuidad mediante la Solicitud de Seguro de Salud No. 0565352. La mencionada solicitud incluye una declaración jurada de salud en la cual el Señor Segovia declaró no haber padecido de ninguna enfermedad, dolencia o afección vinculada al aparato respiratorio ni al aparato digestivo y pared abdominal.
- El 5 de septiembre de 2012, durante la vigencia del plan de salud de Pacífico EPS, la Póliza No. 7664910 emitida por Pacífico Seguros, "Seguro de Salud Total" con el beneficio del seguro de continuidad, entró en vigencia hasta el 5 de septiembre de 2013, y disponía como asegurado y contratante al Señor Segovia. En la Póliza No. 7664910 se estableció, en la cláusula de exclusión, que no se brindaría cobertura a ningún tratamiento médico relacionado con los diagnósticos de hemorroides y/o rinitis alérgica, de acuerdo a los antecedentes médicos del Señor Segovia al inicio del seguro.
- El 7 de septiembre de 2012, un agente de Pacífico Seguros se comunicó por vía electrónica con el Señor Segovia y le solicitó que aclare las atenciones médicas que ha tenido por rinitis

alérgica y hemorroides. Este mensaje es respondido por el Señor Segovia el mismo día, confirmando que había recibido atenciones médicas por ambas enfermedades.

- El 31 de julio de 2013, el Señor Segovia dejó de laborar para Tarjeta Naranja Perú S.A.C. y, por ende, se lo desafilia del plan de salud contratado con Pacífico EPS. El mismo día, la Póliza No. 9797782 emitida por Pacífico Seguros, como parte del "Seguro de Salud Total" con el beneficio del seguro de continuidad, entró en vigencia hasta el 31 de julio de 2014, y disponía como asegurado y contratante al Señor Segovia. En esta se establece el mismo detalle de la cláusula de exclusión prevista en la anterior Póliza No. 7664910, siendo que esta nueva póliza fue emitida únicamente para complementar las condiciones de la anterior y recoger en un único documento los términos aplicables desde la desafiliación al plan de salud.

- El 17 de agosto de 2013, el Señor Segovia acudió a la Clínica Jockey Salud por una consulta médica con la especialidad de Otorrinolaringología, siendo informado de que su seguro de salud no brindaba cobertura a los gastos de dicha atención médica en tanto se derivaban de una enfermedad preexistente. De esta manera, se le informa que se habían consignado como preexistencias a los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides.

- El 23 de agosto de 2013, el Señor Segovia presentó un reclamo ante Pacífico Seguros, vía correo electrónico, señalando no estar de acuerdo con las preexistencias establecidas en su póliza de seguro en tanto: (i) no ha indicado padecer tales enfermedades en la solicitud de seguro respectiva; (ii) no se le ha informado al respecto de manera previa a firmar el contrato de seguro; y, (iii) se está contraviniendo la Resolución SBS No. 3202-2013 y la Ley No. 28770. Así, solicitó que Pacífico Seguros se rectifique y se le brinde cobertura respecto de los gastos por la atención médica por rinitis en la Clínica Jockey Salud.

- El 5 de septiembre de 2013, Pacífico Seguros respondió al reclamo presentado por el Señor Segovia vía web, señalando que existen dos (2) sistemas diferentes de financiadores privados de prestaciones de salud (EPS y empresas de seguros) que se rigen por sus propias normas legales y estas no son aplicables de manera cruzada. Asimismo, indicó que el Señor Segovia confirmó ambos diagnósticos y tuvo conocimiento oportuno de su consideración como preexistencias no sujetas a cobertura.

- El 18 de octubre de 2013, Pacífico Seguros hace entrega de una copia de la Póliza No. 9797782 y anexos al Señor Segovia.

2.2. Procedimiento administrativo sancionador contra Pacífico Seguros

En virtud de los eventos mencionados en la sección previa, se inicia un procedimiento administrativo sancionador contra Pacífico Seguros, conforme se detalla a continuación.

- El 28 de agosto de 2013, el Señor Segovia presentó una denuncia contra Pacífico Seguros ante la Comisión de Protección al Consumidor - Sede Central del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI). En esta, el Señor Segovia señaló lo siguiente:

- Pacífico Seguros ha incumplido la Ley No. 28770 y la Resolución SBS No. 3203-2013, al haber consignado como preexistencias los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides pese a que estos eran cubiertos por el plan de salud de Pacífico EPS durante el período inmediatamente anterior a la vigencia de su seguro de salud.
- Solicita: (i) se imponga a Pacífico Seguros las sanciones respectivas; (ii) se ordene que no le restrinjan la cobertura por los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides en tanto estos no fueron observados a la firma de la Solicitud de Seguro No. 0615397; (iii) se le proporcionen los medicamentos que no fueron cubiertos tras su consulta médica el día 17 de agosto de 2013 en la Clínica Jockey Salud; y, (iv) el pago de las costas y costos del procedimiento.

- El 6 de septiembre de 2013, tras recibir la respuesta al reclamo formulado a Pacífico Seguros vía web, el Señor Segovia presenta un escrito complementario en el que reitera su denuncia contra Pacífico Seguros, e indica la siguiente información adicional:
  - Cuando solicitó un seguro de salud a Pacífico Seguros, mediante la Solicitud de Seguro de Salud No. 0565352, se indicó al personal de Pacífico Seguros los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides.
  - No ha recibido copia de la Solicitud de Seguro de Salud No. 0565352 debidamente llenada, ni la Póliza No. 9797782.
  - Tanto la Póliza No. 7664910 como la Póliza No. 9797782 contravienen la Ley No. 28770 en tanto los diagnósticos antes mencionados se han encontrado cubiertos en los períodos inmediatamente anteriores a su entrada en vigencia, mediante el Plan de Salud de Pacífico EPS.
  - La Póliza No. 7664910 fue observada anteriormente por el Señor Segovia debido a que se indicaba los diagnósticos antes mencionados como preexistencias. En dicha oportunidad, el personal de Pacífico Seguros le indicó verbalmente que la indicación de diagnósticos en la solicitud de seguro tenía solo un carácter informativo y no significaba exclusión alguna.
- El 26 de septiembre de 2013, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor No. 1 (en adelante, “CC1”) emite la Resolución No. 1, en la cual se admite a trámite la denuncia del Señor Segovia por presuntas infracciones al Código de Protección y Defensa del Consumidor - Ley No. 29571 (en adelante, “CPDC”). La Secretaría Técnica fundamenta tal decisión en las siguientes presuntas infracciones:
  - Pacífico Seguros se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado mediante la Póliza No. 9797782, aduciendo que se trataba de enfermedades preexistentes. Ello implicaría una posible afectación a las expectativas del Señor Segovia y cabría ser calificado como una presunta infracción al deber de idoneidad, dispuesto en los artículos 18 y 19 del CPDC.

- Pacífico Seguros no habría entregado al Señor Segovia una copia y los anexos de la Póliza No. 9797782, lo que implicaría una presunta afectación al deber de protección mínima del contrato de consumo dispuesta en el literal e) del artículo 47 del CPDC.

- El 2 de octubre de 2013, se notifica al Señor Segovia y a Pacífico Seguros con la Resolución No. 1 de la Secretaría Técnica de la CC1.

- El 15 de noviembre de 2013, Pacífico Seguros presenta su Escrito No. 3 a la Secretaría de la CC1, mediante el cual manifiesta sus descargos a la denuncia interpuesta por el Señor Segovia en su contra. En dicho escrito, Pacífico Seguros alegó no haber incurrido en ninguna de las infracciones al CPDC que le eran imputadas y solicitó se declare infundada la denuncia interpuesta por el Señor Segovia, a partir de los siguientes argumentos:

  - Pacífico EPS y Pacífico Seguros son personas jurídicas distintas, que ofrecen servicios distintos y están sujetas a normativa distinta. Por un lado, Pacífico EPS ofrece al mercado planes de salud, en el marco de lo establecido por la Ley No. 26790 y la Ley No. 29344. Por otro lado, Pacífico Seguros tiene por objeto social celebrar contratos de seguros (emitiendo pólizas de seguros), y operaciones de coaseguro y reaseguro, encontrándose regulada por la Ley No. 26702 y otras disposiciones aplicables.

  - La cobertura de preexistencias establecida en la Ley No. 28770 está referida a un cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud. Asimismo, la cobertura de preexistencias dispuesta en la Ley No. 29561 está referida a un cambio de plan de salud a otro plan de salud debido a un cambio de EPS o centro laboral.

  - Pacífico Seguros no tiene una obligación legal de brindar al Señor Segovia cobertura sobre las atenciones médicas derivadas de preexistencias, aun cuando estas hayan sido cubiertas por una EPS, en tanto la regulación solo dispone tal cobertura cuando se haya realizado un cambio de un seguro de salud a otro o de una EPS a otra, y no ante el cambio de un plan de salud a un seguro o viceversa.

  - El beneficio del Seguro de Continuidad ofrecido por Pacífico Seguros implica la cobertura por el seguro de salud de diagnósticos médicos que se atiendan o descubran durante la cobertura de un plan de salud emitido por una EPS, siempre que estas se desarrollen desde la fecha de la contratación de dicho beneficio.

  - Los diagnósticos médicos de rinitis alérgica y hemorroides fueron previos a la contratación del Seguro de Salud Total con el beneficio del Seguro de Continuidad, es decir, previos a la entrada en vigencia de la Póliza No. 7664910 el 5 de septiembre de 2012. Asimismo, estos fueron reconocidos por el Señor Segovia mediante un correo electrónico del 7 de septiembre de 2012. Por lo antes mencionado, estos diagnósticos se configuran como preexistencias, al ser enfermedades cuya existencia y atención fue previa a la vigencia de la póliza de seguros.

  - El Señor Segovia, al no haber brindado detalles de los diagnósticos médicos de rinitis alérgica y hemorroides en su declaración jurada de salud, ha evidenciado mala fe al haber realizado una declaración reticente.

- La copia de la Póliza No. 9797782 y sus anexos fueron entregados al Señor Segovia el 18 de octubre de 2013.

- El 6 de diciembre de 2013, el Señor Segovia presenta sus descargos al Escrito No. 3 presentado por Pacífico Seguros. En dicho escrito, el Señor Segovia señaló la siguiente información complementaria:

  - La definición del producto “Seguro de Continuidad” incluida en la página web de Pacífico Seguros dispone la no exclusión de toda preexistencia.

  - No ha recibido copia de la Solicitud de Seguro No. 0565352.

  - Rechaza haber actuado de mala fe como ha alegado Pacífico Seguros.

  - La Póliza No. 9797782 fue recibida por el Señor Segovia después de la interposición de la denuncia a Pacífico Seguros ante el INDECOPI, es decir, setenta y nueve (79) días después del inicio de su vigencia.

- El 21 de mayo de 2014, la CC1 emitió la Resolución Final No. 501-2014/CC1 (en adelante, la “Resolución Final”), mediante la cual declara fundada la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción de los artículos 18, 19 y el literal a) del artículo 47 del CPDC. Asimismo, le ordena a Pacífico Seguros el cumplimiento de una medida correctiva, el pago de costas y costos del procedimiento, y el pago de multas ascendentes a un total de treinta y un (31) UIT.

  La CC1 señala los siguientes fundamentos respecto a la infracción al deber de idoneidad:

  - Desde el 27 de mayo de 2013 se encuentra vigente la Ley del Contrato de Seguro - Ley No. 29946 (en adelante, LCS), la cual se aplica de forma imperativa a todas las clases de seguros existentes en el mercado. El artículo 118 de la LCS dispone que las enfermedades preexistentes que eran cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una compañía del sistema de EPS o una del sistema de seguros, seguirán siendo cubiertas por la EPS o compañía de seguros en un nuevo seguro de salud hasta por los límites del contrato anterior.

  - El artículo 118 de la LCS genera en los consumidores la expectativa de que una vez contratado un seguro de salud con una compañía de seguros, existirá una continuidad de cobertura de las enfermedades que eran cubiertas en el contrato previo con una EPS.

  - Lo ofrecido por Pacífico Seguros mediante el producto “Seguro de Continuidad” contratado por el Señor Segovia es un beneficio que ya se encontraba dispuesto en el artículo 118 de la LCS.

  - Pacífico Seguros consideró como preexistencias excluidas de cobertura a los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides padecidos por el Señor Segovia, pese a que dichas enfermedades eran cubiertas por el plan de seguro anteriormente contratado con Pacífico EPS, por lo que declaró fundado el extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros respecto a la infracción de los artículos 18 y 19 del CPDC.

Respecto a la falta de entrega de la Póliza No. 9797782 al Señor Segovia, la CC1 señala lo siguiente:

- Pacífico Seguros, a la fecha de la interposición de la denuncia del Señor Segovia, no había entregado una copia de la Póliza No. 9797782 y sus anexos. Esta entrega ocurrió recién el 18 de octubre de 2013, es decir, transcurridos más de cuarenta (40) días desde la interposición de la demanda el 28 de agosto de 2013.
- En virtud de ello, declaró fundado el extremo de la denuncia contra Pacífico seguros respecto a la infracción al literal e) del artículo 47 del CPDC, el cual dispone que los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación vinculada a los actos jurídicos celebrados por escrito.

La CC1 dispuso lo siguiente respecto a las medidas correctivas aplicables a Pacífico Seguros:

- Como medida correctiva reparadora, se ordenó la emisión al Señor Segovia de una póliza que mantenga la misma cobertura otorgada anteriormente por Pacífico EPS, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución. De esta manera, se establece expresamente que dicha póliza no deberá considerar los diagnósticos de rinitis alérgicas y hemorroides como enfermedades preexistentes excluidas de cobertura.
- Determinó que no correspondía emitir una medida correctiva reparadora respecto a la remisión de la Póliza No. 9797782 y sus anexos al Señor Segovia, en tanto ello ya fue realizado por Pacífico Seguros.

Con relación a las multas impuestas, la CC1 señaló lo siguiente respecto a la graduación de la sanción correspondiente a la negativa injustificada de otorgar cobertura:

- El beneficio ilícito obtenido sería el ahorro por Pacífico Seguros al evitar brindar cobertura a enfermedades cubiertas anteriormente por un seguro de salud. Sin embargo, en tanto la CC1 no contaba con información para cuantificar dicho ahorro, procedió a analizar los otros criterios dispuestos en el artículo 112 del CPDC.
- El daño ocasionado al Señor Segovia por Pacífico Seguros al negarle la cobertura de la atención médica de las enfermedades consideradas como preexistentes, podría implicar un daño patrimonial en caso el Señor Segovia cubra los gastos médicos derivados de dichas atenciones.
- Los efectos en el mercado generados por Pacífico Seguros son la incertidumbre en los consumidores, al poder considerar que tras migrar de un seguro de salud a otro seguro o plan de salud, las enfermedades cubiertas en el primero podrían ser consideradas como preexistencias en la segunda. Con ello, algunos consumidores podrían decidir no contratar seguros de salud y se generaría un clima de desconfianza respecto de los proveedores.

- En virtud de lo antes mencionado, la CC1 dispone la imposición de una multa ascendente a treinta (30) UIT.

Con relación a las multas impuestas, la CC1 señaló lo siguiente respecto a la graduación de la sanción correspondiente a la falta de entrega oportuna de la Póliza No. 9797782:

- El beneficio ilícito obtenido sería el ahorro por Pacífico Seguros al no requerir personal para entregar oportunamente los documentos vinculados a actos jurídicos celebrados con consumidores. Para cuantificar el ahorro antes mencionado, la CC1 empleó como referente el sueldo de personal capacitado para realizar tales funciones, el cual era de S/ 3,139.50 mensuales según el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Asimismo, incluyó en dicho cálculo los gastos administrativos en los que se deben incurrir para realizar tales funciones, estimando el ahorro de Pacífico Seguros en un total de S/ 3,800.00. Así, la CC1 estimó el beneficio ilícito esperado por Pacífico Seguros en una (1) UIT.
- La CC1 valoró que la probabilidad de detección era alta en tanto los consumidores pueden percatarse de que el proveedor no ha remitido oportunamente los documentos respectivos.
- En virtud de los criterios antes mencionados, la CC1 procedió a calcular la multa base mediante la división del beneficio ilícito entre la probabilidad de detección. Con ello, la CC1 determinó que correspondía la imposición de una multa ascendente a una (1) UIT.

Sobre el pago de costas y costos, la CC1 determinó lo señalado a continuación:

- Se dispuso que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, contados a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, Pacífico Seguros debía proceder con el pago de la suma de S/ 36.00 al Señor Segovia.
- El Señor Segovia podría, finalizada la instancia administrativa, solicitar el reembolso de los montos adicionales en los que hubiese incurrido.

- El 28 de mayo de 2014, se notifica al Señor Segovia y a Pacífico Seguros con la Resolución Final.
- El 4 de junio de 2014, Pacífico Seguros interpone recurso de apelación con efectos suspensivos contra la Resolución Final, a efectos de ser elevada a la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual del INDECOPI (en adelante, la “Sala”).

  Pacífico Seguros impugna la presunta infracción al deber de idoneidad que le fue atribuida por la CC1, a partir de los siguientes argumentos:

  - De conformidad con una lectura integral de la LCS, el artículo 118 de la LCS reconoce la existencia de dos (2) sistemas diferentes, el sistema de seguros y el sistema de las EPS, y cada uno se rige por normas legales distintas.

- Por un lado, el sistema de seguros dispone la continuidad de la cobertura de enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud de cualquier compañía de seguros en la vigencia anterior, de conformidad con lo dispuesto en la Ley No. 28770 y Resolución SBS No. 3203-2013. Por otro lado, el sistema de EPS dispone la continuidad de la cobertura de enfermedades cubiertas por una EPS según lo dispuesto en la Ley No. 29344, y el artículo 117 de la LCS establece que los planes de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por lo dispuesto en la Ley No. 29344, su reglamento y normas complementarias.
- La Ley No. 29344 crea el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, el "PEAS"), el cual establece las condiciones asegurables que deben ser financiadas como mínimo a los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, las "IAFAS"). Esta norma dispone que las PEAS son ofertadas obligatoriamente por todas las IAFAS y todo beneficiario puede exigir su cumplimiento. Con ello, cuando un asegurado hubiera contratado un PEAS con una IAFAS, podría exigir el derecho a la continuidad de atenciones de los diagnósticos preexistentes al contratar otro PEAS con otra IAFAS.
- Hasta el 6 de diciembre de 2013, el artículo 7 de la Ley No. 29344 no calificaba como IAFAS a las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud. Por ello, al momento de la interposición de la denuncia del Señor Segovia, Pacífico Seguros no calificaba como IAFAS y, por ende, no se encontraba en la obligación de brindar cobertura a las preexistencias previamente cubiertas por una EPS.
- El artículo 118 de la LCS, contrario a lo sostenido por la CC1, regula la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes dentro de cada sistema. Dicha interpretación se ve reforzada por el Proyecto de Ley No. 3416/2013-CR presentado ante el Congreso de la República por el cual se pretende modificar dicho artículo a efectos de que se regule el vacío legal existente a la fecha respecto a la continuidad de la cobertura de preexistencias entre los sistemas de seguros y EPS.
- En virtud de lo antes señalado, Pacífico Seguros considera que no existía obligación legal de brindar cobertura a las preexistencias del Señor Segovia, por lo que no se habría configurado una negativa injustificada a brindar cobertura. En consecuencia, concluye que no se había infringido el deber de idoneidad dispuesto en el CPDC, y solicita a la Sala revocar dicho extremo de la Resolución Final y declarar infundada la denuncia del Señor Segovia.

Pacífico Seguros impugna la presunta infracción al deber de protección mínima del contrato de consumo que le fue atribuida por la CC1, a partir de los siguientes argumentos:

- El literal e) del artículo 47 del CPDC dispone la obligación de los proveedores de entregar una copia de la documentación vinculada a los actos jurídicos celebrados con los consumidores, lo cual ha sido cumplido por Pacífico Seguros el 18 de octubre de 2013.
- La mencionada disposición normativa no establece un plazo para cumplir con dicha obligación, por lo que la imputación realizada por la CC1 vulnera el principio de tipicidad

dispuesto en la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley No. 27444 (en adelante, “LPAG”) al imputarse a Pacífico Seguros una infracción no prevista en el CPDC.

- Por lo antes mencionado, Pacífico Seguros considera que no se ha infringido el deber de protección mínima del contrato de consumo dispuesto en el CPDC, y solicita a la Sala revocar dicho extremo de la Resolución Final y declarar infundada la denuncia del Señor Segovia.

Pacífico Seguros impugna la imposición de multas, medidas correctivas y reembolso del pago de costas y costos, bajo los siguientes fundamentos:

- Respecto a las multas impuestas, medida correctiva y el pago de costas y costos, solicitan a la Sala que sean declarados infundados en la medida que se declare fundado el recurso de apelación presentado.
- Respecto a las multas impuestas en la Resolución Final, Pacífico Seguros alega además que se ha incurrido en diversos errores al graduarlas, siendo que el monto determinado carece de un sustento aritmético que lo justifique y resulta desproporcionado.
- La CC1 ha identificado especulativamente la repercusión que los hechos podrían haber generado, lo cual contraviene el principio de razonabilidad dispuesto en la LPAG. Por ello, en el supuesto en que se confirme la Resolución Final, solicitan a la Sala que se rebaje sustancialmente la multa impuesta.

- El 9 de junio de 2014, la Secretaría Técnica de la CC1 concede el recurso de apelación interpuesto por Pacífico Seguros contra la Resolución Final No. 501-2014/CC1, remitiendo el expediente a la Sala.
- El 25 de agosto de 2014, tras haber la Sala recibido el expediente y concedido al Señor Segovia un plazo para presentar su posición respecto del recurso de apelación interpuesto por Pacífico Seguros, el Señor Segovia presentó los descargos detallados a continuación.
  - En su condición de consumidor, al Señor Segovia le fue ofrecida la continuidad en la cobertura que le venía siendo brindada por Pacífico EPS. Ello se evidencia en la información del producto del Seguro de Continuidad en la página web de Pacífico Seguros.
  - Pacífico Seguros no le advirtió la distinción con Pacífico EPS, presentándose como una única compañía aseguradora. Ello, es concordante con pronunciamientos previos de la Sala, en los que se ha dispuesto que cuando existe unidad de dirección entre empresas y se ha generado apariencia externa de unidad empresarial, no es exigible que un consumidor efectúe una diferenciación de los productos o servicios ofrecidos por las empresas que integran el grupo empresarial.
  - Respecto a la graduación de la sanción impuesta, señala que el perjuicio causado por Pacífico Seguros implica la violación de su derecho fundamental a la protección de su salud, al no brindar cobertura a la asistencia médica que requiere como consecuencia

de las enfermedades que padece. Asimismo, considera que se ha configurado el agravante de reincidencia en tanto existen pronunciamientos previos de la Sala que demuestran que Pacífico Seguros, de manera recurrente, ha considerado como enfermedades preexistentes a aquellas que no correspondía.

- En virtud de lo antes mencionado, solicita a la Sala ratificar todos los extremos de la Resolución Final.

- El 22 de octubre de 2014, Pacífico Seguros presentó a la Sala un escrito complementario a efectos de que la Sala cuente con mayores elementos de juicio para resolver el recurso de apelación interpuesto contra la Resolución Final.

  En dicho escrito Pacífico Seguros solicita a la Sala la suspensión del procedimiento administrativo sancionador, alegando que había interpuesto una acción de amparo contra el INDECOPI debido a la vulneración de sus derechos a partir de una nota de prensa publicada por la entidad respecto a la sanción impuesta en primera instancia. Así, señala que existiría una cuestión contenciosa que requiere un pronunciamiento previo sin el cual no pueden ser resueltos los hechos materia del procedimiento.

  Asimismo, Pacífico Seguros incluye en su escrito la siguiente información respecto a los hechos materia de denuncia e infracciones que le han sido imputadas mediante la Resolución Final:

  - A través del Seguro de Continuidad, las enfermedades que aparezcan desde el momento de su contratación estarán cubiertas en un futuro en caso el asegurado cambie de trabajo o EPS. Asimismo, este permite ampliar el beneficio máximo anual brindado por la EPS, lo cual implica que si el asegurado tiene una atención médica cuyo costo es superior a la cobertura dispuesta por la EPS, el Seguro de Continuidad cubriría la diferencia.

  - Se explica que el Seguro de Continuidad se mantiene inactivo en tanto el asegurado cuente con una EPS y no exceda el límite máximo del beneficio anual brindado por la EPS, pagándose en dicho periodo una prima inferior. Cuando el asegurado cambie de trabajo o se desafilie de su EPS, Pacífico seguros emite un documento que consigna las condiciones que regulan la relación con el asegurado en relación al Seguro de Continuidad previamente contratado.

  - En julio de 2013, tras la comunicación a Pacífico Seguros del término de la relación laboral del Señor Segovia y consecuente desafiliación de su EPS, se procedió a activar el Seguro de Continuidad y emitir la Póliza No. 9797782, en la cual se consignaron las condiciones contratadas previamente por el Señor Segovia y precisándose la exclusión de cobertura de las preexistencias dispuestas en la póliza previa.

  - La relación contractual que vincula al Señor Segovia y Pacífico Seguros, es una sola y surgió en el mes de septiembre de 2012, con anterioridad a la entrada en vigencia de la LCS (el 27 de mayo de 2013). Por ello, la LCS no resulta aplicable a los hechos materia de denuncia en tanto no tiene fuerza ni efectos retroactivos, por lo cual corresponde que dicha relación se regula conforme a lo acordado entre las partes.

- Pese a que la LCS no resultaría aplicable al caso concreto, Pacífico Seguros argumenta que el artículo 118 no regula el supuesto de preexistencias cruzadas en relación al sistema de EPS y el de seguros.
- Respecto al sistema de seguros, se indica que este implica la vinculación entre una compañía de seguros y un asegurado a partir de un contrato de seguro, estando este último regulado por normas específicas. En este sistema se brinda continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de vigencia anterior de cualquier compañía de seguros, es decir, ante un cambio de seguro de salud a otro seguro de salud.
- Respecto al sistema de EPS, se indica que pertenecen al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud, prestando un servicio al cual el Estado se ha obligado constitucionalmente a brindar a la población. En este sistema, la normativa aplicable dispone la continuidad en la cobertura de preexistencias ante un cambio de plan de salud a otro.
- Respecto a la regulación de la cobertura de preexistencias cruzadas, se menciona que la Ley No. 29344 creó a las IAFAS y al PEAS. Esta norma dispone que las PEAS son ofertadas obligatoriamente por todas las IAFAS, por lo que únicamente cuando un asegurado hubiera adquirido un PEAS de una IAFA estaría facultado para exigir su derecho a la continuidad de cobertura de las atenciones de enfermedades preexistentes al contratar otro PEAS con otra IAFAS. Sin embargo, solo desde el 6 de diciembre de 2013 se calificó a las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud como IAFAS.
- El Señor Segovia no adquirió un PEAS de Pacífico Seguros, y es recién desde el 6 de diciembre de 2013 que Pacífico Seguros calificaba como IAFAS y estaba facultado para ofertar PEAS al mercado. Por ello, no le correspondía el beneficio de la continuidad de cobertura de preexistencias dispuestas en la Ley No. 29344.
- El artículo 118 del LCS únicamente reconoce la existencia de dos (2) sistemas antes mencionados y dispone que, en cada uno, la cobertura de preexistencias es como mínimo hasta los límites del contrato original.

Pacífico Seguros también incluye los siguientes comentarios respecto a la multa impuesta, el reembolso de costos y costas y dictado de medida correctiva dispuestos en la Resolución Final:

- La CC1, al imponer una multa ascendente a treinta y un (31) UIT, no ha cumplido con exponer suficientemente las razones que sustentan su decisión lo cual implica una afectación a la garantía de debida motivación, componente del principio del debido procedimiento dispuesto en la LPAG. Ello en tanto se ha realizado un análisis arbitrario y antitécnico en virtud del cual se determinó que Pacífico Seguros había infringido el deber de idoneidad al no brindar cobertura a las atenciones médicas derivadas de las enfermedades preexistentes del Señor Segovia.

- La multa antes mencionada ha sido establecida errónea e irrazonablemente en tanto la CC1 realizó su estimación en base a un daño inexistente, vulnerando el principio de razonabilidad dispuesto en la LPAG. Ello en tanto Pacífico Seguros no se encontraba obligado a brindar cobertura a las enfermedades preexistentes del Señor Segovia y ello fue informado a este último oportunamente.

- La medida correctiva impuesta por la CC1 es inconsistente con el ordenamiento jurídico vigente en tanto se pretende que Pacífico Seguros emita una póliza manteniendo la cobertura y beneficios del plan de salud emitido por Pacífico EPS. Pacífico Seguros no emite planes de salud ni se encuentra calificada para ello, por lo que no se la puede obligar a prestar dicho servicio que tiene diferencias sustanciales con el sistema asegurador.

- El 19 de diciembre de 2014, la Sala emitió la Resolución No. 4357-2014/SPC-INDECOPI, mediante la cual confirma la Resolución Final en todos sus extremos con excepción de las multas impuestas, las cuales reformuló a un total ascendente a once (11) UIT.

  La Sala determinó que no correspondía la suspensión del procedimiento planteada por Pacífico Seguros, en tanto no existe una cuestión contenciosa que requiera de un pronunciamiento previo y definitivo para que la Sala proceda a resolver la controversia.

  Sobre la aplicación de la LCS al caso objeto del procedimiento, la Sala argumenta lo siguiente:

  - Debido a la naturaleza del Seguro de Continuidad, en el que su contratación no determina la plena vigencia de su reglamentación o contenido contractual, los efectos o consecuencias jurídicas de dicho contrato empiezan a regir al momento del cese del vínculo laboral con el empleador. En este sentido, se indica que hay dos (2) momentos en el Seguro de Continuidad: (i) la contratación del seguro; y, (ii) la generación de consecuencias jurídicas o activación del seguro.

  - En virtud de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS, las disposiciones de la LCS resultan aplicables a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas que no hayan estado reguladas legal o contractualmente.

  - Así, la Sala determina que en el caso del Señor Segovia, la contratación del Seguro de Continuidad tuvo lugar el 5 de septiembre de 2012, momento en el cual la LCS no se encontraba en vigencia. Sin embargo, la activación del seguro se dio el 31 de julio de 2013, momento en el cual empieza a regir plenamente el contenido contractual de este seguro y estaba vigente la LCS, por lo que esta última resulta aplicable a las relaciones y situaciones jurídicas generadas con dicha activación.

  Sobre los alcances del artículo 118 de la LCS, la Sala argumenta lo señalado a continuación:

  - Si bien existen dos (2) sistemas diferentes de aseguramiento en salud (el sistema de EPS y el de seguros), no es posible alegar que cada uno es autónomo e independiente pues ello no se desprende del artículo 118 de la LCS. La Ley No. 28770 y No. 29561 no establecieron expresamente la cobertura de preexistencias cruzadas; sin embargo, con

la entrada en vigencia de la LCS, la garantía de continuidad de cobertura de preexistencias no se restringe a los supuestos establecidos en cada sistema, como ha sido sostenido por la CC1.

- Lo antes mencionado es evidenciado en el Diario de Debates de la Primera Legislatura Ordinaria del 2012 del Congreso de la República, en el cual se discutió el Proyecto de la LCS y los congresistas adoptaron una postura favorable respecto de la garantía de continuidad de cobertura de preexistencias cruzadas, lo cual demuestra que esta fue la intención del legislador.

- Otro argumento a favor de la interpretación sostenida por la CC1 es que, si el artículo 118 de la LCS pretendiera únicamente regular dos (2) sistemas separados, esta disposición sería innecesaria en tanto repetiría lo dispuesto por la Ley No. 28770 y No. 29561. Ello implicaría que el artículo 118 no tenga ningún efecto jurídico ni práctico, lo cual la Sala no estima coherente ni razonable.

- Adicionalmente, la interpretación sostenida por la CC1 es favorecida por la interpretación pro consumidor. Así, incluso si se estimara que existen dudas respecto al sentido del artículo 118 de la LCS, en materia de protección al consumidor y en materia de seguros, se ha recogido el principio según el cual, en caso de duda o conflicto de normas, las normas deben interpretarse en el sentido más favorable al consumidor/asegurado.

- En virtud de una interpretación finalista-sistemática de las normas en materia de seguros de salud, se desprende que el artículo 118 de la LCS garantiza la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes en función de los límites establecidos en el contrato anterior, cuando una persona cambia de un plan de salud a un seguro de salud o viceversa.

- La existencia de un proyecto de ley que pretenda establecer de manera literal la garantía de continuidad antes mencionada, no incide en la dilucidación de la controversia. A consideración de la Sala, en caso se apruebe dicho proyecto normativo, con ello no se estaría creando un nuevo derecho en tanto la garantía de continuidad ya se desprende del texto actual del artículo 118 de la LCS.

- La Ley No. 28770 y No. 29561 no excluyen ni prohíben la continuidad de cobertura en un supuesto de preexistencias cruzadas, y tampoco establecen que se trate de sistemas cerrados en los que no sea posible la aplicación del artículo 118 de la LCS con los alcances sostenidos por la Sala y CC1. En este sentido, existe un vacío en la regulación especial y corresponde la aplicación a la LCS de manera supletoria.

La Sala señala lo siguiente respecto a la falta de entrega al Señor Segovia de una copia de la Póliza No. 9797782 y sus anexos:

- Es necesario distinguir el momento en que se incurre en una infracción administrativa, momento de la comisión del ilícito sancionable, del momento en que la conducta ya materializada es corregida o subsanada. Señala que este segundo momento puede ser

considerado una circunstancia atenuante en la graduación de la sanción, mas no constituye un eximente de responsabilidad.

- Si bien el literal e) del artículo 47 del CPDC no establece expresamente un plazo para proceder con la entrega de los documentos vinculados a los contratos celebrados con los consumidores, ello no permite interpretar que dicho deber no cuente con un límite temporal alguno. Así, resultará aplicable el criterio de razonabilidad atendiendo a la posibilidad de entrega de los documentos en función a las circunstancias y características del caso.
- En el caso de los contratos de seguros, la entrega de los documentos se concreta usualmente con la emisión de la póliza o entrada en vigencia de esta última. Sin embargo, en el caso concreto, la entrega se produjo un (1) año después de la emisión de la Póliza No. 9797782, por lo que la Sala considera que ha infringido tal deber.
- Asimismo, Pacífico Seguro cumplió con la entrega de la Póliza No. 9797782 luego de interpuesta la denuncia del Señor Segovia y de haber sido notificado con la imputación de cargos, pese a que estuvo en posibilidad de entregar tal documentación.

Respecto a la medida correctiva ordenada por la CC1, la Sala señala lo siguiente:

- Contrariamente a lo argumentado por Pacífico Seguros, la medida correctiva impuesta por la CC1 no pretende la emisión de un plan de salud en el marco del servicio prestado por una EPS, sino que dispone la emisión de una póliza de seguro que mantenga las coberturas y beneficios brindados anteriormente por Pacífico EPS, precisando que no deberán considerarse como enfermedades preexistentes ni excluirse de cobertura a los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides.
- Por ello, la Sala considera que la medida correctiva no contiene un mandato que vulnere las normas legales vigentes sino que pretende tutelar la continuidad de cobertura de las preexistencias cruzadas dispuesta en el artículo 118 de la LCS.

Sobre la graduación de la sanción impuesta por la CC1 a Pacífico Seguros y el pago de costas y costos, la Sala dispone lo siguiente:

- La Sala decidió revocar el extremo de la Resolución Final que sancionó a Pacífico Seguros con una multa de treinta (30) UIT, y la reformó a una multa de diez (10) UIT. Ello en virtud de que consideró que la conducta infractora no era de tal gravedad para justificar la multa inicial y en tanto en un caso similar se impuso una multa de diez (10) UIT.
- La Sala confirmó el extremo de la Resolución Final que sancionó a Pacífico Seguros con una multa de una (1) UIT y el pago de costas y costos. Ello en tanto Pacífico Seguros no había fundamentado su apelación respecto a estos extremos de la Resolución Final.

- El 6 de febrero de 2015, Pacífico Seguros y el Señor Segovia fueron notificados con la Resolución No. 4357-2014/SPC-INDECOPI.

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS JURÍDICOS

Los principales problemas jurídicos identificados en el expediente elegido son los señalados a continuación:

- ¿El artículo 118 de la LCS establece la obligación de las compañías de seguros de brindar cobertura en el supuesto de preexistencias cruzadas?
- ¿La LCS resultaba aplicable a la relación contractual entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia?
- ¿Pacífico Seguros infringió el deber de idoneidad dispuesto en el CPDC al excluir a las atenciones médicas derivadas de enfermedades preexistentes de la cobertura del seguro de salud con beneficio de continuidad contratado por el Señor Segovia?
- ¿La medida correctiva impuesta a Pacífico Seguros era idónea para proteger los derechos de los consumidores?

4. ANÁLISIS Y TOMA DE POSICIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS IDENTIFICADOS

A continuación se procederá a analizar cada uno de los problemas jurídicos identificados en la sección previa, revisando los fundamentos legales y posibles posturas en respuesta a dichos problemas, para finalmente proceder a explicar la postura personal sostenida en relación a cada uno de estos.

4.1. ¿El artículo 118 de la LCS establece la obligación de las compañías de seguros de brindar cobertura en el supuesto de preexistencias cruzadas?

4.1.1. Regulación de las preexistencias en el ordenamiento jurídico peruano

A efectos de determinar el contenido y sentido del artículo 118 de la LCS, en primer lugar, es necesario abordar cuál era la regulación del ordenamiento jurídico peruano respecto a las preexistencias al momento de la denuncia del Señor Segovia.

Para ello, primero se debe distinguir entre el sistema de seguros y el sistema de EPS, y la regulación aplicable a cada sistema en relación con la cobertura de las preexistencias.

Por un lado, el sistema de seguros se encuentra regulado y supervisado por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS). La Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros - Ley No. 26702 dispone que este sistema se encuentra integrado por las empresas de seguros y reaseguros que operan debidamente autorizadas en el país, sus subsidiarias, y los intermediarios y auxiliares de seguros.

Las empresas de seguros que integran el sistema asegurador son definidas por la Ley No. 26702 como aquellas que tienen por objeto celebrar contratos de seguros mediante los cuales se obliga, dentro de determinados límites y a cambio de una prima, a una prestación pactada en caso de ocurrir un determinado suceso futuro e incierto.

Respecto a la regulación aplicable al sistema de seguros, desde julio de 2006 se encuentra vigente la Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior - Ley No. 28770. Dicha norma dispone que, en los seguros de enfermedades y asistencia médica, no se considerarán como preexistencias a aquellas enfermedades que se hayan generado o por las cuales el beneficiario y/o asegurado haya recibido cobertura durante la vigencia de un "*contrato de seguro que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguros de enfermedades o asistencia médica diferente*".

En este sentido, la Ley No. 28770 únicamente establecía la obligación de las empresas de seguros de brindar continuidad de cobertura respecto de las enfermedades preexistentes que fueron diagnosticadas o cubiertas durante la vigencia previa de un seguro de salud emitido por una compañía de seguros.

Por otro lado, el sistema de EPS fue creado en mayo de 1997 a través de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - Ley No. 26790, como parte del régimen contributivo de la seguridad social en salud a cargo del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y se dispuso inicialmente su supervisión y regulación a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), entidad sobre la base de cual posteriormente se creó la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como actual entidad supervisora y reguladora.

Según la Ley No. 26790, el seguro social de salud otorga cobertura a los asegurados del régimen contributivo de la seguridad social en salud (como trabajadores dependientes y pensionistas) y asegurados potestativos, brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. Tal cobertura incluía únicamente aquellas prestaciones de capa simple (siendo estas las de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad) y capa compleja (siendo estas las intervenciones de salud de menor frecuencia y mayor complejidad) establecidas mediante Decreto Supremo.

Las prestaciones del seguro social de salud son otorgadas por ESSALUD y se complementa con los planes y programas de salud que son brindados por las EPS. Las prestaciones que brindan tales entidades son financiadas mediante aportes y otros pagos.

Las EPS son definidas por la Ley No. 26790 como las empresas e instituciones públicas o privadas, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia o de terceros. Así, estas se encuentran facultadas para ofertar, principalmente, planes de salud a los asegurados del régimen contributivo de la seguridad social en salud, y planes potestativos a los asegurados potestativos.

Respecto a la regulación aplicable al sistema EPS, la Ley No. 26790 y su Reglamento - Decreto Supremo No. 009-97-SA, este último vigente desde septiembre de 1997, establecen que, a efectos de que las entidades empleadoras se beneficien de un crédito respecto a las aportaciones de sus trabajadores a ESSALUD, podrán otorgar cobertura de salud a sus trabajadores mediante planes de salud contratados con una EPS. En este sentido, se establece que dichos planes no podrán excluir el tratamiento de enfermedades preexistentes y

comprenderán al menos la atención de prestaciones de capa simple, manteniendo los asegurados sus derechos a las coberturas de capa compleja por cuenta de ESSALUD.

A partir de tal disposición, queda claro que los planes de salud ofrecidos por las EPS para empleadores no deberán excluir la cobertura de las atenciones de intervenciones de salud comprendidas en la capa simple y deberá brindar continuidad de cobertura a las enfermedades preexistentes que requieran tales atenciones. La norma no hace distinción alguna respecto al origen de estas preexistencias, por lo que se podría entender que deberá brindarse continuidad de cobertura sea que hayan sido cubiertas anteriormente por una EPS, seguro de salud o no hayan recibido cobertura previamente.

En julio de 2010 entró en vigor la Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud - Ley No. 29561, la cual establece la continuidad de la cobertura de enfermedades preexistentes de capa compleja ante un cambio de plan de salud ofertado por una EPS a otro que incluya enfermedades de capa compleja, a consecuencia de un cambio de centro laboral o de EPS.

Posteriormente, en noviembre de 2012 entró en vigencia el Reglamento de la Ley No. 29561 - Decreto Supremo No. 008-2012-SA, el cual establece ciertas condiciones para el otorgamiento de la continuidad de cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado y aclara expresamente que no se aplica dicha continuidad a los casos de preexistencias producidas fuera del sistema de EPS.

De esta manera, queda claro que en cada sistema distintas normas regulan la obligación de las empresas de seguros y las EPS, respectivamente, de brindar continuidad de cobertura ante enfermedades preexistentes. Así, como regla general, cada sistema cuenta con normas que disponen dicha obligación pero con relación únicamente a preexistencias antes cubiertas en el mismo sistema, siendo la única excepción el caso de la continuidad de cobertura de los planes de salud de una EPS para enfermedades preexistentes que requieran atenciones de capa simple.

Las normas previamente señaladas (Ley No. 28770, Ley No. 26790, Decreto Supremo No. 009-97-SA y Ley No. 29561) se encontraban vigentes en el momento en el que se estableció la relación contractual entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros en 2012, y se mantuvieron vigentes durante los demás hechos relevantes del caso (como el rechazo de cobertura sufrido y la interposición de la denuncia del Señor Segovia). Por ende, al momento de contratación en 2012 existía, en principio, un vacío normativo respecto a la obligación de las empresas de seguros de brindar cobertura a las preexistencias cruzadas.

La antes mencionada situación de separación dio un giro con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - Ley No. 29344, publicada en abril de 2009 y de implementación progresiva. Dicha norma fue el producto de una serie de discusiones y debates desde el año 2002, en el que el aseguramiento universal fue declarado como prioridad nacional y el Estado asumió el compromiso de, entre otros aspectos, fortalecer un fondo de salud para atender a la población no atendida por los sistemas de seguridad social existentes, buscando consolidar un modelo de aseguramiento universal, sostenible, equitativo y solidario sobre la base de ESSALUD, el SIS y la participación del sector privado (Wilson et al., 2009, pp. 212-213).

Entre las disposiciones más significativas introducidas por la Ley No. 29344 y su Reglamento - Decreto Supremo No. 008-2010-SA, este último vigente desde abril de 2010, se encuentran las siguientes:

- Crea la categoría de "Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud" (IAFAS), las cuales son definidas como entidades que reciben, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de atenciones de salud u oferten cobertura de riesgos de salud.

  Bajo dicha categoría se incluye, entre otras, a las EPS y las "*compañías de seguros privados de salud*". Este último término carecía de significado y, por ende, de vinculatoriedad para el sistema de seguros, ya que legalmente no existían tales compañías. Este texto fue clarificado y corregido posteriormente por el Decreto Legislativo No. 1158, el cual entró en vigencia en diciembre de 2013, a partir del cual se consideran expresamente como IAFAS a las "*empresas de seguros contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso d) del artículo 16 de la Ley 26702, que oferten cobertura de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas*".

- Establece a SUSALUD como entidad reguladora y supervisora de las IAFAS.

- Crea el PEAS, como plan de aseguramiento en salud que contiene una lista de condiciones asegurables que como mínimo debe ser ofertada por todas las IAFAS.

- El Decreto Supremo No. 008-2010-SA establece expresamente que las IAFAS no podrán excluir de cobertura a las enfermedades preexistentes incluidas como condiciones asegurables del PEAS. Asimismo, en los casos de planes que complementen el PEAS, se establece la obligación de brindar continuidad de cobertura para las preexistencias en caso de cambio de IAFAS o plan contratado, bajo determinadas condiciones como que esta preexistencia haya sido cubierta bajo el plan de salud complementario inmediatamente anterior, que las IAFAS pueden limitar la cobertura a los límites del plan anterior, y que pueden fijar la prima en función al análisis del impacto económico de las preexistencias.

A partir de las disposiciones antes mencionadas, es posible señalar que desde 2009 se da un cambio en la regulación que pretende integrar los sistemas de seguros y EPS bajo la categoría de IAFAS, y establecer obligaciones comunes a las IAFAS (pese a que no logra tener efectos vinculantes para las empresas de seguros hasta el 2013). Así, esta normativa establece la obligación de las IAFAS de otorgar continuidad de cobertura a las enfermedades preexistentes aseguradas bajo el PEAS, o bajo un plan complementario al PEAS, en caso de cambio de IAFAS o plan contratado (es decir, incluyendo el cambio de un seguro emitido por una compañía de seguros a un plan de salud emitido por una EPS o viceversa).

De esta manera, desde diciembre de 2013, momento en el que se establece definitivamente que las empresas de seguros son IAFAS, es vinculante a ambos sistemas la obligación de brindar cobertura en supuestos de preexistencias cruzadas. Ello implica que la regulación del ordenamiento peruano ha reconocido que, pese a la distinta naturaleza de los sistemas de seguros y EPS, en tanto ambas tienen la actividad común de captar fondos para la cobertura de riesgos vinculados a la salud de individuos, es posible y necesario establecer obligaciones comunes a ambos sistemas que favorezcan el aseguramiento en salud de la población.

Sin embargo, la regulación de las IAFAS antes mencionada, incluyendo la cobertura de preexistencias cruzadas, no resultaba aplicable al caso concreto. Ello se debe a que, al momento de la contratación entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros en 2012, este último no se encontraba reconocido legalmente como una IAFAS y no ofertaba un producto con las condiciones establecidas por el PEAS, siendo que el Señor Segovia contrató otro producto diferenciado al cual no le resultaba aplicable tal regulación.

Finalmente, en noviembre de 2012 se publica la LCS, la cual dispone su aplicación a todas las clases de seguros y establece en su artículo 118 que: "*Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior*".

La redacción empleada por el artículo 118 ha generado dudas respecto al significado de esta disposición, a partir de la cual existen posturas contrapuestas sobre si esta dispone la cobertura de preexistencias cruzadas. Por ello, será necesario recurrir a los métodos de interpretación de normas jurídicas a efectos de poder determinar aquella que resulta más idónea.

4.1.2. Interpretación del artículo 118 de la LCS

Como señalan Rubio y Arce (2019), los métodos de interpretación son procedimientos de identificación del contenido de las normas, brindando cada uno un variable de interpretación distinta con lo cual es posible que cada método nos brinde un resultado distinto. Por ello, los autores recomiendan emplear diversos métodos de interpretación para tener una visión completa de las interpretaciones posibles y elegir aquella que, a nuestro juicio, aparezca como la más pertinente (p. 112).

En primer lugar, se debe realizar una interpretación literal del artículo 118, es decir, averiguar el sentido de la norma a partir del texto mismo y significado de las palabras utilizadas (Gómez, 2019, p. 25).

A partir de la redacción y palabras empleadas, se admiten dos (2) significados de esta norma: (i) que establece la obligación de brindar cobertura a las enfermedades preexistentes como mínimo hasta los límites del contrato original o anterior, dentro de cada sistema (entendidos de forma separada, regulando las preexistencias en cada sistema); o, (ii) que establece dicha obligación de cobertura dentro de ambos sistemas (entendidos conjuntamente, regulando las preexistencias cruzadas).

Este método no da mayores luces sobre cuál es el significado que debe primar, por lo que es necesario recurrir a otros métodos de interpretación.

En segundo lugar, el método histórico implica la interpretación del significado de la norma recurriendo a los antecedentes jurídicos directamente vinculados con esta, a efectos de analizar la intención determinada que tuvo el legislador al emitir la norma jurídica (Rubio, 2011, p. 248).

El contenido actual del artículo 118 de la LCS fue propuesto en el Dictamen de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República recaído en el Proyecto de Ley No. 28/2011-CR (actual LCS), el cual originalmente no incluía regulación alguna respecto a las preexistencias. Al respecto, en justificación de esta modificación el Dictamen señala que era

adecuado establecer la continuidad de cobertura en supuestos de cambio de un contrato de EPS a uno de seguros, ya que es usual que estos cambios escapen de la decisión del aseguro, como suele ocurrir ante el cambio de empleador (p. 34).

Asimismo, en el Diario de los Debates de la Primera Legislatura Ordinaria del 2012 se recoge lo discutido en la Sesión del Pleno del Congreso del 11 de octubre de 2012, en la cual el Congreso de la República aprobó la LCS. En dicha sesión se explicó expresamente que el artículo 118 pretende impedir que las empresas de seguros brinden menor cobertura a las enfermedades preexistentes provenientes de una cobertura de una EPS. Se mencionó que el artículo 118 respondía a una modificación en beneficio de los asegurados, a través de la cual en las migraciones de una EPS a una aseguradora correspondía como mínimo cubrir aquello que previamente era cubierto por la EPS; en caso se pretendiera cubrir más, a efectos de obtener mayores migraciones de las EPS a las empresas de seguros, ello era aceptable y beneficioso para el asegurado (Congreso de la República, 2012, p. 1612).

A partir de lo antes señalado, es evidente que la intención del legislador al emitir el artículo 118 de la LCS era la de regular la obligación de las empresas de seguros de brindar continuidad de cobertura a enfermedades preexistentes que hayan estado previamente cubiertas por una EPS, como mínimo hasta lo que era cubierto por esta última.

Además de las manifestaciones de la intención del legislador, entre los contenidos a ser analizados bajo el método histórico se encuentra la situación concreta que puede ser considerada como la causa eficiente de la emisión de una norma (Rubio, 2011, p. 248).

Así, debe analizarse que la situación concreta en la que se publicó la LCS es luego de haber sido emitida la Ley No. 29344 y su Reglamento - Decreto Supremo No. 008-2010-SA, la cual ya disponía la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes ante un cambio de IAFAS o plan contratado y pretendía, desde un inicio, incluir a las compañías de seguros. De esta manera, lo dispuesto en el artículo 118 de la LCS sería consistente con la situación evolutiva de la regulación de la cobertura de preexistencias a la fecha de su publicación, en la cual ya se había adoptado una postura favorable a la cobertura de preexistencias cruzadas.

Por ello, a partir de una interpretación histórica, resulta claro que el sentido que se pretendió otorgar al artículo 118 de la LCS, era el de establecer la obligación de las empresas de seguros de brindar continuidad de cobertura a enfermedades preexistentes en supuestos de cambio de un plan de salud emitido por una EPS a un contrato de seguros.

En tercer lugar, el método sistemático analiza, tomando en consideración el grupo de normas en el cual se encuentra la norma objeto de estudio así como su relación con otras disposiciones normativas, el significado de la norma en virtud de su localización en el ordenamiento y su confrontación con otras normas (Gómez, 2019, p. 27).

La regulación en el sistema de seguros, previa a la emisión de la LCS y Ley No. 29344, regulaba únicamente la continuidad de cobertura de preexistencias dentro del mismo sistema, pero no había ninguna postura establecida respecto a la cobertura de preexistencias cruzadas por lo que existía un vacío normativo al respecto.

En cuanto a las disposiciones de la LCS, cabe señalar que el artículo 117 menciona que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rige por la Ley No. 29344, su reglamento y normas complementarias. Al respecto, se debe considerar que la Ley No. 29344 y su reglamento, desde su origen, pretendieron regular la continuidad de cobertura de las preexistencias cruzadas entre todas las IAFAS (incluyendo a las empresas de seguros), por lo que el artículo 117 de la LCS habría pretendido recoger expresamente la obligación del sistema de seguros de cumplir con la regulación dispuesta por la Ley No. 29344. Sin embargo, como señalamos anteriormente, esta última norma abordaría la regulación del PEAS y las preexistencias cruzadas vinculadas a este producto, que no resultaría aplicable al producto diferenciado contratado por el Señor Segovia.

Otra disposición de la LCS a considerar es el artículo I, el cual establece que, en los contratos de seguro en los que el asegurado tenga la condición de consumidor, resulta de aplicación el CPDC en aquello que no se encuentre expresamente regulado por la LCS.

En este sentido, un aspecto no regulado por la LCS es cómo deben ser interpretadas sus disposiciones normativas si resultan ambiguas o generan dudas, como ocurre con el artículo 118, siendo que únicamente se ha regulado cómo deben ser interpretados los términos incluidos en un contrato de seguro que carezcan de claridad. Atendiendo al aspecto no regulado antes mencionado, resultaría de aplicación el principio pro consumidor recogido en el artículo V inciso 2 del CPDC, el cual precisamente establece cómo se deben interpretar las normas que generen dudas.

Así, el artículo V inciso 2 del CPDC establece que, en proyección de la acción tuitiva que ejerce el Estado a favor de los consumidores, en caso de duda insalvable en el sentido de las normas, estas deben interpretarse en el sentido más favorable al consumidor. De esta manera, aplicando esta disposición del CPDC, se podría concluir que en los contratos de seguro, la interpretación que debe otorgarse a las disposiciones ambiguas contenidas en la LCS es aquella que resulte más favorable para el asegurado en su condición de consumidor.

En virtud del mencionado principio pro consumidor, de las dos (2) interpretaciones posibles a ser otorgadas al sentido del artículo 118 de la LCS, la que resulta más beneficiosa para los consumidores y por ende aquella que debe primar es la que establece la obligación de las empresas de seguros de brindar cobertura a las enfermedades preexistentes como mínimo hasta los límites del contrato original o anterior ante supuestos de migración de una EPS a una compañía de seguros. Esta interpretación permite que los consumidores no sean perjudicados mediante la exclusión de enfermedades antes cubiertas por su EPS ante un supuesto de migración de una EPS a una compañía de seguros, lo cual podría realizarse en caso se interprete que la obligación de continuidad de cobertura se limita a cambios dentro de cada sistema.

Finalmente, cabe mencionar al artículo 3 de la Resolución SBS No. 3203-2013, norma que entró en vigencia en mayo de 2013. Esta disposición establece que, en concordancia con el artículo 118 de la LCS, las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los términos señalados en la Ley No. 28770, recogiendo expresamente que: (i) las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las grupales; y, (ii) la continuidad de

cobertura de preexistencias en seguros de salud se aplica a cualquier empresa de seguros y no a una sola.

La disposición mencionada únicamente brinda mayores detalles sobre cómo opera la cobertura de preexistencias en supuestos de migración dentro del mismo sistema de seguros, remitiéndose a la Ley No. 28770; sin embargo, no brinda mayores luces sobre la cobertura de preexistencias cruzadas. Por ello, no puede considerarse que esta norma limite en modo alguno la interpretación del artículo 118 de la LCS en lo referido a preexistencias cruzadas, en tanto su contenido no representa una postura establecida de la SBS respecto a que el artículo 118 establece la cobertura de preexistencias en cada sistema.

De esta manera, el sentido del artículo 118 respecto a la cobertura de preexistencias cruzadas es el más consistente con las disposiciones y normas antes mencionadas, con lo cual es posible concluir que ese es la interpretación que debe primar a partir de una interpretación sistemática.

En cuarto lugar, el método lógico o de *ratio legis* busca averiguar qué quiere decir el contenido de la norma, es decir, el fundamento por el que existe, y debe ser buscada con una visión integral del texto normativo (Rubio y Arce, 2019, pp. 114-115). Este método se vincula muy cercanamente con el teleológico, el cual persigue entender el objetivo de la norma, siendo que a través de estos dos (2) métodos se busca averiguar por qué la incluye determinado contenido y para qué lo hace (Gómez, 2019, p. 28).

Analizando el porqué del contenido de la norma, debe tomarse en cuenta que el artículo 118 es una disposición de la LCS, por lo que su contenido resulta vinculante únicamente a los contratos de seguros. Esta norma no podría regular el nivel mínimo de cobertura en el sistema de seguros y en el sistema de EPS, respectivamente, en tanto su ámbito de aplicación no se extiende a los planes de seguros emitidos por las EPS, ya que estas últimas no son empresas de seguros y no emiten contratos de seguro de conformidad con la normativa peruana. A partir de ello, la mención expresa al sistema de EPS no puede responder a otro motivo que el de establecer una obligación de las empresas de seguros respecto del sistema EPS.

Asimismo, el para qué de la norma, sería el evitar que una empresa de seguros pueda rechazar la cobertura o brindar una cobertura inferior al contrato previo, en casos de enfermedades preexistentes que antes hayan sido cubiertas por una empresa de seguros o una EPS. Con ello, se buscaría proteger a los asegurados y que mantengan la cobertura de enfermedades que antes habían sido cubiertas mediante los pagos de las primas o contribuciones respectivas, ante cualquier supuesto de cambio dentro del sistema de seguros o migración del sistema EPS al de seguros.

4.1.3. Toma de postura

En virtud del análisis antes mencionado, concuerdo con la conclusión expresada por la Sala en la Resolución No. 4357-2014/SPC-INDECOPI respecto a que el artículo 118 de la LCS establece una obligación de continuidad de cobertura a enfermedades preexistentes previamente cubiertas aun cuando se produzca una migración del sistema EPS a una empresa de seguros, es decir, regula el supuesto de preexistencias cruzadas.

Así, de forma contraria a los argumentos señalados por Pacífico Seguros, la interpretación antes mencionada no resulta arbitraria ni antitécnica, sino que por el contrario esta resulta ser la más consistente con las diversas interpretaciones posibles obtenidas en la aplicación de los métodos de interpretación literal, histórica, sistemática, de *ratio legis* y teleológica.

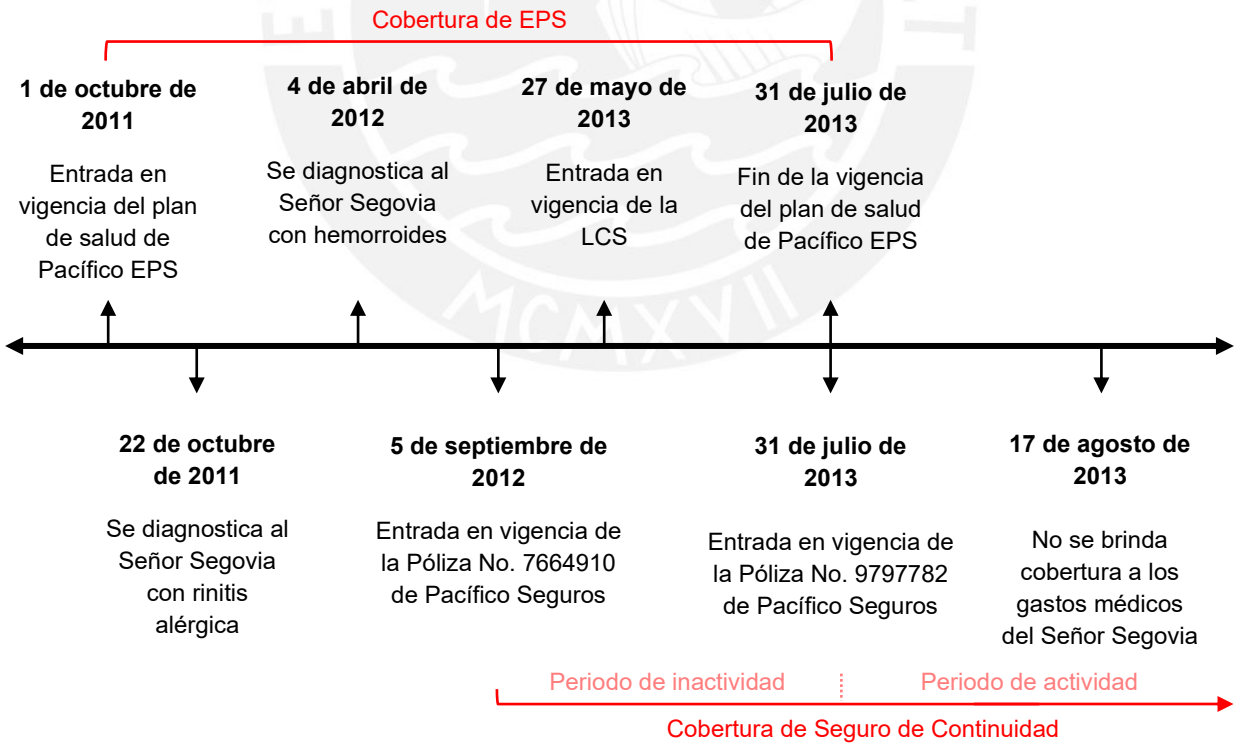
4.2. ¿La LCS resultaba aplicable a la relación contractual entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia?

4.2.1. Vigencia de la LCS

La LCS fue publicada el 27 de noviembre de 2012; sin embargo, de conformidad con su Novena Disposición Complementaria Final y Modificatoria, entró en vigencia a partir de los ciento ochenta (180) días desde su publicación. Así, la LCS entró en vigencia el 27 de mayo de 2013.

Asimismo, la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS señala que, a partir de su vigencia, sus disposiciones "*se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente*".

A partir de lo antes señalado, cabe analizar si la LCS resultaba aplicable a la relación jurídica establecida entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia, tomando en consideración los siguientes hitos relevantes del caso concreto:



4.2.2. Aplicación de las normas en el tiempo

A efectos de poder interpretar debidamente el sentido de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS es necesario analizar la regulación del ordenamiento jurídico peruano respecto a la aplicación de normas en el tiempo.

Por un lado, a nivel constitucional se tiene al artículo 103, el cual establece que desde la entrada en vigencia de una ley, esta "*se aplica a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tiene fuerza ni efectos retroactivos; salvo, en ambos supuestos, en materia penal cuando favorece al reo*". Asimismo, el artículo III del Título Preliminar del Código Civil establece que: "*La ley se aplica a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes. No tiene fuerza ni efectos retroactivos, salvo las excepciones previstas en la Constitución Política del Perú*".

Ambos artículos han recogido la teoría de los hechos cumplidos como regla general en el ordenamiento jurídico peruano, la cual establece la aplicación inmediata de las normas, es decir, que corresponde que cada hecho se someta y sea regulado por la ley vigente al momento en que se produjo (Espinoza, 2003, p. 138). Asimismo, se ha establecido el rechazo de los efectos retroactivos de las normas, es decir, su aplicación a hechos, situaciones o relaciones jurídicas que tuvieron lugar antes de la entrada en vigencia de dicha norma.

Cabe señalar que tanto el artículo 103 de la Constitución Política del Perú como el artículo III del Título Preliminar del Código Civil establecen la aplicación de las normas a las "*consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes*". Así, según Rubio y Arce (2019), las situaciones jurídicas (entendidas como el haz de atribuciones, derechos, obligaciones y calificaciones jurídicas recibidas por una persona al adoptar un determinado status frente al derecho) y las relaciones jurídicas (entendidas como las vinculaciones jurídicas existentes entre dos o más situaciones jurídicas interrelacionadas) no son alteradas por las normas, sino solo sus consecuencias (p. 169).

De esta manera, es posible concluir que la primera parte de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS, al señalar que sus disposiciones "*se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo"*, es consistente con la regla general del ordenamiento jurídico peruano del acogimiento de la teoría de los hechos cumplidos y el rechazo a los efectos retroactivos en la aplicación de las normas.

Por otro lado, también debe ser considerado el artículo 62 de la Constitución Política del Perú, el cual establece que "*los términos contractuales no pueden ser modificados por leyes u otras disposiciones de cualquier clase*". Al respecto, Rubio (2013), señala que mediante este artículo se ha dispuesto que ninguna disposición que contenga una norma general puede modificar la regulación incluida en un contrato y, por ende, se ha recogido la teoría de los derechos adquiridos para ese supuesto especial (p. 31).

La teoría de los derechos adquiridos establece que las normas posteriores no pueden afectar a aquel derecho que se haya generado y establecido en la esfera de una persona, correspondiendo que este derecho siga produciendo los efectos establecidos en su origen (Rubio, 2013, p. 17).

De esta manera, se tendría que la regla general del acogimiento de la teoría de los hechos cumplidos y aplicación inmediata de las normas en el ordenamiento jurídico peruano encuentra una excepción en el caso de los contratos. En este último caso, el ordenamiento jurídico ha acogido la teoría de los derechos adquiridos, por lo que en principio el contenido contractual acordado no podría ser afectado por una norma posterior.

En consecuencia, resulta coherente concluir que la excepción antes mencionada sea plenamente aplicable a los contratos de seguros y se encontraría recogida en la última parte de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS, la cual exceptúa su aplicación inmediata cuando las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes hayan sido reguladas previamente mediante un contrato. Asimismo, cabe mencionar que esta disposición también exceptúa su aplicación inmediata cuando dichas consecuencias hayan sido reguladas legalmente de manera previa, aspecto que no resulta aplicable al caso concreto en tanto las consecuencias de la relación jurídica entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros no encontraban mayor regulación previo a la entrada en vigencia de la LCS.

Sin embargo, la inmutabilidad de los contratos no es una cuestión pacífica en la doctrina y jurisprudencia peruana, por lo que es necesario analizar cómo debe ser interpretado el artículo 62 de la Constitución Política del Perú y, consecuentemente, la antes mencionada excepción a la aplicación inmediata de la LCS recogida en la última parte de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS.

4.2.3. ¿Inmutabilidad de los contratos?

La interpretación del artículo 62 de la Constitución Política del Perú encuentra, por los menos, dos (2) posiciones contrapuestas respecto a la inmutabilidad de los contratos que se deriva de la literalidad de dicha disposición.

Alguna parte de la doctrina peruana sostiene que el artículo 62 establece la “santidad” de los contratos, es decir, garantiza la seguridad jurídica de lo pactado y no cabría modificación alguna a ello a menos que así lo decidan las partes. Esta es la postura defendida por Escobar y Cabieses (2013), quienes señalan que las decisiones políticas puedan ser adoptadas por las autoridades en un futuro, no podrían influir en los acuerdos de voluntades establecidos en el presente o pasado, siendo que los contratantes solo deben ceñirse al marco legal vigente al momento de la celebración del acuerdo (p. 122).

Los autores señalan que dicha inmutabilidad se deriva no solo del artículo 62 de la Constitución Política del Perú, sino también del artículo 103 de la Constitución Política del Perú, en lo referido a la no aplicación retroactiva de las normas, y el artículo 1359 del Código Civil, el cual establece que no existe contrato a menos que las partes se hayan puesto de acuerdo sobre todos los aspectos a ser regulados. Así, señalan que no es posible armonizar el que no sea posible la aplicación retroactiva de las normas y que las autoridades pueden influir en los acuerdos adoptados en el pasado; así como tampoco sería posible concertar que las partes son aquellas facultadas para definir el contenido de los acuerdos deseen celebrar y que el Estado puede intervenir para desconocer tales acuerdos (Escobar y Cabieses, 2013, p. 123).

Además, respecto al artículo 1355 del Código Civil, el cual señala que por consideraciones de interés social, público o ético se pueden establecer por ley determinadas reglas o limitaciones al contenido de los contratos, los autores señalan que este debe ser entendido únicamente en el sentido de que dichas reglas o limitaciones resultan vinculantes para futuros contratos (Escobar y Cabieses, 2013, p. 124).

Como fundamento de la inmutabilidad, Escobar y Cabieses (2013) señalan que en la adopción de un acuerdo existe un análisis realizado por las partes contratantes, en base a sus intereses y preferencias, por lo que resulta inmoral que las autoridades persigan forzar sus preferencias e intereses en el ejercicio de un rol de "planificador social" (p. 125). Adicionalmente, sostienen que en los acuerdos celebrados, se pretende modificar la asignación de situaciones jurídicas y, si una norma impone una asignación diferente al pactado, una parte se beneficiaría sin negociarlo, merecerlo ni asumir algún costo, mientras que la otra parte percibiría un perjuicio en las mismas circunstancias y sin recibir alguna contraprestación por ello (Escobar y Cabieses, 2013, p. 126). En este sentido, los autores sostienen que la ley no debe alterar los efectos económicos de una transacción, siendo ello ineficiente e injusto.

De manera contraria, existe también doctrina peruana que ha considerado que el artículo 62 de la Constitución Política del Perú no implica una inmutabilidad absoluta de los contratos. Tal es el caso de Cárdenas (2000), quien postula una interpretación restrictiva del artículo 62 sosteniendo que, a través de una interpretación sistemática, se debe entender que las normas imperativas o de orden público son aplicables a las relaciones jurídicas en curso de ejecución, mientras que las normas supletorias son aquellas que no pueden modificar los términos contractuales (p. 260).

Como fundamento para dicha interpretación, Cárdenas (2000) señala que le corresponde al emitir normas imperativas o de orden público que influyan en las las relaciones jurídicas en curso cuando, excepcionalmente, se reconozca la necesidad de esta intervención al haber una modificación en el concepto de justicia que se ha establecido en la conciencia jurídica común (pp. 261-263). Menciona que, cuando se determina el carácter de orden público de una norma y su aplicación a las relaciones existentes, se concretiza la prioridad del nuevo principio incluido por sobre cualquier derecho adquirido que lo pueda contradecir, con lo cual se evita que los titulares de dichos derechos evadan la aplicación de la norma al amparo del principio de irretroactividad (Cárdenas, 2000, p. 263).

De manera consistente con la interpretación antes mencionada, Rubio (2013) sostiene que la jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha dispuesto que en el ordenamiento jurídico peruano no corresponde la inmutabilidad absoluta de los contratos en virtud del artículo 62 de la Constitución Política del Perú, existiendo determinados supuestos en los que una norma posterior puede alterar un contrato (p. 34).

Así, mediante la sentencia recaída en el Expediente No. 006-2000-AI/TC, el Tribunal Constitucional ha establecido que ningún contrato puede ir en contra de normas de interés general o de orden público porque en tal caso se infringiría el artículo 2 inciso 14 de la Constitución Política del Perú, convirtiéndose la obligación en ilícita o prohibida. Asimismo, se ha dispuesto que el Congreso puede modificar contratos existentes con mandatos de ley cuando se encuentre de por medio el resguardo del interés general.

De manera similar, mediante la sentencia recaída en el Expediente No. 2670-2002-AA/TC, el Tribunal Constitucional también dispuso que es necesaria una lectura sistemática del artículo 62 de la Constitución Política del Perú, ya que asumir que los contratos o acuerdos de voluntades en general pueden desarrollarse sin referentes valorativos implicaría la desnaturalización del derecho a la libertad de contratar (fundamento 3).

4.2.4. Aplicación de la LCS al caso concreto

La relación jurídica entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros inició el 5 de septiembre de 2012, con la Póliza No. 7664910 - "Seguro de Salud Total", mediante la cual se pacta, entre otros aspectos: (i) un periodo de carencia de treinta (30) días y un periodo de espera de 10 meses; y, (ii) la cláusula de exclusión que establece la no cobertura de tratamientos médicos vinculados a los diagnósticos de hemorroides y rinitis alérgica.

Posteriormente, luego de que el Señor Segovia concluyó su relación laboral con Tarjeta Naranja Perú S.A.C. y su consecuente desafiliación del plan de salud contratado con Pacífico EPS, entró en vigencia la Póliza No. 9797782 - "Seguro de Salud Total" el 31 de julio de 2013. En esta nueva póliza se establece, entre otros aspectos, lo siguiente: (i) por continuidad de seguro, se eliminaban los periodos de carencia y de espera, a excepción del periodo para trasplante de órganos; (ii) se otorgaba cobertura de diagnósticos originados desde la fecha de contratación del seguro de continuidad (5 de septiembre de 2012), mediante la Póliza No. 7664910; y, (iii) la cláusula de exclusión establecía la no cobertura de tratamientos médicos vinculados a los diagnósticos de hemorroides y rinitis alérgica.

Como señala Pacífico Seguros, el producto "seguro de continuidad" fue diseñado como una alternativa ante la inexistencia de normas que prevean la cobertura de preexistencias cruzadas. Así, estaba dirigido para las personas que mantenían un plan de salud con una EPS y deseaban que sus dolencias sean cubiertas incluso cuando se desafilien del plan de salud y migren al sistema de seguros. De esta manera, contaba con las siguientes dos (2) etapas: (i) un "periodo de inactividad", en el cual mientras el asegurado mantiene la cobertura del plan de salud emitido por una EPS, el seguro de salud de Pacífico Seguros se limita a brindar cobertura a los gastos de asistencia médica que superen la cobertura máxima anual de la EPS; y, (ii) un "periodo de actividad", en el cual el asegurado se desvincula de la EPS y Pacífico Seguros asume íntegramente la cobertura de la asistencia médica bajo las condiciones pactadas en el seguro de salud.

De esta manera, pese a la existencia de dos (2) pólizas que atienden a expresar estos dos (2) momentos, se entabló desde septiembre de 2012 una única relación jurídica con el Señor Segovia, lo cual se demuestra en virtud de la lógica del producto de continuidad antes explicada y se encuentra recogida expresamente en el contenido contractual de las pólizas expedidas. Así, algunas muestras de la interrelación de las pólizas y la existencia de una relación jurídica continuada, son las siguientes: (i) la Póliza No. 9797782 expresamente establece la cobertura de diagnósticos desde la fecha de contratación del producto de continuidad, reconociendo como tal al 5 de septiembre de 2012 (fecha de entrada en vigencia de la Póliza No. 7664910) y no a la fecha de su entrada en vigencia en julio de 2013; y, (ii) la Póliza 9797782 establece como ya cumplidos los períodos de carencia y espera, en tanto estos habían transcurrido durante la

vigencia de la Póliza No. 7664910, no estableciendo un nuevo cómputo de dichos períodos desde su entrada en vigencia en julio de 2013, como ocurriría al tratarse de un nuevo contrato de seguro.

La Sala dispuso que, si bien la contratación del seguro de continuidad se remonta al 5 de septiembre de 2012, la activación de este ocurrió el 31 de julio de 2013, siendo que recién en esta última fecha empezó a regir plenamente el contenido contractual que reguló los derechos, obligaciones y cargas de las partes, momento en el cual ya se encontraba vigente la LCS. Así, la Sala señala que pese a que la exclusión de cobertura de las preexistencias de rinitis alérgica y hemorroides se encontraba regulada desde el inicio de la relación jurídica, ella no tuvo efectos jurídicos en el período de inactividad del "seguro de continuidad" al haber estado condicionada a la extinción del vínculo laboral del Señor Segovia.

La Sala concluye que debe distinguirse entre: (i) las leyes que afectan el contenido o efectos de situaciones jurídicas cuando estas sí se han realizado, en cuyo caso no es aplicable la nueva norma en tanto los efectos jurídicos de la regulación contractual se iniciaron con anterioridad; y, (ii) leyes que afectan el contenido o efectos de situaciones jurídicos cuando estas no se han realizado, en cuyo caso la nueva norma es de aplicación inmediata al haber solo regulación contractual sin efectos jurídicos desde su contratación. Por ello, señala que no hay una aplicación retroactiva de la LCS en tanto se estaría aplicando inmediatamente a las consecuencias originadas con la activación del seguro de continuidad y estando vigente la LCS.

4.2.5. Toma de postura

En primer lugar, la relación jurídica entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros se estableció el 5 de septiembre de 2012, momento desde el cual surtió plenos efectos la exclusión de cobertura a las atenciones médicas derivadas de los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides.

De manera contraria a lo señalado por la Sala, la cláusula de exclusión no se encontraba condicionada a la extinción del vínculo laboral del Señor Segovia, siendo en realidad eficaz desde la contratación del producto de continuidad y recogida en la Póliza No. 7664910. Así, incluso en el periodo de inactividad del contrato de seguro, esta cláusula resultaba aplicable a la cobertura a ser asumida por Pacífico Seguros en caso fuera superada la cobertura máxima anual de la EPS, es decir, hubiese sido aplicable tal exclusión en caso se hubiese requerido la cobertura del seguro de salud como segunda capa, si bien dicha situación no se materializó en el caso concreto. Tras la extinción del vínculo laboral del Señor Segovia, tal exclusión se mantuvo en la Póliza No. 9797782, continuando sus efectos y materializándose finalmente con la negativa de cobertura de los gastos de medicamentos ocurrida el 17 de agosto de 2013, tras haber el Señor Segovia acudido a la Clínica Jockey Salud por una consulta médica con la especialidad de Otorrinolaringología.

En cualquier caso, a partir de la entrada en vigencia de la LCS el 27 de mayo de 2013, se estableció la obligación de las empresas de seguros de brindar continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes aun cuando se produzca un cambio de sistema de aseguramiento de una EPS a una empresa de seguros. En este sentido, la entrada en vigencia de dicha obligación fue posterior al establecimiento e inicio de los efectos del contenido contractual que

disponía la exclusión de cobertura de las enfermedades preexistentes originadas de manera previa a la contratación del seguro de continuidad, lo cual se dio el 5 de septiembre de 2012.

En segundo lugar, en virtud de una lectura sistemática de la Constitución Política del Perú, el Código Civil y la LCS, en la relación jurídica entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia sería pertinente la excepción a la aplicación de la LCS establecida en la última parte de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS, la cual recoge la teoría de los derechos adquiridos en concordancia con el artículo 62 de la Constitución Política del Perú, al tratarse de una situación jurídica regulada contractualmente de manera previa a la entrada en vigencia de la LCS.

Sin embargo, y como ha sido señalado por la Sala, cierta doctrina peruana y jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha determinado que el ordenamiento jurídico peruano no permite una inmutabilidad irrestricta de los contratos, lo cual comparto y considero aplicable al caso concreto. Así, en tanto el derecho a la contratación no es ilimitado y no puede ser ajeno al cambio de circunstancias que conlleven a que el contenido contractual sea contrario al concepto de justicia imperante, cabría la aplicación de normas imperativas que atiendan al interés general a los efectos de las relaciones jurídicas contractuales, incluso cuando tales normas hayan sido emitidas de manera posterior al momento de celebración de tales relaciones contractuales.

La LCS, resulta ser una norma imperativa, como se reconoce en el artículo I de esta norma, y sus disposiciones atienden claramente al interés general en tanto buscan proteger, entre otros, el derecho a la salud y los derechos de los consumidores. De esta manera, esta norma es una manifestación del deber del Estado de defender los intereses de los consumidores y velar por la salud de la población, dispuesto en el artículo 65 de la Constitución Política del Perú, siendo que sus disposiciones protegen a los asegurados de manera proporcional y razonable.

De esta manera, los efectos de los contratos de seguros pactados de manera previa a la entrada en vigencia de la LCS, no podrían mantenerse ajenos a las disposiciones imperativas y de interés general establecidas en esta norma, ya que lo contrario implicaría que la obligación devenga en ilícita por su afectación al interés general. Así, en el caso concreto, si bien la relación jurídica inició sus efectos el 5 de septiembre de 2012, desde el 27 de mayo de 2013 y en adelante tales efectos debieron adaptarse a la aplicación inmediata de las disposiciones de la LCS, sin que ello constituya una aplicación retroactiva.

En tercer lugar, cabe analizar que la aplicación inmediata de las disposiciones de la LCS desde su entrada en vigencia el 27 de mayo de 2013 implicaba que, en virtud del artículo 118 de la LCS, desde dicha fecha no era posible la exclusión de la cobertura de enfermedades preexistentes en un supuesto de migración del sistema de EPS al sistema de seguros. Por ende, desde ese momento, la exclusión de cobertura implicaba la contravención de una norma imperativa de interés general y resultaba ilícita.

En conclusión, concuerdo con la Sala en que la LCS sí resultaba aplicable a los efectos de la relación contractual entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros, siendo que desde el 27 de mayo de 2013 era exigible la aplicación inmediata de las disposiciones de la LCS a los efectos de las reglas contractuales pactadas el 5 de septiembre de 2012. En consecuencia, desde dicha fecha las empresas de seguros se encontraban obligadas a brindar continuidad de cobertura a las

enfermedades preexistentes en un supuesto de migración del sistema de EPS al sistema de seguros.

4.3. ¿Pacífico Seguros infringió el deber de idoneidad dispuesto en el CPDC al excluir a las atenciones médicas derivadas de enfermedades preexistentes de la cobertura del seguro de salud con beneficio de continuidad contratado por el Señor Segovia?

4.3.1. Deber de idoneidad en el ordenamiento jurídico peruano

El deber de los proveedores de asegurar la idoneidad de los productos y servicios que ofrecen en el mercado se encuentra regulado en los artículos 18 y 19 del CPDC. En dichos artículos se establece que los proveedores deben responder por la idoneidad de los productos y servicios ofrecidos, definiendo a la idoneidad como la correspondencia entre lo que el consumidor espera de determinado producto o servicio, atendiendo a las circunstancias del caso, en función a lo que: (i) le fue ofrecido; (ii) la publicidad e información transmitida; (iii) las condiciones y circunstancias de la transacción; (iv) las características y naturaleza del producto o servicio; (v) el precio; y, (vi) otros factores.

Como señala Tirado (2021), por idoneidad se debe entender a la relación adecuada y proporcional entre las expectativas del consumidor y las prestaciones efectivamente brindadas u ofrecidas por el proveedor, debiendo estas últimas cumplir con aquellas que razonablemente cabría esperar de una específica relación de consumo (p. 43).

En este sentido, la idoneidad implicaría una correspondencia entre las expectativas razonablemente generadas en el consumidor a partir de las circunstancias en las que se estableció la relación de consumo (como por ejemplo, a través de lo publicitado, las condiciones del contrato, las características usuales del producto o servicio, etc.) y lo efectivamente recibido por el consumidor.

Asimismo, debe tomarse en cuenta que el deber de idoneidad se encuentra intrínsecamente vinculado al deber de información de los proveedores. De conformidad con el artículo 2 del CPDC, los proveedores deben brindar a los consumidores toda la información relevante para tomar una decisión de consumo, entendiendo como tal a aquella sin la cual no se hubiese tomado la decisión de consumo o se hubiese efectuado de manera sustancialmente distinta, lo cual implica, por ejemplo, analizar si la información omitida ha desnaturalizado las condiciones de la oferta al consumidor (Durand, 2023, p. 287).

Tirado (2021) señala que el deber de información se deriva de la situación de asimetría informativa en la que frecuentemente se encuentran los consumidores frente a los proveedores, situación que el CPDC reconoce y a partir de la cual establece: (i) el derecho de los consumidores a información oportuna, suficiente, veraz, fácilmente accesible y relevante; (ii) el principio de transparencia (el cual establece el deber de los proveedores de facilitar la información relevante para las relaciones de consumo); y, (iii) el principio de corrección de la asimetría (el cual establece que las normas de protección al consumidor deben procurar restablecer las situaciones de desequilibrio en el acceso y transmisión de información relevante para la adopción de decisiones de consumo) (p. 40).

Cabe destacar que, como señalan Corzo y Villafuerte (2017), la situación de asimetría informativa antes mencionada es particularmente relevante en el sistema de seguros, debido al alto contenido técnico y especializado de este rubro que dificulta el entendimiento de los consumidores, siendo ello reflejado principalmente en la complejidad del contenido de los contratos de seguros y cómo estos limitan la potestad de los consumidores de adoptar decisiones de consumo informadas (p. 104).

En consecuencia, se podría entender que en el mercado de seguros, el derecho de información de los consumidores, el deber de información de los proveedores y el principio de corrección de la asimetría adoptan un rol esencial para poder contrarrestar el agravamiento de la situación de asimetría informativa derivada de la alta especialización y complejidad de los seguros.

Los problemas de información antes mencionados no son ajenos a los problemas de idoneidad que pueden presentarse en una relación de consumo, siendo en realidad considerados como "dos caras de la misma moneda", en tanto la discrepancia entre lo que el consumidor anticipa y finalmente recibe o experimenta (afectación al deber de idoneidad), depende de la integridad de la información que este ha recibido del proveedor (afectación al deber de información) (Bullard, 2010, p. 14).

La mencionada vinculación entre el deber de idoneidad y el de información se encuentra reconocida mediante la Directiva "Delimitación de la competencia funcional de la Comisión de Fiscalización de la Competencia Desleal y los órganos resolutivos en materia de protección al consumidor, en los casos en los que la publicidad comercial confluye en el análisis de sus procedimientos" - Directiva No. 001-2014-TRI-INDECOPI emitida por el Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual del INDECOPI. En esta se determina que el análisis del cumplimiento del proveedor con su obligación de brindar toda la información relevante y veraz al consumidor, sea en medios publicitarios u otros, ha de ser incluido en el análisis del cumplimiento del deber de idoneidad; y, en caso exista una vulneración a dicho deber de información, procederá la imputación una única infracción al deber de idoneidad a ser establecida por el órgano resolutivo de INDECOPI en materia de protección al consumidor (Directiva No. 001-2014-TRI-INDECOPI, párr. 17).

Habiendo entendido el deber de idoneidad, y su vinculación con el deber de información, es necesario comprender cómo es que se determinan las expectativas razonables de los consumidores que dotan de contenido a dicho deber en cada caso concreto.

El artículo 20 del CPDC establece que, para determinar la idoneidad de un producto o servicio, debe compararse este último con las garantías que brindan o se encuentran obligados de brindar los proveedores, siendo estas las características, condiciones o términos con los que cuenta el producto o servicio.

Asimismo, el mencionado artículo establece que las garantías pueden ser, en orden de prelación: (i) legales, cuando un mandato de ley o la regulación vigente no permite la comercialización de determinados productos o servicios sin cumplir con tal garantía, por lo que se entiende incluida en el contrato de consumo así no se señale expresamente; (ii) explícitas, cuando se derivan de los términos y condiciones expresamente ofrecidos por el proveedor (sea en el contrato, publicidad, o cualquier otro medio por el que se pruebe lo ofrecido); o, (iii) implícitas, cuando

existe silencio del proveedor o del contrato, y por ende se entiende que el producto o servicio cumple con los fines y usos previsibles.

A partir de la regulación expuesta, Rodríguez (2014) señala que el análisis de una presunta infracción al deber de idoneidad implica tres (3) etapas.

La primera etapa implica al "modelo de referencia de idoneidad", el cual corresponde al análisis de las garantías dispuestas por el CPDC en el orden de prelación establecido. De esta manera, primero se deben analizar si existen disposiciones legales y regulaciones aplicables que establezcan garantías legales, las cuales no pueden ser desestimadas por lo expresamente acordado entre las partes o por los usos y costumbres del mercado. Luego, se deben analizar los términos y condiciones expresamente ofrecidos por el proveedor que configuran garantías explícitas, las cuales solo pueden ser desplazadas por las garantías legales. En caso no exista regulación legal o contractual a ser analizada, se deben analizar los usos y costumbres del mercado (Rodríguez, 2014, p. 308).

En la segunda etapa se debe analizar los hechos que ocurrieron en la realidad, lo que recibió realmente el consumidor. Finalmente, como tercera etapa, se debe contrastar lo que aconteció en los hechos con el contenido establecido del "modelo de referencia de idoneidad", siendo que de existir identidad entre estos no se habría configurado una infracción al deber de idoneidad; en cambio, de haber contradicciones, será posible concluir que el consumidor no habrá recibido lo que razonablemente anticipaba y existirá responsabilidad del proveedor (Rodríguez, 2014, p. 308).

Siguiendo la propuesta del autor, a efectos de determinar si Pacífico Seguros infringió el deber de idoneidad en la relación entablada con el Señor Segovia, deberá realizarse el análisis de tres (3) etapas antes mencionado.

4.3.2. Análisis de la presunta infracción al deber de idoneidad en el caso concreto

Por un lado, Pacífico Seguros alegó que no había infringido el deber de idoneidad en tanto las enfermedades de rinitis alérgica y hemorroides diagnosticadas al Señor Segovia calificaban como enfermedades preexistentes no susceptibles de cobertura en virtud de los términos del seguro de salud contratado. Además, Pacífico Seguros sostuvo que el artículo 118 de la LCS no establecía la continuidad de cobertura de preexistencias ante supuestos de migración del sistema de EPS al sistema de seguros, por lo que no había una obligación legal de brindar dicha cobertura.

Por otro lado, la Sala determinó que el artículo 118 de la LCS disponía una garantía de continuidad de cobertura de las preexistencias en caso de migración del sistema de EPS a un seguro privado, por lo cual confirmó la infracción de los artículos 18 y 19 del CPDC en tanto Pacífico Seguros habría negado injustificadamente la cobertura del seguro de continuidad al considerar como preexistencias a las enfermedades generadas y cubiertas durante la vigencia del plan de salud del Señor Segovia.

De esta manera, a efectos de determinar si existió una infracción al deber de idoneidad por parte de Pacífico Seguros, corresponde analizar, en primer lugar, si existía una garantía legal a partir

de la cual el Señor Segovia haya podido esperar que el seguro de salud que contrató cubriría las enfermedades preexistentes diagnosticadas y cubiertas durante la vigencia del plan de salud al que se encontraba afiliado previamente.

Como ha sido desarrollado a profundidad en las secciones 4.1 y 4.2 del presente informe, el artículo 118 de la LCS establece la obligación de las empresas de seguros de brindar continuidad de cobertura a las enfermedades preexistentes aun cuando se produzca un cambio de sistema de aseguramiento de una EPS a una empresa de seguros. Asimismo, en tanto la LCS resultaba aplicable a los efectos de la relación contractual entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros, la obligación incluida en el artículo 118 de la LCS resultaba exigible a Pacífico Seguros desde el 27 de mayo de 2013.

A partir de ello, habría existido efectivamente una garantía legal exigible a Pacífico Seguros desde el 27 de mayo de 2013, en virtud de la cual los contratos de seguros debían brindar cobertura a las preexistencias cruzadas. En su calidad de mandato imperativo, tal garantía legal no podía ser desplazada por otro tipo de garantía, prevaleciendo sobre las garantías explícitas e implícitas, además de que se debe entender incluida en el contrato de consumo establecido entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia, incluso aunque no se señale ello expresamente, en virtud de lo dispuesto en el artículo 20 del CPDC.

En segundo lugar, y si bien la garantía legal antes mencionada podría culminar el análisis de idoneidad por su prevalencia sobre las otras garantías, cabría analizar también si existía una garantía explícita a partir de la cual el Señor Segovia haya podido razonablemente esperar la cobertura de preexistencias cruzadas.

En virtud de lo establecido en los artículos 18 y 20 del CPDC, un aspecto a considerar en el mencionado análisis son los términos del contrato pactado entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros.

Uno de los principales argumentos de Pacífico Seguros era que los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides habían sido excluidos expresamente en las dos (2) pólizas emitidas y ello fue informado al Señor Segovia. Ello puede ser corroborado en las cláusulas de exclusión de las Pólizas No. 7664910 y 979782, las cuales señalan lo siguiente: "*Queda entendido y convenido que de acuerdo a los antecedentes médicos al inicio del seguro, la presente póliza no cubre ningún tratamiento médico relacionado con las siguientes dolencias, complicaciones y consecuencias: hemorroides, rinitis alérgica no especificada*".

Sin embargo, no cabe limitarse a analizar el contenido contractual, en tanto el contenido del deber de idoneidad se encuentra configurado por las expectativas del consumidor respecto del alcance de las prestaciones que puede esperar en base a toda la información que le haya sido ofrecida o a la que haya estado expuesto (Tirado, 2021, pp. 43-44). Así, de conformidad con el artículo 20 del CPDC, deben analizarse también los términos y condiciones expresamente ofrecidos por el proveedor a través de la publicidad, o cualquier otro medio por el que se pruebe específicamente lo ofrecido al consumidor.

De esta manera, es necesario tomar en consideración que la página web de Pacífico Seguros publicitaba el Seguro de Continuidad señalando que, con su contratación:

> Puedes tener la tranquilidad de saber que las enfermedades que puedan aparecer a lo largo de tu carrera profesional estarán cubiertas también en el futuro en caso de que decidas cambiar de trabajo y por ende de EPS, con lo cual toda preexistencia será también cubierta por tu próximo seguro de salud [énfasis agregado].

Respecto a lo que se ofrecía mediante este seguro, la página web señalaba que este garantizaba la cobertura futura de "*aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación*" [énfasis agregado]. Luego de ello, en la sección que brindaba detalles sobre la cobertura de este seguro se indicaba lo siguiente: "*Este seguro cubre todas las enfermedades que puedan haber sido detectadas mientras trabajabas y tenías una EPS y garantiza su cobertura futura en caso cambies de trabajo (y en consecuencia de EPS)*" [énfasis agregado].

La información incluida en la página web de Pacífico Seguros respecto al seguro de continuidad ofrecido, por un lado, señalaba expresamente en dos apartados que el seguro de continuidad brinda cobertura a todas las preexistencias, con lo cual se entendería que el íntegro de diagnósticos que se originen durante la vigencia de un plan de salud de una EPS estarían cubiertos por dicho seguro. Por otro lado, y contradiciendo el alcance de la cobertura mencionado anteriormente, se indicaba que la cobertura del seguro de continuidad corresponde solo a las preexistencias originadas desde el momento de contratación.

A partir de las afirmaciones antes señaladas se podría concluir que existe ambigüedad en la información publicitada por Pacífico Seguros y, en base a esta, un consumidor podría haber desarrollado la expectativa de que el seguro contratado le brindaría cobertura a todas las enfermedades que hayan sido diagnosticadas durante la vigencia del plan de salud de una EPS.

La antes mencionada garantía explícita derivada de la información publicitada en la página web de Pacífico Seguros, también sería consistente con la información que el Señor Segovia alega haber recibido del personal de Pacífico Seguros. Así, si bien no incluye material probatorio al respecto, señala que cuando consultó sobre las preexistencias incluidas en la Póliza No. 7664910, se le indicó que la consignación de las dolencias en la declaración jurada de salud tenía carácter informativo y no implicaba la exclusión de estas.

Adicionalmente, se tienen los correos electrónicos del 7 de septiembre de 2012, intercambiados entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia, en el que se consulta al último sobre las atenciones médicas por los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorragia. En estos correos se demostraría que, luego de la confirmación del Señor Segovia de haber recibido atención médica por tales diagnósticos, Pacífico Seguros no informó que tales diagnósticos serían considerados como preexistencias excluidas de cobertura.

En tercer lugar, y a partir de los hechos mencionados en el punto anterior, se revelaría que Pacíficos Seguros no habría brindado al Señor Segovia información veraz, suficiente y de fácil comprensión respecto a la cobertura de enfermedades preexistentes.

En este sentido, Pacífico Seguros habría brindado información ambigua que indujo al Señor Segovia a tener una expectativa de cobertura que no concordaba con las condiciones del seguro contratado. Con ello, se habrían vulnerado los artículos 2 y 3 del CPDC, los cuales desarrollan el deber de información de los proveedores.

En tercer lugar, habiendo analizado las garantías aplicables al caso concreto, corresponde contrastar ello con los hechos ocurridos en la realidad, a efectos de determinar si se han respetado tales garantías y, en consecuencia, el deber de idoneidad.

Así, el que Pacífico Seguros haya mantenido la exclusión de cobertura de las enfermedades diagnosticadas al Señor Segovia de manera previa a la contratación del Seguro de Continuidad infringe la garantía legal derivada del artículo 118 de la LCS, en virtud de la cual se estableció el mandato imperativo de que los contratos de seguros debían brindar cobertura a las preexistencias cruzadas. Con ello, al no existir identidad entre la garantía y lo recibido por el consumidor, este último no ha recibido lo que razonablemente esperaba y se ha configurado una vulneración del deber de idoneidad.

Incluso en el supuesto en que se hubiese rechazado que el artículo 118 de la LCS establece el mandato imperativo de brindar cobertura a las preexistencias cruzadas y/o se hubiese negado que la LCS resultaba aplicable a los efectos de la relación jurídica entre el Señor Segovia y Pacífico Seguros, igualmente se habría configurado una vulneración al deber de idoneidad. Ello debido a que Pacífico Seguros brindó información a partir de la cual era posible interpretar la existencia de una garantía explícita de que el seguro de continuidad brindaba cobertura a todas las enfermedades preexistentes.

También se debe considerar que, en tanto Pacífico Seguros brindó información ambigua a los consumidores, también se habría configurado una vulneración al deber de información incluido en los artículos 2 y 3 del CPDC, al no haberse provisto al consumidor de información veraz, suficiente y de fácil comprensión. De esta manera, en virtud de la relación intrínseca del deber de idoneidad y el de información, la vulneración de este último se encuentra incluida en la verificación de la vulneración al deber de idoneidad, al haberse afectado las expectativas del Señor Segovia en virtud de la deficiente información recibida.

4.3.3. Toma de postura

A partir del análisis antes mencionado, concuerdo con la conclusión de la Sala expresada en la Resolución No. 4357-2014/SPC-INDECOPI respecto a que Pacífico Seguros infringió el deber de idoneidad dispuesto en los artículos 18 y 19 del CPDC en tanto se negó injustificadamente a brindar cobertura a las enfermedades preexistentes generadas y cubiertas bajo la vigencia del plan de salud al cual se encontraba afiliado el Señor Segovia, pese a que el artículo 118 de la LCS establece una garantía de continuidad para dicho supuesto.

En este sentido, concuerdo con que el artículo 118 de la LCS establece una garantía legal respecto a la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes aun cuando se produzca un cambio de sistema de aseguramiento de una EPS a una empresa de seguros, es decir, en un supuesto de preexistencias cruzadas. En virtud de esta garantía legal, exigible a Pacífico Seguros desde el 27 de mayo de 2013, esta no podía ser desplazada por otras garantías y se debía entender incluida en el contrato de consumo establecidos entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia, incluso aunque no se señale ello expresamente, en virtud de lo dispuesto en el artículo 20 del CPDC.

No obstante ello, considero que la Sala debió pronunciarse sobre la vulneración al deber de información en el análisis realizado respecto a la infracción al deber de idoneidad de Pacífico Seguros. La Sala se limitó a determinar que se había infringido una garantía legal para determinar la infracción al deber de idoneidad, omitiendo analizar la información que fue brindada por Pacífico Seguros y a partir de la cual el Señor Segovia desarrolló expectativas respecto al seguro contratado.

El análisis antes mencionado hubiese permitido a la Sala determinar que efectivamente existió una vulneración al deber de información incluido en los artículos 2 y 3 del CPDC, al no haberse provisto al consumidor de información relevante para tomar la decisión de contratar el seguro de continuidad ofrecido por Pacífico, siendo que la información compartida no era veraz, suficiente y de fácil comprensión.

La determinación de una vulneración al deber de información en el caso concreto no hubiese implicado una infracción adicional, en tanto se encontraría incluido en la verificación del deber de idoneidad. No obstante, ello resultaba relevante en tanto hubiese permitido advertir a Pacífico Seguros y los consumidores sobre las inapropiadas prácticas de transparencia de información que se tuvieron en el caso concreto y cómo estas también podrían configurar una vulneración al deber de idoneidad incluso de no haber existido una garantía legal.

4.4. ¿La medida correctiva impuesta a Pacífico Seguros era idónea para proteger los derechos de los consumidores?

4.4.1. Las medidas correctivas en el ordenamiento jurídico peruano

Según Morón (2010), las medidas correctivas pueden ser definidas como el mandato de una entidad administrativa competente que pretende la corrección, subsanación o reparación de una situación equivocada y contraria al ordenamiento legal (p. 146).

Estos mandatos u órdenes son manifestaciones de la actividad de fiscalización de la Administración Pública, siendo que esta tiene dos (2) finalidades: (i) una preventiva de los incumplimientos de los deberes, prohibiciones y limitaciones establecidos normativamente (por ejemplo, mediante inspecciones u obtención de información); y, (ii) una correctiva ante los incumplimientos consumados al momento de la fiscalización.(por ejemplo, mediante la recomendación del inicio de un procedimiento sancionador o la imposición de medidas correctivas) (Morón, 2019, pp. 314-316).

De esta manera, la doctrina ha confirmado que las medidas correctivas no tienen una naturaleza sancionadora, lo cual permite que, en el marco de un procedimiento administrativo sancionador, sean plenamente compatibles con la imposición de multas administrativas. Ello ha sido recogido expresamente en el inciso 1 del artículo 232 de la LPAG, al establecerse que "*las sanciones administrativas que se impongan al administrado son compatibles con el dictado de medidas correctivas conducentes a ordenar la reposición o la reparación de la situación alterada por la infracción a su estado anterior, incluyendo la de los bienes afectados*".

El sustento de la antes mencionada compatibilidad se basa en que cada acto tiene una naturaleza y finalidad distinta, las cuales en conjunto permiten tutelar adecuadamente el interés público. Por

un lado, la sanción administrativa tiene un contenido aflictivo para el administrado, siendo su finalidad castigarlo por su conducta ilegal y con ello prevenir infracciones futuras, y, en consecuencia, modifica la situación jurídica del administrado (al generarse una nueva obligación). En cambio, por otro lado, las medidas correctivas no tienen contenido aflictivo al limitarse a restablecer la situación indebidamente alterada buscando el cumplimiento de lo establecido en las normas y, por ende, son solamente declarativas del régimen jurídico incumplido (Carreras, 2011, pp. 496-498).

Cabe señalar que, como menciona Morón (2019), en tanto las medidas correctivas son actos que restringen o limitan derechos o libertades, estas deben cumplir con las exigencias aplicables a acto administrativo (es decir, ser emitidas por una autoridad competente; tener un objeto lícito, preciso y posible; tener una finalidad pública; estar debidamente motivados; y, ser emitidos en cumplimiento del procedimiento administrativo previsto) (p. 245). Asimismo, de conformidad con el inciso 1 del artículo 232 de la LPAG, las medidas correctivas requieren estar "*previamente tipificadas, ser razonables y ajustarse a la intensidad, proporcionalidad y necesidades de los bienes jurídicos tutelados que se pretenden garantizar*".

En materia de protección al consumidor, el artículo 105 del CPDC ha establecido la competencia del INDECOPI para imponer las medidas correctivas que han sido recogidas en esta norma, señalando que dicha competencia solo puede ser negada cuando se asigne a favor de otro organismo por norma expresa con rango de ley. El artículo 114 del CPDC establece que las medidas correctivas a ser dictadas por el INDECOPI, a pedido de parte o de oficio, pueden ser: (i) reparadoras, en cuyo caso se informe sobre esta posibilidad en la notificación de cargo al proveedor; y, (ii) complementarias.

Las medidas correctivas reparadoras se encuentran reguladas en el artículo 115 del CPDC y son aquellas que tienen por objeto resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas generadas al consumidor por la infracción a su estado anterior, debiéndose considerar lo acordado entre las partes en la relación de consumo. Asimismo, se establece que corresponde al consumidor que solicite el dictado de la medida correctiva reparadora probar las mencionadas consecuencias patrimoniales. Algunos ejemplos de estas son la orden al proveedor de cumplir con ejecutar las prestaciones u obligaciones legales o convencionales a su cargo y la de pagar los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción administrativa.

Las medidas correctivas complementarias, en cambio, tienen por objeto revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca en el futuro. Algunos ejemplos de estas son declarar inexigibles las cláusulas identificadas como abusivas en el procedimiento, así como cualquier otra medida correctiva que tenga por objeto revertir los efectos de la infracción o evitar su reiteración.

Durand y Flores (2024) señalan que la diferencia entre ambos tipos de medidas se basa en que mientras las reparadoras se enfocan en revertir una situación concreta propia de la relación de consumo en particular, las complementarias abordan un espectro más amplio fundamentado en la actividad tuitiva del Estado con relación a la protección al consumidor y se encuentran destinadas a repercutir en la generalidad (p. 236).

4.4.2. Medida correctiva aplicada en el caso concreto

En el caso materia de análisis, la Sala confirmó la medida correctiva impuesta a Pacífico Seguros según la cual este último debía emitir al Señor Segovia, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, una "*póliza manteniendo la misma cobertura otorgada en el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS, consecuencia de lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que padece el denunciante como enfermedades preexistentes y excluidas de cobertura*".

La medida antes señalada podría calificar como una medida correctiva reparadora en tanto buscaría atender a la afectación concreta generada al Señor Segovia en el marco de la relación de consumo establecida con Pacífico Seguros. Esta correspondería a la medida correctiva reparadora incluida en el artículo 115 inciso 1 literal e del CPDC, consistente en ordenar al proveedor infractor cumplir con ejecutar una obligación legal o convencional a su cargo.

De esta manera, en tanto la infracción cometida por Pacífico Seguros correspondió al incumplimiento del deber de idoneidad mediante la exclusión de cobertura de enfermedades preexistentes previamente cubiertas por una EPS, la medida correctiva se limitó a ordenar a Pacífico Seguros la emisión de una póliza que cumpliera con la garantía legal dispuesta en el artículo 118 de la LCS que establecía la cobertura de tales enfermedades.

Mediante la medida impuesta, el Señor Segovia pudo ver resarcida la afectación que le estaba siendo generada mediante la exclusión de cobertura mencionada y, con ello, la medida correctiva habría sido idónea para proteger los derechos del Señor Segovia.

Asimismo, esta medida habría sido impuesta válidamente en tanto: (i) fue emitida por la CC1 y confirmada por la Sala, como autoridades competentes según la estructura orgánica del INDECOPI; (ii) el objeto o contenido del mandato ordenado, consistente en la emisión de una nueva póliza que no excluyera de cobertura a los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides, es lícito y posible tanto física como jurídicamente; (iii) satisfacen las finalidades de interés público conferidas al INDECOPI, al proteger los derechos e intereses de un consumidor; (iv) su imposición fue debidamente motivada en la Resolución Final de la CC1 y ocurrió lo mismo en su confirmación por la Sala; y, (v) cumplió con el procedimiento regular para su imposición, al haberse informado a Pacífico Seguros sobre su posible imposición en la notificación de dio inicio al procedimiento administrativo sancionador, y haberse dictado tras el cumplimiento de dicho procedimiento.

Pese a que la medida correctiva impuesta cumplió con proteger los intereses del Señor Segovia, cabe analizar si existieron otras alternativas de aplicación de medidas correctivas que hubiesen sido más idóneas para proteger los intereses del Señor Segovia y de los consumidores en general.

4.4.3. Posibilidad de aplicación de una medida correctiva reparadora adicional

La denuncia del Señor Segovia incluía la solicitud de imposición de: (i) medidas correctivas reparadoras a Pacífico Seguros, las cuales consistían en la imposición de las sanciones que

estipula la ley y que no se le restrinja la atención de enfermedad alguna; y, (ii) la medida correctiva complementaria de que le proporcionen la medicina que no le permitieron comprar.

Asimismo, la denuncia del Señor Segovia incluía como medios probatorios, entre otros: (i) una receta médica incluyendo tres (3) medicamentos prescritos por un médico de la Clínica Jockey Salud; y, (ii) una constancia de entrega de medicina que incluía únicamente dos (2) medicamentos. El Señor Segovia alegó que un (1) medicamento no le fue entregado al no estar cubierto por Pacífico Seguros debido a ser un antialérgico derivado del tratamiento del diagnóstico de rinitis alérgica.

Si bien el Señor Segovia señaló como medida correctiva complementaria el que Pacífico Seguros le proporcione las medicinas que no fueron cubiertas por el seguro contratado con este, en realidad esta correspondería a una medida correctiva reparadora al buscar el resarcimiento de las consecuencias patrimoniales que le fueron generadas con la infracción de Pacífico Seguros. Esta equivocación por parte del consumidor resultaría irrelevante, en tanto el INDECOPI tiene la potestad de dictar medidas correctivas de oficio y, a partir de los hechos señalados por el Señor Segovia, pudo haberse determinado si una medida correctiva reparadora adicional era requerida en el caso concreto.

Así, en virtud de la información brindada por el Señor Segovia y los medios probatorios presentados, resultaría claro que las consecuencias patrimoniales que se le han generado debido a la infracción al deber de idoneidad por Pacífico Seguros son: (i) que las enfermedades preexistentes previamente cubiertas por una EPS se encuentren excluidas de cobertura y, por ende, deba asumir el íntegro de los costos derivados de cualquier atención médica vinculada a tales diagnósticos; y, (ii) el 17 de agosto de 2013 no se le brindó cobertura a un medicamento prescrito para la atención del diagnóstico de rinitis alérgica, por lo que el Señor Segovia habría tenido que asumir el precio de este.

A partir de las afectaciones patrimoniales mencionadas en el párrafo precedente, es claro que la medida correctiva reparadora impuesta atiende únicamente la primera afectación patrimonial, quedando la presunta segunda afectación desatendida. Por ello, cabría cuestionar que la CC1 y la Sala no analizaron la posibilidad de la aplicación de la medida correctiva reparadora adicional de disponer a Pacífico Seguros el pago de los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción cometida, la cual se encuentra recogida en el artículo 115 inciso 1 literal h del CPDC.

De conformidad con el artículo 115 inciso 2, si bien por regla general no corresponde la solicitud de múltiples medidas correctivas de manera acumulativa conjunta, este no el caso de la medida incluida en el literal h mencionado en el párrafo precedente, siendo posible su solicitud conjuntamente con otra medida correctiva. Por ello, resultaba posible la aplicación de dicha medida correctiva conjuntamente con la efectivamente impuesta en la Resolución Final.

Si bien se podría alegar que el Señor Segovia no presentó medios probatorios suficientes para corroborar que efectivamente incurrió en un gasto para obtener el medicamento prescrito que no fue cubierto por Pacífico Seguros, ello no es determinante en virtud del principio de verdad material recogido en el artículo IV inciso 1.11 de la LPAG. Así, como señala Morón (2019), la actividad probatoria de las entidades administrativas debe identificar y comprobar la realidad de

los hechos acontecidos, siendo irrelevante cómo estos hechos han sido alegados y/o probados por los administrados que participen en un procedimiento (p. 117).

A partir del principio de verdad material, correspondía que la Secretaría Técnica y CC1 verifiquen los hechos alegados por el Señor Segovia y adopten las medidas necesarias para determinar si el Señor Segovia efectivamente incurrió en un gasto para obtener el medicamento prescrito excluido de cobertura. De probarse ello, era claro que la imposición adicional de la medida correctiva reparadora incluida en el artículo 115 inciso 1 literal h del CPDC era requerida en el caso concreto.

4.4.4. Posibilidad de aplicación de una medida correctiva complementaria

La CC1 y la Sala omitieron analizar la posibilidad de la aplicación de una medida correctiva complementaria al caso concreto. Así, no se determinó si había una medida que hubiese permitido revertir los efectos de la conducta infractora de Pacífico Seguros o evitar que esta se produzca nuevamente, en atención a la actividad tuitiva que tiene el INDECOPI con relación a la protección de los consumidores en general y no limitada a una relación jurídica concreta.

Considero que en el caso concreto hubiese sido relevante el pronunciamiento de la CC1 y la Sala sobre la aplicación de la medida correctiva complementaria incluida en el literal b del artículo 116 del CPDC, la cual consiste en declarar inexigible una cláusula que ha sido identificada como abusiva en el procedimiento.

A efectos de determinar si era posible la imposición de la mencionada medida correctiva complementaria, es necesario, en primer lugar, analizar la regulación de las cláusulas abusivas en el marco del Derecho del Consumidor.

En este sentido, el artículo 49 del CPDC establece que en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran como cláusulas abusivas e inexigibles a aquellas que no hayan sido negociadas individualmente y coloquen al consumidor en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos. Asimismo, se indica que para su evaluación, se requiere tener en cuenta la naturaleza del producto o servicio contratado, circunstancias al momento de su celebración, información brindada y toda otra cláusula del contrato.

Al respecto, debe tenerse presente que: (i) las cláusulas generales de contratación son aquellas que han sido redactadas previamente y de manera unilateral de forma general y abstractas, para ser utilizadas en una multiplicidad de contratos futuros; y, (ii) los contratos por adhesión son la modalidad por la cual se realiza una oferta bajo la condición de que sea aceptada o rechazada íntegramente, sin que sea posible la negociación de las estipulaciones contractuales (Tirado, 2021, pp. 14-15).

Tirado (2021) señala que la prohibición de cláusulas abusivas tiene por finalidad resguardar el equilibrio e igualdad jurídica de las partes contractuales, por lo cual el CPDC ha dispuesto una regla de ineficacia absoluta para aquellas cláusulas que de manera objetiva y general restrinjan de forma ilegal o desproporcionada los derechos de los consumidores (pp. 57-58).

La Sala ha desarrollado recientemente, en las Resoluciones No. 1886-2023/SPC-INDECOPI y No. 0038-2024/SPC-INDECOPI, que los siguientes requisitos deben ser analizados para determinar si una cláusula es abusiva: (i) que no haya existido negociación respecto del contenido de la cláusula cuestionada; y, (ii) que exista desproporción injustificada entre los beneficios, riesgos y costos asumidos por ambas partes en detrimento del consumidor. La Sala ha considerado que los requisitos antes mencionados son aplicables incluso a las cláusulas de ineficacia absoluta recogidas en el artículo 50 del CPDC, pero en estos últimos supuestos el consumidor no asumirá la carga de la prueba.

El artículo 50 inciso h del CPDC, recoge como un supuesto de cláusulas abusivas de ineficacia absoluta a aquellas que sean contrarias o violatorias de normas de orden público o de carácter imperativo.

En segundo lugar, corresponde analizar la regulación de las cláusulas abusivas en el marco del Derecho de Seguros.

La LCS establece en su artículo 39 que las cláusulas abusivas son las disposiciones redactadas previamente sin influencia del contratante que: "*aun cuando no hayan sido observadas por la Superintendencia, causen en contra de las exigencias de la máxima buena fe, en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato*". El efecto establecido por la LCS es que se consideren nulas de pleno derecho, teniéndose por no convenidas.

Al momento de la resolución del presente caso por la CC1 y la Sala, el entonces vigente Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros - Resolución SBS No. 3199-2013 establecía como un supuesto de cláusula abusiva a aquellas que contravengan la LCS de Seguros y el ordenamiento jurídico vigente[2].

Luego de revisar la normativa aplicable en el marco del Derecho del Consumidor y de Seguros, en tercer lugar, es relevante determinar si el INDECOPI era la entidad competente para identificar la existencia de una cláusula abusiva en el contrato de seguro del Señor Segovia, o si ello le correspondía únicamente a la SBS.

La regulación del CPDC es clara en determinar que es una competencia del INDECOPI el identificar, en el marco de relaciones de consumo, aquellas cláusulas abusivas incluidas en contratos de adhesión y cláusulas generales de contratación. Ello se deriva de los artículos 49, 50, 51, 52 y 116 inciso b del CPDC, en los cuales se establece bajo qué supuestos el INDECOPI podría determinar que existe una cláusula abusiva, otorgándole la potestad de inaplicar dichas cláusulas y declararlas inexigibles si se las identifica como abusivas en el procedimiento iniciado.

Tal competencia ha sido incluso reconocida en supuestos de cláusulas generales de contratación aprobadas previamente por la SBS, siendo que mediante las Resoluciones No. 3252-2014/SPC-INDECOPI y No. 0283-2019/SPC-INDECOPI, la Sala ha determinado que autoridad

[2] El Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros fue derogado íntegramente a partir del 1 de diciembre de 2019; sin embargo, una disposición similar ha sido recogida en el artículo 53.2 inciso 6 del actualmente vigente Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros - Resolución SBS No. 4143-2019.

de consumo tendrá competencia para pronunciarse sobre cuestionamientos a una cláusula contractual aprobada previamente por la SBS únicamente cuando dicha cláusula hubiese sido efectivamente opuesta y aplicada al usuario, debiendo existir una afectación concreta al consumidor en particular.

Si bien se podría pretender cuestionar dicha competencia en virtud de la normativa de Derecho de Seguros, argumentando que existe un marco normativo especial que regula la identificación de las cláusulas abusivas incluidas en contratos de seguros y que dicha potestad ha sido conferida únicamente a la SBS, considero que dicha postura no es exacta.

Así, pese a que efectivamente se ha otorgado competencia a la SBS para identificar las cláusulas abusivas en las pólizas de seguros (incluyendo los seguros médicos) y efectivamente se ha creado un marco normativo que atiende a la supervisión de estas infracciones por parte de las empresas de seguro, ello no excluye a la competencia y regulación del INDECOPI, la cual atiende específicamente a los derechos e intereses de los consumidores y sería aplicable únicamente en supuestos de afectación a estos. Esta posibilidad de convivencia de las competencias de ambas entidades se puede derivar de, entre otros aspectos: (i) el reconocimiento de la LCS de que la determinación del carácter abusivo de un cláusula no depende necesariamente de la observación de la SBS (por lo que podría corresponder su observación por otra autoridad administrativa competente), según lo señalado en el artículo 39; y, (ii) la Décima Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS, la cual establece que cualquier omisión de las disposiciones de la LCS (lo cual incluye la regulación de las cláusulas abusivas) serán sancionadas por la SBS o el INDECOPI, según sus competencias.

Finalmente, corresponde determinar si existía una cláusula abusiva en el contrato de seguros celebrado entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia y, por ende, si era necesario un pronunciamiento del INDECOPI en dicho sentido y la aplicación de la medida complementaria respectiva.

Al respecto, cabe señalar que los contratos de seguros son celebrados por adhesión salvo en las cláusulas que se hayan negociado entre las partes, como es reconocido por el artículo III de la LCS. Asimismo, estos contratos incluyen cláusulas generales de contratación, como lo son las condiciones generales incluidas en las pólizas de seguros, las cuales son el conjunto de disposiciones abstractas establecidas por las empresas de seguros para regular los contratos de un mismo ramo o modalidad de seguro.

Las cláusulas generales de contratación a ser incluidas en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, actualmente requieren la aprobación previa de la SBS en virtud de lo dispuesto en el artículo 27 de la LCS. Dicha facultad fue establecida en el ordenamiento jurídico peruano mediante el CPDC, cuyo artículo 54.2 establece que le corresponde a la SBS la aprobación de las cláusulas generales de contratación en los contratos de consumo celebrados por empresas sometidas a su supervisión, según la ley de la materia.

La regulación de la aprobación de la SBS de las cláusulas generales de contratación incluidas en los contratos de seguros recién comenzó a desarrollarse a partir de la mencionada disposición del CPDC. Así, el Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas - Resolución SBS No. 1420-2005, en noviembre de 2010 incluyó por primera vez en el sistema de seguros que los

modelos de condiciones y cláusulas a ser incluidas en las pólizas de seguros debían ser materia de aprobación administrativa "*de acuerdo a lo establecido por la Ley Nº 29571, que aprueba el Código de Protección y Defensa del Consumidor, según las disposiciones que para tal efecto emitirá la Superintendencia*".

Las primeras disposiciones que para tal efecto emitió la SBS surgieron luego de la publicación de la LCS en 2012. Así, el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros - Resolución SBS No. 3199-2013, el cual fue publicado el 26 de mayo de 2013, es aquel que inicialmente desarrolló expresamente las condiciones mínimas que requerían ser objeto de aprobación administrativa previa por la SBS y cómo debía procederse para obtener dicha aprobación. Esta última norma estableció que las empresas de seguros tenían como plazo hasta el 31 de diciembre de 2013 para adecuar sus pólizas y dar cumplimiento al requerimiento antes mencionado.

De esta manera, es relevante tener en consideración que, en el caso concreto, las condiciones generales aplicables al contrato de seguro entre Pacífico Seguros y el Señor Segovia se establecieron inicialmente con la emisión de la Póliza No. 7664910, en septiembre de 2012, y posteriormente se establecieron nuevas condiciones generales con la emisión de la Póliza No. 9797782, en julio de 2013. En tanto: (i) las condiciones generales establecidas en los dos (2) momentos antes mencionados tenían un contenido casi idéntico, lo que demostraría que no se habrían dado cambios sustantivos para su adecuación a la normativa de la SBS; y, (ii) a la fecha de la emisión de la Póliza No. 9797782, Pacífico Seguros se encontraba dentro del plazo establecido por la SBS para adecuar sus pólizas y obtener la aprobación de las cláusulas generales de contratación incorporadas; es posible asumir que tales condiciones generales no habrían sido aprobadas administrativamente por la SBS.

En virtud de lo antes mencionado, el artículo 8 - "gastos no cubiertos y exclusiones" de las Condiciones Generales de la Póliza No. 9797782 sería una cláusula general de contratación no aprobada administrativamente que podría considerarse abusiva de determinarse que colocaban al consumidor en una situación de desventaja o desigualdad o anulaban sus derechos, de conformidad con el artículo 49 del CPDC. Dicho artículo 8 establecía lo siguiente:

> Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de: a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por la COMPAÑÍA u otra registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la presente Póliza [énfasis agregado].

Así, resultaría claro que el artículo 8 de la Condiciones Generales de la Póliza No. 9797782: (i) al estar incluido en las condiciones generales de una póliza de seguro, como regla general, no habría sido negociado sino que se aplicaría idénticamente a un mismo producto; y, (ii) generaba una clara desproporción injustificada entre los beneficios asumidos por Pacífico Seguros (al brindar cobertura únicamente a las preexistencias previamente cubiertas por una empresa de seguros, excluyendo a aquellas cubiertas previamente por una EPS), y los riesgos y costos que

debía asumir el Señor Segovia en contra del mandato imperativo establecido en el artículo 118 de la LCS, en detrimento de este último.

De esta manera, la cláusula de exclusión aplicada en el caso concreto habría devenido en contraria al mandato imperativo dispuesto en el artículo 118 de la LCS, exigible a las empresas de seguros desde el 27 de mayo de 2013, al no recoger la obligación de las empresas de seguros de brindar cobertura a las enfermedades preexistentes como mínimo hasta los límites del contrato original o anterior ante supuestos de migración de una EPS a una compañía de seguros. Por ende, se trataría de una cláusula abusiva de ineficacia absoluta, conforme al artículo 50 inciso h del CPDC.

En consecuencia, el INDECOPI pudo haberse pronunciado respecto al carácter abusivo de la cláusula antes mencionada y declararla inexigible en el caso concreto, de conformidad con el artículo 116 inciso b del CPDC.

4.4.5. Toma de postura

En virtud del análisis realizado, considero que la medida correctiva reparadora ordenada por la CC1 y posteriormente confirmada por la Sala era idónea para proteger los derechos del Señor Segovia. En este sentido, al ordenar la emisión de una póliza de seguro que estableciera la cobertura de las enfermedades preexistentes de rinitis alérgica y hemorroides que habían sido excluidas por Pacífico Seguros, se resarcieron las consecuencias patrimoniales que le estaban siendo generadas al Señor Segovia mediante la exclusión de cobertura de tales enfermedades.

Sin embargo, estimo que era necesario que la CC1 se pronuncie adicionalmente sobre los costos que le habrían sido generados al Señor Segovia durante su atención en la Clínica Jockey Salud que originó la denuncia presentada. Así, el Señor Segovia alegó que la medicina que le fue prescrita tras su atención médica por rinitis alérgica, no fue cubierta por Pacífico Seguros, por lo que en su denuncia solicitó que se le entregaran tales medicamentos.

A partir de dichos hechos, correspondía que la Secretaría Técnica y CC1 verifiquen los hechos alegados por el Señor Segovia a efectos de corroborar si este incurrió en gastos para obtener los medicamentos prescritos; y, de haber sido el caso, correspondía la imposición adicional de la medida correctiva reparadora incluida en el artículo 115 inciso 1 literal h del CPDC referida a ordenar el pago de los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción.

Finalmente, considero que también era necesario que la CC1 determine que la cláusula de exclusión incluida en las condiciones generales de la Póliza No. 9797782 era una cláusula abusiva. Ello en tanto, al tratarse de una cláusula general de contratación no aprobada administrativamente que generaría afectación a los derechos de los consumidores, sí resultaba competente para pronunciarse sobre su naturaleza abusiva.

Un pronunciamiento en dicho sentido hubiese permitido que, tras determinar que la cláusula de exclusión habría devenido en abusiva al contravenir el mandato imperativo dispuesto en el artículo 118 de la LCS, se pudiera determinar como medida correctiva complementaria que dicha cláusula no era exigible.

La principal relevancia de tal pronunciamiento es que podría haber sido empleado de referencia para otros consumidores cuyos derechos también estaban siendo vulnerados mediante una cláusula de exclusión similar o idéntica incluida en las condiciones generales de sus respectivos contratos de seguros.

5. CONCLUSIONES

A continuación se detallan las conclusiones obtenidas a partir de los problemas jurídicos analizados en el presente informe:

- El artículo 118 de la LCS establece una obligación de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes aun cuando se produzca un cambio de sistema de aseguramiento de una EPS a una empresa de seguros, es decir, regula el supuesto de preexistencias cruzadas. Esta interpretación es obtenida mediante la aplicación del método literal, histórico, sistemático y lógico o de *ratio legis*.

- La LCS, al ser una norma imperativa y atender al interés general, resulta aplicable a los efectos de los contratos de seguros que hayan seguido surtiendo efectos con posterioridad al 27 de mayo de 2013, independientemente de si su fecha de celebración e inicio de efectos fue previa a la entrada en vigencia de esta norma. Ello en tanto, como ha sido establecido por el Tribunal Constitucional y cierta doctrina peruana, el ordenamiento jurídico peruano no permite una inmutabilidad irrestricta de los contratos.

- En virtud del artículo 118 de la LCS, las empresas de seguros, desde el 27 de mayo de 2013, se encuentran obligadas a brindar continuidad de cobertura a las enfermedades preexistentes previamente cubiertas por una EPS o una empresa de seguros distinta, en todos los contratos de seguros de salud efectivos a dicha fecha (independientemente de su fecha de inicio de vigencia).

- Pacífico Seguros infringió el deber de idoneidad dispuesto en los artículos 18 y 19 del CPDC al excluir de cobertura a las enfermedades preexistentes previamente cubiertas bajo la vigencia del plan de salud al cual se encontraba afiliado el Señor Segovia. Ello se debe a que se vulneró la garantía legal establecida en el artículo 118 de la LCS y existió una vulneración al deber de información al no haberse provisto al consumidor de información relevante para tomar la decisión de contratar el seguro de continuidad ofrecido por Pacífico, siendo que la información compartida no era veraz, suficiente y de fácil comprensión.

- La medida correctiva reparadora dispuesta en el caso concreto, la cual consistió en la emisión de una nueva póliza que no recogiera la exclusión de las enfermedades preexistentes previamente cubiertas por el plan de salud al cual se encontraba afiliado el Señor Segovia, fue válida e idónea para proteger los intereses de este último.

- En el caso concreto, correspondía que se evaluara la posibilidad de aplicar una medida correctiva reparadora adicional consistente en ordenar el pago de los gastos incurridos por el Señor Segovia para mitigar las consecuencias de la infracción, debiéndose corroborar si incurrió en gastos para obtener los medicamentos que le fueron prescritos y no fueron cubiertos por Pacífico Seguros.

- Una medida correctiva complementaria idónea que hubiese permitido que otros consumidores empleen de referente, era la determinación de que la cláusula de exclusión incluida en las Condiciones Generales de la Póliza No. 9797782 era inexigible al ser abusiva. Así, en tanto existía una afectación a los derechos e intereses de los consumidores, el INDECOPI resultaba competente para evaluar que dicha cláusula general de contratación no aprobada administrativa resultaba abusiva al no haber sido negociada y devenir en contraria al mandato imperativo dispuesto en el artículo 118 de la LCS, el cual resultaba exigible desde el 27 de mayo de 2013.

6. BIBLIOGRAFÍA

Belli, P. (2001). *How Adverse Selection Affects the Health Insurance Market*. https://documents1.worldbank.org/curated/en/258631468765624001/130530323_20041118130642/additional/multi0page.pdf

Bullard, A. (2014). ¿Es el consumidor un idiota? El falso dilema entre el consumidor razonable y el consumidor ordinario. *Revista de La Competencia y La Propiedad Intelectual*, *10*, 5–58.

Cárdenas, C. (2000). La supuesta santidad de los contratos y el artículo 62 de la Constitución Política del Perú. En *Contratación contemporánea: teoría general y principios* (pp. 256–272). Palestra.

Carreras, N. (2011). Medidas de policía administrativa y régimen jurídico del servicio público: uso de las medidas correctivas en el Perú. *Derecho PUCP*, *67*, 487–509. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechopucp/article/view/3007/3550

Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República. (2012). *Dictamen de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos, recaído en el Proyecto de Ley 028/2011-CR, con un texto sustitutorio por el que se propone la Ley del Contrato de Seguros* (pp. 1–183). https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/0/91eab01652b79e6305257a1e001490e1/$FILE/00028DC15MAY140612.pdf

Congreso de la República. (2012). *Diario de los Debates - Primera Legislatura Ordinaria de 2012: Vol. II* (pp. 1503–1645). https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/ExpVirPal/Diario_Debates/29946_DD.pdf

Corzo, R., & Villafuerte, J. (2017). Seguros de grandes riesgos y protección desproporcionada de los asegurados en la Ley del contrato de seguros. *Ius et Veritas*, *54*(2), 100–108. https://doi.org/10.18800/iusetveritas.201702.004

Durand, J. (2010). Determinación del Derecho del Consumidor como Disciplina Jurídica Autónoma. *Derecho & Sociedad*, *34*, 69–81. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/13329

Durand, J. (2023). El deber de idoneidad y su alcance normativo en la contratación inmobiliaria, una mirada garantista a los derechos de los consumidores. *THEMIS Revista de Derecho*, *83*, 281–302. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/view/28061/26034

Durand, J., & Flores, P. (2024). *Derecho del consumidor: diálogo, reflexiones y nuevas perspectivas*. Editorial LP.

Duverne, D., & Hele, J. (2017). How the Insurance Industry Manages Risk. En *The Economics, Regulation, and Systemic Risk of Insurance Markets* (pp. 55–78). Oxford University Press. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=v8JjDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA55&dq=risk+as+the+base+of+insurance+industry&ots=jjda-6ih9v&sig=izkYyTdqLq8Vi7bPpG8jHonlqA0#v=onepage&q&f=false

Escobar, F., & Cabieses, G. (2013). La libertad bajo ataque: Contratos, regulación y retroactividad. *Ius et Veritas*, *46*, 114–139. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/view/11964/12532

Espinoza, J. (2003). Derecho Transitorio. En *Los principios contenidos en el Título Preliminar del Código Civil Peruano de 1984* (pp. 131–162). Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Foubister, T., Mossialos, E., Thomson, S., & McGuire, A. (2006). *Private Medical Insurance in the United Kingdom*. European Observatory on Health Systems and Policies. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107741/E88671.pdf?sequence=1

Gómez, H. (2019). La importancia de los métodos de interpretación de la norma en la enseñanza del Derecho. En *Reflexiones Jurídicas: Vol. V* (pp. 25–44). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). *Situación del Mercado Laboral en Lima Metropolitana*. https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-mercado-laboral-lima-metropolitana-ene-feb-mar-2024.pdf

Morón, J. C. (2010). Los actos-medidas (medidas correctivas, provisionales y de seguridad) y la potestad sancionadora de la Administración. *Círculo de Derecho Administrativo*, *9*, 135–157. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/view/13710/14334

Morón, J. C. (2019). *Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General. Nuevo Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 (Decreto Supremo N° 004-2019-JUS): Vol. II*. Gaceta Jurídica.

Núñez del Prado, A. (2017). *Los secretos de los seguros*. Pontificia Universidad Católica del Perú. https://doi.org/10.18800/9786123172893

Redacción Gestión. (21 de febrero de 2024). Seguro de salud privado: Sigue cayendo la cifra de afiliados en Lima. Gestión. https://gestion.pe/economia/seguro-de-salud-privado-sigue-cayendo-la-cifra-de-afiliados-en-lima-inei-salud-sis-essalud-noticia/?ref=gesr

Rodríguez, G. (2014). El apogeo y decadencia del deber de idoneidad en la jurisprudencia peruana de protección al consumidor. *Themis Revista de Derecho*, *65*, 303–314. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/view/10876/11381

Rubio, M. (2011). La interpretación jurídica. En *El sistema jurídico - Introducción al Derecho* (Décima Edición, pp. 219–258). Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rubio, M., & Arce, E. (2019). *Teoría esencial del ordenamiento jurídico*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Tirado, J. A. (2021). *Protección del consumidor*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Tribunal Constitucional (2002). Sentencia recaída en el Expediente No. 006-2000-AI/TC. https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2002/00006-2000-AI.html

Tribunal Constitucional (2004). Sentencia recaída en el Expediente No. 2670-2002-AA/TC. https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2004/02670-2002-AA.html

Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual: Sala Especializada en Protección al Consumidor (2014). Resolución No. 3252-2014/SPC-INDECOPI. Expediente No. 1138-2012/CPC.

Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual: Sala Especializada en Protección al Consumidor (2019). Resolución No. 0283-2019/SPC-INDECOPI. Expediente No. E 0068-2020/CC2.

Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual: Sala Especializada en Protección al Consumidor (2023). Resolución No. 1886-2023/SPC-INDECOPI. Expediente No. 1532013/CPC-INDECOPI-LOR.

Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual: Sala Especializada en Protección al Consumidor (2024). Resolución No. 0038-2024/SPC-INDECOPI. Expediente No. 0254-2022/CPC-INDECOPI-PIU.

Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *26*(2), 207–217. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf

7. ANEXOS

Anexo A Denuncia presentada por el Señor Segovia contra Pacífico Seguros.

Anexo B Escrito complementario presentado por el Señor Segovia por el cual reitera su denuncia contra Pacífico Seguros.

Anexo C Resolución No. 1 emitida por la Secretaría Técnica de la CC1 mediante la cual se admite a trámite la denuncia del Señor Segovia.

Anexo D Escrito No. 3 presentado por Pacífico Seguros por el cual contesta la denuncia del Señor Segovia.

Anexo E Escrito presentado por el Señor Segovia incluyendo sus descargos al Escrito No. 3 presentado por Pacífico Seguros.

Anexo F Resolución Final No. 501-2014/CC1 emitida por la CC1.

Anexo G Escrito No. 4 presentado por Pacífico Seguros mediante el cual interpone recurso de apelación contra la Resolución Final No. 501-2014/CC1.

Anexo H Resolución No. 6 emitida por la Secretaría Técnica de la CC1 mediante la cual se concede el recurso de apelación interpuesto por Pacífico Seguros.

Anexo I Escrito presentado por el Señor Segovia incluyendo sus descargos al recurso de apelación interpuesto por Pacífico Seguros.

Anexo J Escrito No. 5 presentado por Pacífico Seguros mediante el cual complementan los fundamentos del recurso de apelación interpuesto contra la Resolución Final No. 501-2014/CC1.

Anexo K Escrito No. 8 presentado por Pacífico Seguros mediante el cual complementan los fundamentos del recurso de apelación interpuesto contra la Resolución Final No. 501-2014/CC1.

Anexo L Escrito presentado por el Señor Segovia incluyendo descargos complementarios al recurso de apelación interpuesto por Pacífico Seguros.

Anexo M Resolución No. 4357-2014/SPC-INDECOPI emitida por la Sala.

Indecopi
INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
SEDE CENTRAL

Indecopi
2013 AGO 28 AM 9 09

ADVERTENCIA: Deberá adjuntarse al presente documento un escrito señalando de manera clara, ordenada y detallada los hechos de la denuncia. El presente documento no constituye un formato de denuncia.

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE DOCUMENTARIO

DATOS GENERALES DE LA DENUNCIA INFORMATIVA

1. DATOS DEL INTERESADO / DENUNCIANTE[1] (si fuera más de uno, solicitar y llenar el Anexo I y marcar recuadro con una "X"): ☐

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social si es persona jurídica
OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

DNI ó Número de RUC
41161228

Teléfonos
945066173

Domicilio donde hacer llegar las notificaciones (incluir referencias de la ubicación del domicilio)
Calle Ocho N° 256 Intercomunicador 6 - Urb. Monterrico Norte - San Borja, altura cdra. 37 Av. Javier Prado Este.

2. DATOS DEL PROVEEDOR DENUNCIADO: (si fuera más de uno, solicitar y llenar el Anexo I y marcar recuadro con una "X"): ☐

Nombre completo si es persona natural o nombre exacto de la razón social vigente si es una persona jurídica
EL PACIFICO PERUANO - SUIZA CIA. SEGUROS Y REASEGUROS

Nombres completos y número de DNI del representante legal
DAVID MARTIN SAETTONE WATMOUGH DNI: 09336069

Domicilio cierto donde hacer llegar las notificaciones (Indicar el domicilio actual, bajo apercibimiento que la denuncia sea declarada inadmisible) así como referencias del domicilio.
Calle Juan De Arona N°830 -SAN ISIDRO (Esquina Tamayo / Juan De Arona)

Dirección de correo electrónico
atencionalcliente@grupopacifico.com.pe

Teléfonos
513-5000 / 518-4000

5. RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN OBLIGATORIAMENTE PARA TODAS LAS DENUNCIAS

Escrito de denuncia	X	Comprobante de pago de la tasa (1)	X
Formato de solicitud de medidas correctivas y de costas y costos (F-CPC-03), así como el formato de postulación de procedimiento	X	Si el interesado es Persona Jurídica: Poderes del representante, documentos que acrediten su existencia y R.U.C.	
Si el interesado es una Asociación: Copia simple de la escritura pública de su estatuto, Declaración jurada de encontrarse inscrita en el INDECOPI y si la denuncia es por un interés individual, los documentos que acrediten que el/los representado/s es/son miembro/s de ella.			

[1] La denominación "Interesado" será aplicable en los casos en que las presuntas infracciones cometidas por el proveedor hayan sido efectuadas a partir de la entrada en vigencia del Código de Protección y Defensa del Consumidor (2 de octubre de 2010). Asimismo, la denominación "Denunciante" será aplicable en aquellos casos de presuntas infracciones cometidas antes de la entrada en vigencia del referido código.

[2] El pago de tasa se realiza en las cajas del Indecopi o se puede realizar el depósito de la tasa en los siguientes bancos:
Banco de Crédito : 193-1161125-0-34
Banco Scotiabank : 000-0186511
Banco de la Nación : 000-282545

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este documento y que los documentos adjuntos son verdaderos.

Ciudad LIMA, fecha 28 de AGOSTO de 2013.

Firma y número de Documento Nacional de Identidad del interesado / denunciante o del representante

DNI: 41161228

SOLICITUD DE MEDIDAS CORRECTIVAS REPARADORAS Y COMPLEMENTARIAS Y COSTAS Y COSTOS

000033

MODELO A

EMPLEAR EN CASOS DE PRESUNTAS INFRACCIONES COMETIDAS A PARTIR DE LA ENTRADA EN VIGENCIA DEL CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR (2 DE OCTUBRE DE 2010)

1. ¿Desea usted solicitar medidas correctivas[1] reparadoras[2]?

SÍ [X] NO [ ]

Si su respuesta fue Sí ¿qué medidas correctivas solicita? **(Deberán presentarse los documentos que acrediten las consecuencias patrimoniales derivadas de la infracción cometida por el proveedor)**

- Las sanciones que estipula la ley (económicas, administrativas, etc.).
- No se me restrinja atenderme por ningún mal puesto que no fui observado a la firma de la Solicitud del Seguro

---

1 **LEY Nº 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR**
Artículo 114.- Medidas correctivas
Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias.

Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.

Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

2 **LEY Nº 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR**
Artículo 115.- Medidas correctivas reparadoras
115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y pueden consistir en ordenar al proveedor infractor lo siguiente:

a. Reparar productos.
b. Cambiar productos por otros de idénticas o similares características, cuando la reparación no sea posible o no resulte razonable según las circunstancias.
c. Entregar un producto de idénticas características o, cuando esto no resulte posible, de similares características, en los supuestos de pérdida o deterioro atribuible al proveedor y siempre que exista interés del consumidor.
d. Cumplir con ejecutar la prestación u obligación asumida; y si esto no resulte posible o no sea razonable, otra de efectos equivalentes, incluyendo prestaciones dinerarias.
e. Cumplir con ejecutar otras prestaciones u obligaciones legales o convencionales a su cargo.
f. Devolver la contraprestación pagada por el consumidor, más los intereses legales correspondientes, cuando la reparación, reposición, o cumplimiento de la prestación u obligación, según sea el caso, no resulte posible o no sea razonable según las circunstancias.
g. En los supuestos de pagos indebidos o en exceso, devolver estos montos, más los intereses correspondientes.
h. Pagar los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción administrativa.
i. Otras medidas reparadoras análogas de efectos equivalentes a las anteriores.

115.2 Las medidas correctivas reparadoras no pueden ser solicitadas de manera acumulativa conjunta, pudiendo plantearse de manera alternativa o subsidiaria, con excepción de la medida correctiva señalada en el literal h) que puede solicitarse conjuntamente con otra medida correctiva. Cuando los órganos competentes del Indecopi se pronuncian respecto de una medida correctiva reparadora, aplican el principio de congruencia procesal.

115.3 Las medidas correctivas reparadoras pueden solicitarse en cualquier momento hasta antes de la notificación de cargo al proveedor, sin perjuicio de la facultad de secretaría técnica de la comisión de requerir al consumidor que precise la medida correctiva materia de solicitud. El consumidor puede variar su solicitud de medida correctiva hasta antes de la decisión de primera instancia, en cuyo caso se confiere traslado al proveedor para que formule su descargo.

115.4 Corresponde al consumidor que solicita el dictado de la medida correctiva reparadora probar las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas causadas por la comisión de la infracción administrativa.

115.5 Los bienes o montos objeto de medidas correctivas reparadoras son entregados por el proveedor directamente al consumidor que los reclama, salvo mandato distinto contenido en la resolución. Aquellos bienes o montos materia de una medida correctiva reparadora, que por algún motivo se encuentran en posesión del Indecopi y deban ser entregados a los consumidores beneficiados, son puestos a disposición de estos.

115.6 El extremo de la resolución final que ordena el cumplimiento de una medida correctiva reparadora a favor del consumidor constituye título ejecutivo conforme con lo dispuesto en el artículo 688 del Código Procesal Civil, una vez que quedan consentidas o causan estado en la vía administrativa. La legitimidad hará obrar en los procesos civiles de ejecución corresponde a los consumidores beneficiados con la medida correctiva reparadora.

115.7 Las medidas correctivas reparadoras como mandatos dirigidos a resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas originadas por la infracción buscan corregir la conducta infractora y no tienen naturaleza indemnizatoria; son dictadas sin perjuicio de la indemnización por los daños y perjuicios que el consumidor puede solicitar en la vía judicial o arbitral correspondiente. No obstante se descuenta de la indemnización patrimonial aquella satisfacción patrimonial deducible que el consumidor haya recibido a consecuencia del dictado de una medida correctiva reparadora en sede administrativa.

SOLICITUD DE MEDIDAS CORRECTIVAS REPARADORAS Y COMPLEMENTARIAS Y COSTAS Y COSTOS

Solicita de manera acumulativa la medida correctiva consignada en el literal h)?

2. ¿Desea usted solicitar medidas correctivas complementarias[3]?

SÍ [X] NO [ ]

Si su respuesta fue Sí ¿qué medidas correctivas solicita?

Que me proporcionen la medicina que no me permitieron comprar atentando contra el cuerpo y la salud.

3. ¿Desea usted solicitar costas y costos[4]?

SÍ [X] NO [ ]

Firma del Interesado

[3] LEY Nº 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR
Artículo 116.- Medidas correctivas complementarias
Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:

a. Que el proveedor cumpla con atender la solicitud de información requerida por el consumidor, siempre que dicho requerimiento guarde relación con el producto adquirido o servicio contratado.
b. Declarar inexigibles las cláusulas que han sido identificadas como abusivas en el procedimiento.
c. El decomiso y destrucción de la mercadería, envases, envolturas o etiquetas.
d. En caso de infracciones muy graves y de reincidencia o reiterancia:
   (i) Solicitar a la autoridad correspondiente la clausura temporal del establecimiento industrial, comercial o de servicios por un plazo máximo de seis (6) meses.
   (ii) Solicitar a la autoridad competente la inhabilitación, temporal o permanente, del proveedor en función de los alcances de la infracción sancionada.
e. Publicación de avisos rectificatorios o informativos en la forma que determine el Indecopi, tomando en consideración los medios que resulten idóneos para revertir los efectos que el acto objeto de sanción ha ocasionado.
f. Cualquier otra medida correctiva que tenga el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro.

El Indecopi está facultado para solicitar a la autoridad municipal y policial el apoyo respectivo para la ejecución de las medidas correctivas complementarias correspondientes.

[4] Costas.- El pago efectuado por concepto de presentar la denuncia y demás gastos realizados en el procedimiento, tales como pericias e inspecciones.
Costos.- Pago de los honorarios profesionales del abogado.
En ambos supuestos, el consumidor deberá acreditar con documento indubitable haber incurrido en dichos gastos.

LEY Nº 29571, CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR
Artículo 118º.- Multas coercitivas por incumplimiento del pago de costas y costos
Si el obligado a cumplir la orden de pago de costas y costos no lo hace, se le impone una multa no menor de una (1) Unidad Impositiva Tributaria (UIT).
En caso de persistir el incumplimiento de lo ordenado, el Indecopi puede imponer una nueva multa, duplicando sucesivamente el monto de la última multa impuesta hasta el límite de cincuenta (50) Unidades Impositivas Tributarias (UIT). La multa que corresponda debe ser pagada dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, vencidos los cuales se ordena su cobranza coactiva.

San Borja, 28 de Agosto de 2013

Señor Secretario Técnico de la Comisión de Protección al Consumidor

Yo, OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO identificado con DNI Nº 41161228, con domicilio en Calle Ocho Nº 256 – Intercomunicador 6 - Urb. Monterrico Norte – San Borja - Lima, con teléfono celular 945066173, ante Ud. me presento respetuosamente y digo:

Que, formulo denuncia contra EL PACIFICO PERUANO –SUIZA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., cuyo domicilio fiscal se ubica en la Calle Juan de Arona Nº 830 – San Isidro y teléfono 513-5000 por las razones que a continuación paso a exponer:

Que el día sábado 17.Ago.2013 acudí a la Clínica Jockey Salud a atenderme con el Otorrino y me indicaron dos preexistencias (rinitis alérgica y hemorroides) consignadas por la aseguradora (Pacífico).

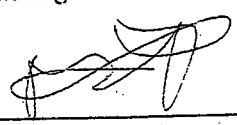
Al respecto, la Ley N° 28770 ha dispuesto que si luego de finalizar un contrato de seguro de asistencia médica, el asegurado contrata otra póliza de seguro de salud con la misma aseguradora u otra, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan generado o hayan sido cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior (en mi caso la póliza de Pacífico EPS). Si se trata de seguros de salud grupales, el asegurado tendrá un plazo de 120 días para contratar una nueva cobertura a fin que no se consideren como preexistentes las enfermedades previamente diagnosticadas y/o tratadas. En ese sentido, la aseguradora (Pacífico) no sólo ha violado la Ley Nº 28770 sino que, además, ha contravenido la Resolución de la SBS Nº 3203-2013 de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Por lo expuesto solicito a la Comisión de Protección al Consumidor:

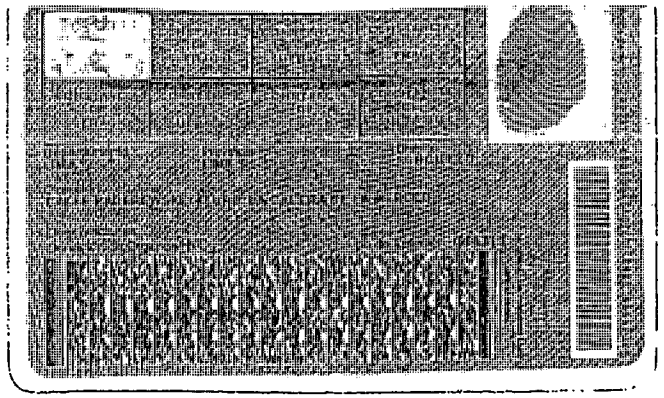
- Las sanciones ejemplares para evitar que este tipo de abusos se repitan.
- No se me restrinja atenderme por ningún mal puesto que no fui observado a la firma de la Solicitud del Seguro.

A efectos de lo cual cumplo con adjuntar los siguientes medios probatorios:

a) Copia de Solicitud de Seguro de Salud Nº 0615397 en la página tres (03) se consigna que soy titular de Pacífico EPS desde Setiembre del 2011, en dicha solicitud no se consignan preexistencias. En la página uno (01) han añadido un escrito a puño de letra que dice: "viene de póliza 7664910", dicha póliza nunca estuvo activa porque tenía la EPS (póliza vigente del período inmediatamente anterior).
b) Copia de Solicitud de queja/reclamo hecho, el 23.Ago.2013, a Pacífico sin respuesta aún.
c) Copia de Resolución SBS Nº3203-2013.
d) Copia de receta médica donde el otorrino me receta un antialérgico.
e) Copia de boleta donde se demuestra que no facturaron el antialérgico dada una de las preexistencias formulada por la aseguradora (rinitis alérgica).
f) Copia de constancia de entrega de medicina donde se verifica que no me entregaron el antialérgico.



OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO
DNI: 41161228



Pacífico Seguros
Oficina Principal: Cal. Cecilio Tupac Amaru 836, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de ventas e información: (01) 716-0000, Lima y Provincias
www.pacificoseguros.com

pacífico

x favor exoneran tiempo de carencia y Espera

solicitud de seguro de salud N°0615397

Fecha de solicitud: 15/07/13 (día mes año)

Sírvase indicar el seguro y el plan solicitado: Viene de Poliza 7664910 de Continuidad

Seguro \ Plan	Deducible anual por persona				Plan continuidad con deducible de
Salud Internacional	O S/. 0	O S/. 3,000	O S/. 6,000	O S/. 15,000	O US$ 20,000 O US$ 75,000
Salud Total	⊗ S/. 0	O S/. 3,000	O S/. 6,000	O S/. 15,000	O S/. 160,000
Salud	O S/. 0	O S/. 2,000	O S/. 4,000		O S/. 160,000
Salud Red Preferente	O S/. 0				O S/. 160,000
Enfermedades Graves Internacional*	O S/. 0				O US$ 50,000

Motivo de solicitud: O Póliza Nueva ⊗ Cambio de seguro/plan O Inclusión de dependiente(s)

Edad máxima de ingreso al seguro solicitado: Hasta 65 años inclusive, previa evaluación de asegurabilidad a partir de los 61 años. Hijos hasta los 23 años inclusive.

* Hasta 60 años inclusive

Activar Plan Modulas a partir 1/8/13

CRISTINA QUIÑONES
CODIGO 9578961
AGENTE 305037
CANAL 1000610

M: 8326652

Sírvase llenar en letra de imprenta los siguientes datos:

DATOS DEL TITULAR POR ASEGURAR

DNI 41116171228 CE
Nombres Oscar Ezequiel
Apellido paterno Segovia Apellido materno Inauco
Nacionalidad Peruano País de residencia Perú
Sexo O F ⊗ M Fecha de nacimiento 11/09/81 (día mes año) Peso 80 (kg) Estatura 1.79 (m)
Estado civil Soltero Profesión Ing. Civil Ocupación Independiente Cargo
Teléfono casa 4365789 Teléfono trabajo — Anexo — Teléfono móvil 945068173
E-mail o.e.s.g.o@gmail.com
Dirección (Av./Jr./Cl.) 8 Nro. 256 Dpto./Piso/Int. 6
Mz. — Lt. — Urb. Monterrico Norte Sec./Etapa/Zona —
Distrito San Borja Provincia Lima Departamento Lima País Perú
Referencia 2 cuadras del puesto de Seguridad Ciudadana

DATOS DE LOS DEPENDIENTES POR ASEGURAR (CÓNYUGE/CONVIVIENTE, HIJOS)

N°	Apellido paterno	Apellido materno	1er. Nombre	2do. nombre	DNI/CE	Sexo	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco con el titular	Peso (kg)	Estatura (m)
1						F/M	/ /			
2						F/M	/ /			
3						F/M	/ /			
4						F/M	/ /			
5						F/M	/ /			

PACIFICO SEGUROS
Andina Salud
16 JUL. 2013
Señal de recepción sin conformidad
RECIBIDO

DATOS DEL CONTRATANTE DEL SEGURO

(Llenar únicamente si es diferente del titular por asegurar - obligado al pago de la prima)

☐ Persona natural ☐ Persona jurídica (Nombre del contacto:)

DNI RUC CE
Nombres / razón social Actividad económica
Apellido paterno Apellido materno
Nacionalidad Sexo O F O M Fecha de nacimiento (día mes año)
Estado civil Profesión Ocupación Cargo
Teléfono casa Teléfono trabajo Anexo Teléfono móvil
E-mail
Dirección de correspondencia (a la cual le llegará toda documentación sobre el seguro contratado)
(Av./Jr./Cl.) Nro. Dpto./Piso/Int.
Mz. Lt. Urb. Sec./Etapa/Zona
Distrito Provincia Departamento
Referencia

PACIFICO LAS CAMELINAS
16 JUL 2013
SEGUROS PERSONALES
RECIBIDO

Original

002-433 Setiembre 2012

solicitud de seguro de salud N° 0615397

CRISTINA QUIÑONES
CODIGO 9578881
AGENTE 305037
CANAL 1000610

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD (a ser llenada por el titular por asegurar)

Le agradeceremos responder las siguientes preguntas, asegurándose de que todas estén contestadas. En caso contrario la solicitud será devuelta.

I. ¿Usted o sus dependientes por asegurar han padecido o padecen alguna de las siguientes enfermedades, dolencias o afecciones descritas a continuación? (marque con una X):		Titular		Cónyuge		Hijos	
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
01.	Sistema nervioso y ocular (por ejemplo: migraña y/o dolor de cabeza a repetición, desmayos, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, parkinson, demencia, enfermedad de retina, cataratas, glaucoma, pterigion o carnosidad).		X				
02.	Aparato respiratorio (por ejemplo: tos crónica, falta de aire, espasmo o asma bronquial, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño, sinusitis, desviación tabique nasal, hipertrofia de adenoides o cornetes).		X				
03.	Aparato cardiovascular (por ejemplo: dolor de pecho o angina, taquicardia o arritmia, soplo cardiaco, infarto cardiaco, presión arterial alta, enfermedad de las válvulas cardiacas, angioplastía, várices de extremidades).		X				
04.	Sistema endocrino (por ejemplo: diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, tumores de hipófisis o hipotálamo, síndrome de Cushing, hiperprolactinemia).		X				
05.	Sistema sanguíneo (por ejemplo: anemia, policitemia, leucemia, desorden de coagulación, hemofilia).		X				
06.	Aparato locomotor y tejido conectivo (por ejemplo: artritis, artrosis, enfermedad de los meniscos, deformaciones, amputaciones, fibromialgia, lupus, miositis, esclerodermia, hernia núcleo pulposo, discopatía, cervicalgia, lumbago, escoliosis, implantes).		X				
07.	Aparato genito-urinario (por ejemplo: insuficiencia renal, glomerulonefritis, hematuria, incontinencia urinaria, adenoma de próstata, quistes renales, infección urinaria crónica, cistitis crónica, quistes mamarios, fibroadenoma, quistes de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, mioma uterino, endometriosis, cervicitis crónica).		X				
08.	Aparato digestivo y pared abdominal (por ejemplo: gastritis, úlcera, hernia hiatal, hepatitis B o C, cirrosis hepática, cálculos en la vesícula, pancreatitis, pólipos en el colon, colon irritable, hemorroides, eventraciones, hernia umbilical o inguinal, diastasis de rectos).		X				
09.	Piel (por ejemplo: acné severo, rosácea, psoriasis, vitíligo, dermatitis alérgica, tumores).		X				
10.	Infecciosas crónicas (por ejemplo: tuberculosis, brucellosis, VIH/SIDA).		X				
11.	Psiquiátricas (por ejemplo: depresión, psicosis, esquizofrenia, paranoia, déficit de atención).		X				
12.	Congénitas o hereditarias (por ejemplo: síndrome de Down, cardiopatía, síndrome de Marfan).		X				
13.	Oncológicas: cáncer de cualquier órgano del cuerpo.		X				
14.	Estéticas o reconstructivas: cirugías, prótesis o implantes de cualquier tipo (por ejemplo: nariz, mamas, glúteos).		X				
15.	Trasplante de cualquier órgano.		X				
16.	Otras enfermedades, dolencias o afecciones no consignadas en esta lista.		X				

Le agradeceremos proporcionar la siguiente información adicional para cada una de las preguntas que respondió afirmativamente:

Persona por asegurar	Enfermedad, dolencia afección o motivo	Médico	Clínica	Fecha del diagnóstico	Tratamiento recibido	Estado de salud actual: (a) Curado b) En tratamiento

Original

002-433 Setiembre 2012

solicitud de seguro de salud N° 0615397

CRISTINA QUIÑONES
CODIGO 9578961
AGENTE 305037
CANAL 1000610

II. ¿Alguna de las personas por asegurar ha tenido alguna hospitalización y/o cirugía previa?
☒ SÍ ○ NO

Persona tratada	Motivo	Clínica / Hospital	Fecha
Titular	Septoplástia	Limatambo	5/07/2013

III. ¿ Alguna de las personas por asegurar recibe algún medicamento actualmente o lo ha recibido en los últimos 12 meses?
○ SÍ ☒ NO

Persona	Medicamento	Desde	Hasta

IV. ¿Consume tabaco? ¿Consumió tabaco en los últimos 24 meses?

			Cigarrillos/día	Años de consumo
Titular	○ SÍ ☒ NO	○ SÍ ☒ NO		
Cónyuge	○ SÍ ○ NO	○ SÍ ○ NO		
Hijos	○ SÍ ○ NO	○ SÍ ○ NO		

¿cuál(es) hijo(s)? _____

Datos adicionales:

¿Alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido otro seguro de salud y/o EPS? SÍ ☒ NO ○

Persona	Compañía / EPS	Desde	Hasta
Titular	Pacífico EPS.	Sept. 2011	31/07/2013

En alguna oportunidad le ha sido rechazada una solicitud de seguro de salud a usted o a su(s) dependiente(s):

○ SÍ ☒ NO ¿a quién(es)? _____

Pago de prima

De acuerdo con lo establecido en el art. N° 3 de la resolución SBS-225-2006, la cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud y el pago de la prima. La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias, salvo modificaciones por parte del contratante y/o del asegurado titular.

La forma de pago es:

Débito automático	☐ Contado ☐ 6 cuotas sin intereses ☒ 12 cuotas (aplican intereses con una TEA de 12%)
Cupones	☐ Contado ☐ 4 cuotas sin intereses

Datos del corredor o asesor de seguro

Nombre Cristina Quiñones Calvet Código 9578961
E-mail cquinones@pacifico.com.pe Teléfono 975582533

Original

solicitud de seguro de salud N° 0615397

CRISTINA QUIÑONES
CODIGO 9578981
AGENTE 305037
CANAL 1000610

DECLARACIÓN JURADA DEL TITULAR Y DEPENDIENTES POR ASEGURAR

Declaro que yo y/o mis dependientes gozamos de buena salud y que las respuestas proporcionadas en la solicitud, así como en la declaración de salud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad anula el contrato de seguro proporcionado por la Compañía y en consecuencia toda obligación de ésta, quedando la prima pagada en poder de la Compañía. Las declaraciones anteriores son verdaderas y en tal sentido como solicitante suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

De conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud N°26842, el solicitante presta su consentimiento para que las clínicas o médicos tratantes proporcionen a la Compañía, cualquier información del acto médico, relacionado a su atención o a la de sus dependientes, tales como historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la reserva de información. Sin perjuicio de lo expuesto el solicitante reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que éstos podrán brindar a la aseguradora o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del solicitante, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

IMPORTANTE:

Todas las enfermedades diagnosticadas y/o tratadas, anteriores al inicio de la vigencia de la póliza solicitada, serán consideradas enfermedades preexistentes.

La Compañía (El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros) podrá incrementar la prima dependiendo de la evaluación del estado de salud, declaración jurada y antecedentes médicos del solicitante y/o dependientes, según lo declarado.

Es requisito imprescindible que el asegurado titular, así como sus dependientes sean personas residentes en el Perú al momento de la contratación del seguro. En el caso que uno de los asegurados viaje fuera del país por más de tres meses consecutivos, o de 6 meses no consecutivos en los últimos dos años durante toda la vigencia de la póliza, el seguro se suspenderá automáticamente.

Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales

Por la presente declaro expresamente conocer que la información de este documento (Solicitud de Seguro), se incluirá en los sistemas y/o bases de datos de El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, quien podrá registrarlos y utilizarlos para la ejecución del presente contrato de seguros. Asimismo, otorgo consentimiento previo, informado, expreso e inequívoco para que pueda compartir dicha información con sus empresas vinculadas y/o subsidiarias (incluidas las del Grupo Credicorp Ltd.), y/o con sus Comercializadores y/o con las empresas que haya suscrito un contrato de comercialización tipo bancaseguros y/o de sistemas de comercialización a distancia (en los términos establecidos en el Reglamento Marco de Comercialización de Productos de Seguros) a fin que cualesquiera de éstas puedan ofrecerme productos y/o servicios que pudieran ser de mi interés. El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, asegura la confidencialidad de los datos y garantiza que no los compartirá con terceras empresas ajenas a sus vinculadas y/o subsidiarias y/o a las mencionadas anteriormente en esta autorización, salvo autorización expresa del ASEGURADO o cuando la ley así lo requiera.

Firma del titular por asegurar (*)
(la firma debe coincidir con la que aparece en su DNI)

Nombre: Oscar Segovia Trauco

(*) En caso de que el titular por asegurar sea menor de edad, el contratante del seguro deberá ser el padre que ejerza la patria potestad, quien en su representación deberá firmar la presente solicitud, de acuerdo conlo establecido en los artículos 45°, 418° y 423° inciso 6) del Código Civil. La Compañía se reserva el derecho de verificar la validez de los datos. Igual facultad podrá ejercer el tutor legal del menor de edad de conformidad con los artículos 502°, 526° y 527° del Código Civil Peruano.

Asimismo, el Código de Comercio en su artículo 376, establece textualmente lo siguiente: "Será nulo todo contrato de seguro: (1) Por la mala fe probada de las partes al tiempo de celebrarse el contrato; (2) Por la inexacta declaración del asegurado, aún hecho de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos; (3) Por la omisión u ocultación por el asegurado, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato".

Original

La Compañía se obliga a entregar la póliza de seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de 15 días calendario de haber recibido la solicitud, si no media rechazo previo de ésta. En el supuesto que el Contratante y/o Asegurado no complete la información y/o no cumpla con las medidas que la Compañía requiera, se considerará rechazada la solicitud al vencimiento del plazo de 15 días antes señalado.
El Contratante y/o Asegurado podrá presentar una nueva solicitud.

002-433 Setiembre 2012

El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros. RUC 20100035392

solicitud de seguro de salud N° 0615397

autorización de débito automático

(para ser llenado por la COMPAÑÍA)

Código intermediario | | | | | | | | Póliza Nro. | | | | | | | | Matrícula | | | | | | | |

Seguro solicitado:

☐ Salud Internacional ☒ Salud Total ☐ Salud ☐ Salud Red Preferente
☐ Enfermedades Graves Internacional ☐ En plan continuidad / deducible

Datos del titular de la cuenta o tarjeta (titular por asegurar o contratante del seguro)

DNI 41161228 RUC | | | | | | | | | | | CE | | | | | | | |

Nombre /Razón social Oscar Ezequiel

Apellido paterno Segovia Apellido materno Tnauco

Seleccionar solamente una cuenta o tarjeta

a) **Cuenta bancaria**

Nro. de cuenta: 19121962793097 (D C; 9 10 12 13 14 20)

☐ BCP Cta. Corriente (13) ☒ BCP Cta. de Ahorro (14) ☐ BCP Cta. Maestra (13)
☐ BBVA Cta. Cte. (20) ☐ BBVA Cta. Ahorro (20) ☐ Interbank Cta. Cte. (13)
☐ Interbank Cta. Ahorro (13) ☐ Scotiabank Cta. Ahorro (12) ☐ Scotiabank Cta. Cte. (12)

Moneda: ☒ Nacional ☐ Extranjera

Notas: En caso de haber elegido una cuenta bancaria, favor llenar el N° de cuenta hasta el número indicado en el paréntesis correspondiente.
Para cuentas del Continental tener en cuenta que los Dígitos de Control (DC) van en los casilleros 9 y 10

b) **Tarjeta**

Tipo: ☐ VISA(16) ☐ AMEX(15) ☐ MASTERCARD(16)

Raspar el N° de la tarjeta de crédito aquí

Nro. de tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | | (15 16)

Fecha de vencimiento: mes | | año | | | |

Nota: Los cargos en tarjeta se realizarán en **Nuevos Soles** al tipo de cambio del día de operación.

Mediante la presente autorizo a cargar en mi tarjeta o cuenta arriba indicada, el importe de las cuotas correspondientes al seguro contratado con la COMPAÑÍA, extendiéndose a la nueva tarjeta de crédito que el banco emita por renovación, pérdida o robo, siempre que el número de la nueva tarjeta sea comunicada por escrito a la COMPAÑÍA, reconociendo que la falta de pago de la prima origina la suspensión inmediata de la cobertura y la posterior resolución automática del contrato del seguro. Asimismo, autorizo a la COMPAÑÍA a cargar hasta 3 cuotas vencidas en mi tarjeta de crédito o cuenta.

Firma del titular de la tarjeta o cuenta DNI 41114229 Fecha 15 / 07 / 13

(incluir cargo y sello del representante legal autorizado si el contratante es una empresa)
(la firma debe coincidir con la que aparece en su DNI)

Importante:

- Esta instrucción está sujeta a verificación de firmas y datos.
- El débito automático procederá en la medida en que la cuenta disponga de los fondos líquidos disponibles para efectuar la totalidad del abono, para lo cual el banco intentará cargar hasta por tres días consecutivos.
- En caso desee desafiliarse del cargo automático, deberá comunicarlo mediante carta a la Compañía.
- Esta autorización será válida para la póliza vigente y para futuras renovaciones.
- Las tarjetas de crédito emitidas fuera del país están sujetas a un recargo por parte de la entidad emisora.

PACIFICO LAS CAMELIAS 16 JUL 2013 SEGUROS PERSONALES RECIBIDO

Original

002-433 Setiembre 2012

000010

pacifico

SOLICITUD DE QUEJA/RECLAMO

DATOS INICIALES

Tipo de atención*: Reclamo

Reclamo: Disconformidad relacionada a los productos o servicios.
Queja: Malestar o descontento respecto a la atención.

Empresa*: PPS

PPS:Pacífico Seguros Generales PV: Pacífico seguros de Vida (Incluye SCTR Vida)
EPS: Pacífico Salud EPS (incluye SCTR Salud)

Lugar donde se presenta la queja/reclamo: No aplica

Persona que registra la queja/reclamo*:

DATOS DE LA PERSONA POR LA QUE SE PRESENTA LA QUEJA/RECLAMO

Nombre(s)*	Apellido Paterno*	Apellido Materno*
OSCAR EZEQUIEL	SEGOVIA	TRAUCO

Razón Social	Tipo de documento*	Nro de documento*
	DNI	41161228

Dirección de correspondencia*: CALLE OCHO Nº 256 INTERCOMUNICADOR 6 URB. MONTERRICO NORTE

Departamento*	Provincia*	Distrito*
LIMA	LIMA	SAN BORJA

Teléfono Fijo*	Teléfono Celular*	Correo Electrónico*
4365789	945066173	oesego@gmail.com

Asegurado* ◉ Sí ○ No

☐ Soy asegurado titular

☐ Soy el reclamante

Nombre(s) del titular del seguro*	Apellido paterno*	Apellido Materno*
OSCAR EZEQUIEL	SEGOVIA	TRAUCO

Tipo de documento*	Nro de documento*
DNI	41161228

Nombre(s) del reclamante*	Apellido paterno*	Apellido Materno*
OSCAR EZEQUIEL	SEGOVIA	TRAUCO

Relación con el agraviado*: Titular

Especificar*:

Tipo de documento*	Nro de documento*
DNI	41161228

Artículo Cuarto.- Los anexos mencionados en el artículo 18° de las disposiciones aprobadas mediante la presente resolución, se publican en el Portal electrónico de esta Superintendencia (www.sbs.gob.pe), conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS.

Artículo Quinto.- La presente Resolución entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficio "El Peruano", fecha a partir de la cual se deja sin efecto la Circular S-610-2004.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

DANIEL SCHYDLOWSKY ROSENBERG
Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones

RESOLUCIÓN SBS. N° 3203-2013

Lima, 24 de mayo de 2013

EL SUPERINTENDENTE DE BANCA, SEGUROS Y ADMINISTRADORAS PRIVADAS DE FONDOS DE PENSIONES

CONSIDERANDO:

Que, la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946, incorpora como parte de los "seguros de personas" la definición y alcance del seguro de salud y de las preexistencias aplicables a los mencionados seguros;

Que, mediante Ley N° 28770 se aprobó la Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior;

Que, mediante Ley N° 29878 que establece las medidas de protección y supervisión de las condiciones generales de las pólizas de seguros médicos, de salud o de asistencia médica y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 174-2012-EF, se establecen las coberturas principales de estas pólizas, así como la aplicación del derecho de renovación de los seguros de salud;

Que, el inciso 28.2 del artículo 28° de la Ley General de la Persona con Discapacidad, aprobada por Ley N° 29973, establece que la Superintendencia garantiza el acceso de la persona con discapacidad a los productos o servicios ofertados por las aseguradoras y supervisa que las primas de los seguros se fijen de manera justa y razonable sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos, y valoradas individualmente;

Que, en consecuencia resulta necesario emitir las disposiciones correspondientes que permitan la adecuada aplicación normativa de los seguros de salud;

Que, a efectos de recoger las opiniones del público en general respecto a la propuesta normativa, se dispuso su prepublicación, al amparo de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 001-2009-JUS;

Contando con el visto bueno de las Superintendencias Adjuntas de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y Seguros, y de Asesoría Jurídica, así como de la Gerencia de Productos y Servicios al Usuario;

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 9 del artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley No. 26702 y sus modificatorias;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud, con el siguiente texto:

NORMAS COMPLEMENTARIAS APLICABLES A LOS SEGUROS DE SALUD

Artículo 1°.- Las presentes disposiciones son aplicables a las empresas de seguros a que se refiere el literal D del artículo 16° de la Ley General, en adelante las empresas.

Artículo 2°.- Corresponden a los seguros de salud aquellos contratos que tienen como cobertura principal las siguientes:

a) El reembolso al asegurado de los gastos derivados de la asistencia médica,
b) Garantizar al asegurado la prestación de los servicios de asistencia médica, debiendo la empresa de seguros poner a disposición del asegurado y sus dependientes dichos servicios y asumir directamente su costo.
c) Una indemnización a suma alzada o periódica en caso de invalidez temporal o permanente u otras contingencias acordadas en la póliza, hasta un monto y plazo determinado,
d) Otras que determine la Superintendencia

Artículo 3°.- El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley, las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley N° 28770. Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley N° 28770. Asimismo, la continuidad de la cobertura de las preexistencias en los seguros de salud no se restringe en ningún caso a una sola empresa de seguros sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano, según lo señalado en la citada Ley.

Asimismo, el término "no resuelto" a que hace referencia el citado artículo 118°, se aplica a enfermedades que requieren de continuidad en la atención médica, y que hayan estado cubiertas por un contrato de seguro en el periodo inmediato anterior.

Para acceder a la continuidad de cobertura de las preexistencias, en el marco de la Ley N° 28770, bastará la firma del asegurado en la solicitud del seguro y la correspondiente aceptación por la empresa, para que esta solicite a la empresa anterior los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad. Cabe agregar que la empresa podrá hacer uso de establecimientos de salud afiliados, correspondientes a su red asistencial, que resulten equivalentes a las ofrecidas por la empresa anterior.

Artículo 4°.- Las empresas de seguros que ofrecen seguros de salud, deberán ofrecer planes de salud con coberturas para las personas con discapacidad, en base a la evaluación que realizan de los riesgos asegurables, conforme a lo dispuesto en el inciso 28.2 del artículo 28° de la Ley General de la Persona con Discapacidad aprobada por Ley N° 29973.

Artículo Segundo.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el diario oficial El Peruano.

Regístrese, comuníquese y publíquese

DANIEL SCHYDLOWSKY ROSENBERG
Superintendente de Banca, Seguros y
Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones

942173-1

Clínica de Salud (esta orden da derecho a una atención médica)

ktapia 17/08/2013 00:00:36
Nº de Admisión

SEGOVIA / TRAUCO / OSCAR EZEQUIEL 17/08/2013 12:00
Apellido Paterno / Materno Nombres Fecha Hora

PACIFICO CIA SEGUROS — OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO / 90 %
Cía Pagante — Empresa / Contratante

HOYLE / CASTRO / CONNAN EDWARD 33500 CMP J-0000331 HHCC 0005217885 Cod Aut SITED
Médico Solicitante

184 - Hemorroides y Diagnósticos relacionados , J30.4 - Rinitis alérgica, no especificada y Diagnósticos relacionados ,

	Principio Activo	Presentación	Cantidad	Indicaciones
J00X — CIE 10 Principal	Azitromicina 500mg	tab	03	C/24h.
J00X — CIE 10 Secundario	Cetirizina + Pseudoefedrina	cap	10	C/12h
J00X — CIE 10 Secundario	celecoxib 200mg	tab	06	C/24h.
CIE 10 Secundario				
CIE 10 Secundario				

Dr. Connan Hoyle Castro
MEDICO CIRUJANO
OTORRINOLARINGOLOGO
CMP. 33500 RNE 18557

VÁLIDO POR SIETE DÍAS

Firma y Sello del Médico Tratante

ARCHIVO

17/08/2013 01:33:59p.m.

CLINICA DE DIA JOCKEY SALUD

Av.Javier Prado Este 4200

Urb. Fundo Monterrico Chico Surco

0005 - 0021029

CONSTANCIA DE ENTREGA DE MEDICINA

PACIENTE: SEGOVIA TRAUCO, OSCAR EZEQUIEL

Codigo	Articulo	Cantidad	Precio Convenio
3001396	Quilxib 200mg Caps X 100-Unid	4	18.12
3001492	Aziquilab 500mg X 3 Tab	3	68.64

CMP: 33500 Ada:0000423660 Nro Items:2

Vendedor: Igarcia TICKET:0901-0026035 Total Copago: 10.23

Financiador: PACIFICO-CIA. SEGUROS

Contratante: OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO - 90.00 %

Recibi Conforme

00001

000015

INDECOPI RUC : 20133840533
Calle De La Prosa 104-San Borja-Lima
Tel.: 224-7800 Fax : 224-0348

Ticket Nro. : 867-0000028432 2013-08-20
Maq.Reg.Nro. : 29111202060327 09:07:40
Cajero : GRACE PAMELA NEYRA CASTRO
Nombre : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRUCO
Doc. Pago :
Glosa :

6801 DENUNCIA POR INFRACC.NORMAS PRO TECC.CONSUM.

1 x 36.00
36.00

TOTAL S/. 36.00

VERIFIQUE DATOS DEL COMPROBANTE DE PAGO
NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES

Indecopi
COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1
09 SEP 2013
Por:.....Hora:.....
RECIBIDO

Indecopi
2013 SEP 6 7M 8:45

TESTADO

111670

000016

San Borja, 06 de Setiembre de 2013

Señor Secretario Técnico de la Comisión de Protección al Consumidor

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE
DOCUMENTARIO

REFERENCIA: EXPEDIENTE Nº 582-2013/CC1

Yo, OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO identificado con DNI Nº 41161228, con domicilio en Calle Ocho Nº 256 – Intercomunicador 6 - Urb. Monterrico Norte – San Borja - Lima, con teléfono celular 945066173, ante Ud. me presento respetuosamente y digo:

Que, reitero mi denuncia contra EL PACIFICO PERUANO –SUIZA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., cuyo domicilio fiscal se ubica en la Calle Juan de Arona Nº 830 – San Isidro y teléfono 513-5000 por las razones que a continuación paso a exponer:

Que el día sábado 17.Ago.2013 acudí a la Clínica Jockey Salud a atenderme con el Otorrino y me indicaron dos preexistencias (rinitis alérgica y hemorroides) consignadas por la aseguradora (Pacífico).

Al respecto, en mi comunicación inicial sustenté que la Ley N° 28770 ha dispuesto que si luego de finalizar un contrato de seguro de asistencia médica, el asegurado contrata otra póliza de seguro de salud con la misma aseguradora u otra, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan generado o hayan sido cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior (en mi caso la póliza de Pacífico EPS). Si se trata de seguros de salud grupales, el asegurado tendrá un plazo de 120 días para contratar una nueva cobertura a fin que no se consideren como preexistentes las enfermedades previamente diagnosticadas y/o tratadas. En ese sentido, la aseguradora (Pacífico) no sólo ha violado la Ley Nº 28770 sino que, además, ha contravenido la Resolución de la SBS Nº 3203-2013 de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Hecho mi reclamo, a la Aseguradora, el día 24.Ago.2013 vía web; he recibido respuesta el 05.Set.2013 ratificando las señaladas preexistencias. Aduciendo entre otros argumentos que "se dispone de registros escritos de la confirmación de ambos diagnósticos por parte del asegurado".

Respecto a esto último, debo precisar que en Agosto del 2012 solicité un seguro de salud que se me fue asignado con la póliza Nº 7664910, al momento de llenar el formulario de afiliación fui consultado, por el personal de Pacífico que ofrece dichos seguros, a consignar las molestias que había sentido y me trataba bajo la cobertura de la EPS; se indicó en ese entonces, rinitis alérgica y hemorroides (nunca me entregaron copia del formulario llenado). La póliza Nº 7664910 se vino pagando puntualmente, pero no estuvo activa y ya fue anulada el 31.Jul.2013 y la nueva póliza Nº 9797782 (vigente desde el 31.Jul.2013) pretende consignar nuevamente las preexistencias.

Sin perjuicio, de la sustentación de mi reclamo por las preexistencias señaladas en la nueva póliza Nº 9797782 (que aún no me la entregan) ya en sí la póliza Nº 7664910 donde se consignaron las mismas preexistencias y en la que se ampara la aseguradora para mantener las exclusiones (rinitis alérgica y hemorroides), habría violado la Ley Nº28770.

00001
INDECOPI
00001
LO TESTADO NO VALE

De la póliza Nº 7664910, en la que se apoya la aseguradora para mantener las preexistencias para la nueva póliza Nº 9797782, dice en su artículo 8º de las condiciones generales a la letra: *"a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza."*

De lo expuesto, en el párrafo anterior, se desprende que la Aseguradora se contradice ya desde la póliza que emitió desde Agosto del 2012 porque su precedente es la póliza de la EPS.

Además, para sustentar mi reclamo detallo cronológicamente las coberturas de salud con Pacífico:

1) EPS – Octubre del 2011 a Julio del 2013.
2) Seguro de Salud, Póliza Nº 7664910 desde el 05.Set.2012 al 31.Jul.2013.
3) Seguro de Salud, Póliza Nº 9797782 desde el 31.Jul.2013 según me manifestaron telefónicamente, pues aún no me hacen llegar dicha póliza.

Debo agregar, además, que de acuerdo al reglamento de la Ley Nº29878 en el ítem 3.2 del artículo *3º Derecho de Renovación* a la letra dice: *"(...) una vez que los asegurados a título individual dejen de formar parte del grupo asegurado, podrán contratar un seguro individual con la misma empresa de seguros que le dio la cobertura colectiva, considerándose la contratación como una renovación de la cobertura anterior, con la misma o mayor cobertura pactada de manera colectiva (...)*".

Debo precisar, además, que yo observé ya desde la póliza Nº 7664910 (Agosto-2012) que se indicaban preexistencias; al personal que ofrece los seguros de Pacífico, ya vendedora manifestó verbalmente "que no habría problema alguno y que consignar las dolencias en el formulario que se llena tiene carácter informativo y no significa la exclusión alguna".

En ese sentido, se justifica y ratifica mi reclamo.

Por lo expuesto, reitero mi solicitud inicial a la Comisión de Protección al Consumidor.

A efectos de lo cual cumplo con adjuntar los siguientes medios probatorios:

a) Copia de respuesta de Carta de Pacífico Seguros recibida el 05.Set.2013.
b) Copia de primera página de la Póliza Nº 7664910.
c) Copia del artículo Nº 8 consignado en la Póliza Nº 7664910.
d) Copia del Glosario consignado en la Póliza Nº 7664910.

OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO
DNI: 41161228

5/9/13

LO TESTADO NO VALE

0001

pacífico

Lima, 27 de Agosto del 2013
PPS-33116/2013-2

Señor
Oscar Ezequiel Segovia Trauco
Calle Ocho N° 256 Intercomunicador 6 Urb. Monterrico Norte
San Borja – Lima

CONFIDENCIAL

Ref.: **Contratante Segovia Trauco Oscar Ezequiel**
Póliza de Asistencia Médica N° 9598588-1
Asegurado: Segovia Trauco Oscar Ezequiel (titular masculino)

Estimado Sr. Segovia:
Comprometidos con la transparencia en nuestras comunicaciones, le informamos que hemos revisado el reclamo recibido el pasado 24/08/2013 y en el que manifiesta su disconformidad con las preexistencias de Rinitis Alérgica y Hemorroides.

Al respecto, Pacífico Seguros ha evaluado su requerimiento, por lo que debemos comunicarle que existen dos sistemas diferentes de financiadores privados de las prestaciones de salud que sean requeridos por sus asegurados, regidos cada uno por sus respectivas normas legales y no aplicables de manera cruzada:
- Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que brindan servicios complementarios de la seguridad social en salud y supervisados por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).
- Las Empresas de Seguros, que brindan coberturas a los riesgos de enfermedad que pudieran sufrir sus asegurados supervisado por la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS).

Por el caso que nos ocupa, se solicitó información al Area de Suscripción, en respuesta precisan lo siguiente

- El cliente envía la solicitud de ingreso, con declaración de salud limpia de antecedentes.
- Proviene del Plan de Salud de EPS y en la relación de atenciones se encuentran los antecedentes ahora excluidos: Hemorroides y Rinitis Alérgica
- Se dispone de registros escritos de la confirmación de ambos diagnósticos por parte del asegurado, así como del conocimiento oportuno que tuvo con respecto a los mismos como preexistencias y no sujetos a cobertura.

Lamentamos el malestar generado, pero debemos ratificar que los diagnósticos de Rinitis Alérgica y Hemorroides corresponden a preexistencias, por lo que han sido excluidas de cobertura.

Para cualquier consulta o información adicional ponemos a su disposición nuestra Central de Información y Ventas: (01) 513-5000 en Lima y 0-800-1-0155 en provincias (servicio gratuito) y nuestras Plataformas de Atención al Cliente.

Cordialmente,

José Antonio Alva L.
Jefe de Servicio de Atención al Cliente
Area de Operaciones

PACIFICO V° B° Dr. Carlos Area de Reclamos

PACIFICOseguros
Gerencia de Operaciones
Area de Quejas y Reclamos
27 AGO. 2013
Dr. JULIO MUÑOZ TAPIA
Médico Auditor
C.M.P. 23652 R.N.E. 11332 R.N.A. 0909

Adicionalmente le informamos que de no estar conforme con la respuesta brindada por nuestra Compañía, tiene usted la opción de acudir a La Defensoría del Asegurado (teléfono 4469158), INDECOPI (teléfono 2247777) y/o a la Plataforma de atención al Usuario de la Superintendencia de Banca y Seguros. Organismo independiente que atiende los reclamos de los asegurados, sin costo alguno, con la documentación sustentatoria necesaria. La mencionada institución está ubicada en Jr. Junín 270 Lima
JM

pacifico

000019

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: S/. 521,185,540.00
SUMARIO DE LA POLIZA
SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza No. 7664910

FECHA DE INGRESO	: 05/09/2012	
VIGENCIA	: 05/09/2012 AL 05/09/2013	365 DIAS A LAS 12 M
CONTRATANTE	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	8326652
ASEGURADO	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	124261105
DIRECCION DE COBRANZA	: CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC	
DEPARTAMENTO	: LIMA	
PROVINCIA	: LIMA	
DISTRITO	: SAN BORJA	
MONEDA	: NUEVOS SOLES	

BENEFICIO MAXIMO	S/. 9,600,000	S/. 9,600,000
ANUAL POR PERSONA	HASTA CUMPLIR LOS 75 AÑOS DE EDAD	A PARTIR DE LOS 75 AÑOS DE EDAD

PRIMA	407.55	
DER. DE EMISION	12.23	
INTERESES	.00	
I.G.V	75.56	
TOTAL	495.34	NUEVOS SOLES

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

Emitida en Miraflores, a los 20 días del mes de Setiembre del 2012

TEOBALDO LLOSA
GERENCIA DE RIESGOS

MIGUEL PEÑA
GERENTE OPERACIONES

FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

R.N.P. AGENTE: SIN INTERMEDIACION COM: .00

REVISAR EL CONDICIONADO GENERAL, forma parte integral del contrato. LESASPOO 23/10/2012 16:05
IROMERO

COD.SBS.: AE0446420002

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

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

Artículo 8°
GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES
Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.

b) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles.

c) Medicina Alternativa y/o Complementaria.

d) Cuidados particulares de enfermería.

e) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.

f) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell), salvo que se requiera para TRASPLANTE de médula ósea (Autólogo).

g) En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

- Medicina tradicional oriental
- Quiromasaje, Quiropráctica
- Qi gong
- Reiki
- Reflexoterapia
- Sanación pranika
- Sofrologia
- Terapia floral
- Terapia de toque
- Watsu
- Yoga

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**
  Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y |cuidado de pacientes.

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

- **PARTO**
  Salida del feto del cuerpo materno, dando por finalizado el embarazo.

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

- **PREEXISTENCIA**
  Toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del ASEGURADO, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.
  No se considerará como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.

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

- **PRÓTESIS**
  Es una extensión artificial, que sustituye parte del cuerpo, su utilidad puede ser funcional o estética.
  Ejemplos de PRÓTESIS: Ortopédicas, auditivas, ocular, genital, dental.
- **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS**
  Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.

Indecopi
INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

SECRETARIA TECNICA DE LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR Nº 1 SEDE CENTRAL

EXPEDIENTE Nº : 582-2013/CC1
DENUNCIANTE : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO (EL SEÑOR SEGOVIA)
DENUNCIADA : EL PACÍFICO PERUANO-SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (PACIFICO SEGUROS)
MATERIA : ADMISIÓN A TRÁMITE
RESOLUCIÓN Nº : 1

Lima, 26 de setiembre de 2013

I. HECHOS

1. Mediante escritos del 28 de agosto y 6 de setiembre de 2013, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por presuntas infracciones de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor[1] (en adelante, el Código), señalando lo siguiente:

   (i) Entre los meses de setiembre de 2011 y julio de 2013 contrató un seguro de salud con Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, Pacífico EPS), el cual cubría el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides.

   (ii) En agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, contrató con Pacífico Seguros un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910), que incluía como preexistencias las enfermedades que padecía —rinitis aguda y hemorroides—; sin embargo, se le indicó que dicha circunstancia era solo para efectos informativos y que tales enfermedades no serían excluidas. Esta póliza fue posteriormente anulada el 31 de julio de 2013.

   (iii) El 31 de julio de 2013, al concluir el contrato del seguro con Pacífico EPS, suscribió un nuevo contrato de seguro de salud (Póliza N° 9797782) con Pacífico Seguros.

   (iv) El 17 de agosto de 2013 acudió a la Clínica Jockey Salud para continuar con su tratamiento. Sin embargo, le indicaron que la rinitis alérgica y hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y, por tanto, no se encontraban cubiertas.

   (v) Pese a haber suscrito con Pacífico Seguros la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, no ha recibido copia de dicho documento.

2. En ese sentido, el señor Segovia solicitó:

[1] Publicada el 2 de setiembre de 2010 en el diario oficial El Peruano y vigente a partir del 2 de octubre de 2010.

(i) Se ordenara a Pacífico Seguros otorgar la cobertura correspondiente ante cualquier enfermedad que pueda padecer, debido a que no tenía preexistencias.
(ii) Se ordenara a Pacífico Seguros que cumpla con proporcionar los medicamentos necesarios para su tratamiento.
(iii) La aplicación de una sanción ejemplar a Pacífico Seguros.
(iv) El pago de las costas y costos del procedimiento.

II. DE LA ADMISIÓN A TRÁMITE DE LA DENUNCIA

3. La Secretaría Técnica de la Comisión, en ejercicio de sus facultades[2], considera que el hecho denunciado, consistente en que Pacifico Seguros se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Segovia, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes; involucraría una posible afectación a las expectativas del denunciante, quien no habría encontrado una correspondencia entre lo que esperaba recibir de parte de la denunciada y lo que realmente recibió. Por tanto, corresponde calificar el hecho materia de denuncia como una presunta infracción del deber de idoneidad[3], tipificado en los artículos 18° y 19° del Código[4].

---

2 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 105°.- El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la propiedad Intelectual (Indecopi) es la autoridad con competencia primaria y de alcance nacional para conocer las presuntas infracciones a las disposiciones contenidas en el presente Código, así como para imponer las sanciones y medidas correctivas establecidas en el presente capítulo, conforme al Decreto Legislativo núm. 1033, Ley de Organización y Funciones del Indecopi. Dicha competencia solo puede ser negada cuando ella haya sido asignada o se asigne a favor de otro organismo por norma expresa con rango de ley.

DECRETO LEGISLATIVO N° 1033 - DECRETO LEGISLATIVO QUE APRUEBA LA LEY DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL – INDECOPI.-
Artículo 27°.- De la Comisión de Protección al Consumidor.-
Corresponde a la Comisión de Protección al Consumidor velar por el cumplimiento de la Ley de Protección al Consumidor y de las leyes que, en general, protegen a los consumidores de la falta de idoneidad de los bienes y servicios en función de la información brindada, de las omisiones de información y de la discriminación en el consumo, así como de aquellas que complementen o sustituyan a las anteriores.

DECRETO LEGISLATIVO N° 807 - LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI FACULTADES DE LAS COMISIONES Y OFICINAS DEL INDECOPI.-
Artículo 24°.- El Secretario Técnico se encargará de la tramitación del procedimiento. Para ello, cuenta con las siguientes facultades:
(...)
c) Admitir denuncias a trámite, en aquellos casos en que la Comisión le haya delegado esta facultad.

3 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 18°.- Idoneidad
Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.
La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para lo cual ha sido puesto en el mercado.
Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

4 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 19°.- Obligación de los proveedores

4. Asimismo, la Secretaría Técnica de la Comisión considera que el hecho denunciado consistente en que Pacífico Seguros no habría proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782, vinculada al seguro de salud contratado; involucraría una afectación al deber de protección mínima del contrato de consumo, en la medida que tal consumidor no podría contar con la información contenida en los documentos que suscribió al celebrar el contrato de seguro celebrado con Pacífico Seguros. En consecuencia, corresponde calificar el hecho materia de denuncia como una infracción del literal e) del artículo 47° del Código[5].

5. En tanto la denuncia reúne los requisitos establecidos por la norma citada, corresponde admitirla a trámite.

III. REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN

6. A efectos de tener mayores elementos que sirvan para la resolución definitiva del presente caso, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor Nº 1, en ejercicio de las facultades que la ley le confiere[6], conviene en requerir a Pacífico Seguros que cumpla con presentar, en un plazo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de notificada la presente resolución una copia completa, legible y debidamente suscrita de la Póliza N° 9797782, vinculada al seguro de salud contratado por el señor Segovia, así como de sus respectivos anexos.

El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.

[5] **LEY Nº 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 47°.- Protección mínima del contrato de consumo
En los contratos de consumo se observa lo siguiente:
(...)
e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor.

[6] **DECRETO LEGISLATIVO Nº 807 - LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI FACULTADES DE LAS COMISIONES Y OFICINAS DEL INDECOPI.-**
Artículo 1°.- Las Comisiones y Oficinas del INDECOPI gozan de las facultades necesarias para desarrollar investigaciones relacionadas con los temas de su competencia. Dichas facultades serán ejercidas a través de las Secretarías Técnicas o Jefes de Oficinas y de los funcionarios que se designen para tal fin. Podrán ejercerse dentro de los procedimientos iniciados o en las investigaciones preliminares que se lleven a cabo para determinar la apertura de ún procedimiento.

Artículo 2°- Sin que la presente enumeración tenga carácter taxativo cada Comisión, Oficina o Sala del Tribunal del INDECOPI tiene las siguientes facultades:
a) Exigir a las personas naturales o jurídicas la exhibición de todo tipo de documentos, incluyendo los libros contables y societarios, los comprobantes de pago, la correspondencia comercial y los registros magnéticos incluyendo, en este caso, los programas que fueran necesarios para su lectura; así como solicitar información referida a la organización, los negocios, el accionariado y la estructura de propiedad de las empresas.
(...)

IV. RESOLUCIÓN DE LA SECRETARÍA TÉCNICA

PRIMERO: admitir a trámite la denuncia del 28 de agosto de 2013, complementada el 6 de setiembre de 2013, interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., conforme a lo siguiente:

(i) Por presunta infracción de los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.

(ii) Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.

SEGUNDO: tener por ofrecidos los medios probatorios presentados en los escritos del 28 de agosto y 6 de setiembre de 2013.

TERCERO: requerir a El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. cumpla con:

(i) Presentar documentos que acrediten su inscripción en los Registros Públicos;
(ii) presentar las facultades de representación de su representante legal en el presente procedimiento;
(iii) señalar Número de Registro Único de Contribuyentes (RUC) [7];
(iv) presentar Comprobante de Información Registrada y/o documentos que acrediten su inscripción en la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria SUNAT;
(v) fijar domicilio procesal para el procedimiento, de conformidad con el literal 1 del artículo 442° del Código Procesal Civil; y,
(vi) en caso califique como micro empresa o pequeña empresa, presentar los documentos que acrediten su volumen de ventas o ingresos brutos percibidos el año anterior relativo a todas sus actividades económicas y el número de trabajadores

---

7 **DECRETO LEGISLATIVO N° 943 - LEY DEL REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES.-**
Artículo 4°.- De la exigencia del número de RUC
Todas las Entidades de la Administración Pública, principalmente las mencionadas en el Apéndice del presente Decreto Legislativo, y los sujetos del Sector Privado detallados en el citado Apéndice solicitarán el número de RUC en los procedimientos, actos u operaciones que la SUNAT señale. Dicho número deberá ser consignado en los registros o bases de datos de las mencionadas Entidades y sujetos, así como en los documentos que se presenten para iniciar los indicados procedimientos, actos u operaciones.
La veracidad del número informado se comprobará requiriendo la exhibición del documento que acredite la inscripción en el RUC o mediante la consulta por los medios que la SUNAT habilite para tal efecto.
La SUNAT mediante Resolución de Superintendencia podrá ampliar la relación de los sujetos o Entidades mencionados en el referido Apéndice.

con el que cuenta. Ello, a fin de que la Comisión pueda meritar dicha documentación, conforme lo establece el artículo 110° del Código[8].

CUARTO: correr traslado de todo lo actuado a El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., para que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 26° del Decreto Legislativo N° 807, presente sus descargos en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado desde la notificación, vencido el cual, el Secretario Técnico declarará en rebeldía a la denunciada que no lo hubiera presentado. Debe precisarse que de conformidad con lo establecido por el numeral 223.1 del artículo 223° de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, las alegaciones y los hechos relevantes de la reclamación, salvo que hayan sido específicamente negadas en la contestación, se tendrán por aceptadas o merituadas como ciertas.

QUINTO: requerir a El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que, en el plazo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con presentar, en un plazo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de notificada la presente resolución, una copia completa, legible y debidamente suscrita de la Póliza N° 9797782, vinculada al seguro de salud contratado por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, así como de sus respectivos anexos.

SEXTO: informar a las partes que el artículo 110° del Código[9] faculta a la Comisión a calificar las infracciones de la referida norma como leves, graves o muy graves e imponer

---

8 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 110°.- Sanciones Administrativas
(...)
En el caso de las microempresas, la multa no puede superar el diez por ciento (10%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, relativos a todas sus actividades económicas, correspondientes al ejercicio inmediato anterior al de la expedición de la resolución de primera instancia, siempre que se haya acreditado dichos ingresos, no se encuentre en una situación de reincidencia y el caso no verse sobre la vida, salud o integridad de los consumidores. Para el caso de las pequeñas empresas, la multa no puede superar el veinte por ciento (20%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, conforme a los requisitos señalados anteriormente.
(...)

9 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 110°.- El Indecopi puede sancionar las infracciones administrativas a que se refiere el artículo 108° con amonestación y multas de hasta cuatrocientos cincuenta (450) Unidades Impositivas Tributarias (UIT), las cuales son calificadas de la siguiente manera:

a. Infracciones leves, con una amonestación o con una multa de hasta cincuenta (50 UIT).
b. Infracciones graves, con una multa de hasta ciento cincuenta (150) UIT.
c. Infracciones muy graves, con una multa de hasta cuatrocientos cincuenta (450 UIT).

En el caso de las microempresas, la multa no puede superar el diez por ciento (10%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, relativos a todas sus actividades económicas, correspondientes al ejercicio inmediato anterior al de la expedición de la resolución de primera instancia, siempre que se haya acreditado de primera instancia, siempre que se haya acreditado dichos ingresos, no se encuentre en una situación de reincidencia y el caso no verse sobre la vida, salud o integridad de los consumidores. Para el caso de las pequeñas empresas, la multa no puede superar el veinte por ciento (20%) de las ventas o ingresos brutos percibidos por el infractor, conforme a los requisitos señalados anteriormente.
La cuantía de las multas por las infracciones previstas en el Decreto Legislativo núm. 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, se rige por lo establecido en dicha norma, salvo disposición distinta del presente Código.
Las sanciones administrativas son impuestas sin perjuicio de las medidas correctivas que ordene el Indecopi y de la responsabilidad civil o penal que pueda corresponder.

sanciones que van desde una amonestación hasta una multa por un máximo de 450 Unidades Impositivas Tributarias, sin perjuicio de las medidas correctivas, reparadoras y complementarias, que puedan ordenarse de acuerdo a lo estipulado en el artículo 114° de la referida norma[10].

---

[10] **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 114°.- Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias. Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.
Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.
Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

Artículo 115°.- Medidas correctivas reparadoras
115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y pueden consistir en ordenar al proveedor infractor lo siguiente:

a. Reparar productos.
b. Cambiar productos por otros de idénticas o similares características, cuando la reparación no sea posible o no resulte razonable según las circunstancias.
c. Entregar un producto de idénticas características o, cuando esto no resulte posible, de similares características, en los supuestos de pérdida o deterioro atribuible al proveedor y siempre que exista interés del consumidor.
d. Cumplir con ejecutar la prestación u obligación asumida; y si esto no resulte posible o no sea razonable, otra de efectos equivalentes, incluyendo prestaciones dinerarias.
e. Cumplir con ejecutar otras prestaciones u obligaciones legales o convencionales a su cargo.
f. Devolver la contraprestación pagada por el consumidor, más los intereses legales correspondientes, cuando la reparación, reposición, o cumplimiento de la prestación u obligación, según sea el caso, no resulte posible o no sea razonable según las circunstancias.
g. En los supuestos de pagos indebidos o en exceso, devolver estos montos, más los intereses correspondientes.
h. Pagar los gastos incurridos por el consumidor para mitigar las consecuencias de la infracción administrativa.
i. Otras medidas reparadoras análogas de efectos equivalentes a las anteriores.

115.2 Las medidas correctivas reparadoras no pueden ser solicitadas de manera acumulativa conjunta, pudiendo plantearse de manera alternativa o subsidiaria, con excepción de la medida correctiva señalada Código de Protección y Defensa del Consumidor en el literal h) que puede solicitarse conjuntamente con otra medida correctiva. Cuando los órganos competentes del Indecopi se pronuncian respecto de una medida correctiva reparadora, aplican el principio de congruencia procesal.

115.3 Las medidas correctivas reparadoras pueden solicitarse en cualquier momento hasta antes de la notificación de cargo al proveedor, sin perjuicio de la facultad de secretaría técnica de la comisión de requerir al consumidor que precise la medida correctiva materia de solicitud. El consumidor puede variar su solicitud de medida correctiva hasta antes de la decisión de primera instancia, en cuyo caso se confiere traslado al proveedor para que formule su descargo.

115.4 Corresponde al consumidor que solicita el dictado de la medida correctiva reparadora probar las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas causadas por la comisión de la infracción administrativa.

115.5 Los bienes o montos objeto de medidas correctivas reparadoras son entregados por el proveedor directamente al consumidor que los reclama, salvo mandato distinto contenido en la resolución. Aquellos bienes o montos materia de una medida correctiva reparadora, que por algún motivo se encuentran en posesión del Indecopi y deban ser entregados a los consumidores beneficiados, son puestos a disposición de estos.
115.6 El extremo de la resolución final que ordena el cumplimiento de una medida correctiva reparadora a favor del consumidor constituye título ejecutivo conforme con lo dispuesto en el artículo 688 del Código Procesal

SÉTIMO: informar a las partes que conforme a lo establecido en el artículo 39° del Decreto Legislativo N° 807[11], los gastos por los peritajes realizados, actuación de pruebas, inspecciones y otros derivados de la tramitación del proceso serán de cargo de la parte que solicita la prueba, salvo pacto en contrario. Si la ordenara de oficio el INDECOPI, será de cargo de la parte vencida. En todos los casos, la resolución final determinará si los gastos deben ser asumidos por alguna de las partes, o reembolsados a la otra parte o al INDECOPI, según sea el caso, de manera adicional a la sanción que haya podido imponerse.

OCTAVO: comunicar a las partes que, de acuerdo a lo señalado por el artículo 29° del Decreto Legislativo N° 807, hasta antes de la emisión de la Resolución Final tienen la posibilidad de solicitar se les cite a una audiencia de conciliación. En este sentido corresponde informar a las partes que, en caso deleguen a favor de tercera persona su actuación en la diligencia programada, esta deberá presentar un poder especial con firma legalizada ante Notario Público, donde conste expresamente su facultad para asistir y

---

Civil, una vez que quedan consentidas o causan estado en la vía administrativa. La legitimidad para obrar en los procesos civiles de ejecución corresponde a los consumidores beneficiados con la medida correctiva reparadora.

115.7 Las medidas correctivas reparadoras como mandatos dirigidos a resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas originadas por la infracción buscan corregir la conducta infractor y no tienen naturaleza indemnizatoria; son dictadas sin perjuicio de la indemnización por los daños y perjuicios que el consumidor puede solicitar en la vía judicial o arbitral correspondiente. No obstante se descuenta de la indemnización patrimonial aquella satisfacción patrimonial deducible que el consumidor haya recibido a consecuencia del dictado de una medida correctiva reparadora en sede administrativa.

Artículo 116°.- Medidas correctivas complementarias
Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:

a. Que el proveedor cumpla con atender la solicitud de información requerida por el consumidor, siempre que dicho requerimiento guarde relación con el producto adquirido o servicio contratado.
b. Declarar inexigibles las cláusulas que han sido identificadas como abusivas en el procedimiento.
c. El decomiso y destrucción de la mercadería, envases, envolturas o etiquetas.
d. En caso de infracciones muy graves y de reincidencia o reiterancia:
   (i) Solicitar a la autoridad correspondiente la clausura temporal del establecimiento industrial, comercial y de servicios por un plazo máximo de seis (6) meses.
   (ii) Solicitar a la autoridad competente la inhabilitación, temporal o permanente, del proveedor en función de los alcances de la infracción sancionada.
e. Publicación de avisos rectificatorios o informativos en la forma que determine el Indecopi, tomando en consideración los medios que resulten idóneos para revertir los efectos que el acto objeto de sanción ha ocasionado.
f. Cualquier otra medida correctiva que tenga el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro.

El Indecopi está facultado para solicitar a la autoridad municipal y policial el apoyo respectivo para la ejecución de las medidas correctivas complementarias correspondientes.

[11] **DECRETO LEGISLATIVO Nº 807 - LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI FACULTADES DE LAS COMISIONES Y OFICINAS DEL INDECOPI.-**
Artículo 29º.- En cualquier estado del procedimiento, e incluso antes de admitirse a trámite la denuncia, el Secretario Técnico podrá citar a las partes a audiencia de conciliación. La audiencia se desarrollará ante el Secretario Técnico o ante la persona que éste designe. Si ambas partes arribaran a un acuerdo respecto de la denuncia, se levantará un acta donde conste el acuerdo respectivo, el mismo que tendrá efectos de transacción extrajudicial. En cualquier caso, la Comisión podrá continuar de oficio el procedimiento, si del análisis de los hechos denunciados considera que podría estarse afectando intereses de terceros.

conciliar en su representación[12]. Ello bajo apercibimiento de no realizar la audiencia de conciliación y levantar el acta de inasistencia correspondiente.

ERICKSON MOLINA PRADEL
Secretario Técnico
Comisión de Protección al Consumidor Nº 1

TJM/BMT

12 **CÓDIGO PROCESAL CIVIL.-**
Artículo 74º.- La representación judicial confiere al representante las atribuciones y potestades generales que corresponden al representado, salvo aquellas para las que la ley exige facultades expresas. La representación se entiende otorgada para todo el proceso, incluso para la ejecución de la sentencia y el cobro de costas y costos, legitimando al representante para su intervención en el proceso y realización de todos los actos del mismo, salvo aquellos que requieran la intervención personal y directa del representado.

Artículo 75º.- Facultades Especiales.- Se requiere el otorgamiento de facultades especiales para realizar todos los actos de disposición de derechos sustantivos y para demandar, reconvenir, contestar demandas y reconvenciones, desistirse del proceso y de la pretensión, allanarse a la pretensión, conciliar, transigir, someter a arbitraje las pretensiones controvertidas en el proceso, sustituir o delegar la representación procesal y para los demás actos que exprese la ley. El otorgamiento de facultades especiales se rige por el principio de literalidad. No se presume la existencia de facultades especiales no conferidas explícitamente.

Por Resolución N° 3, notificada a **PACIFICO SEGUROS** con fecha 08 de noviembre del 2013, se concedió otorgar un plazo adicional de cinco (05) días hábiles para la presentación de los descargos correspondientes.

Dentro del plazo establecido, procedemos a contestar la denuncia, negando y contradiciendo los hechos que se nos imputan con los siguientes fundamentos de hecho y de derecho, que demuestran que no hemos incurrido en las presuntas infracciones del Código.

I. FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO

1. Pacífico Seguros ofrece dentro de sus servicios la posibilidad de contratar el beneficio del Seguro de Continuidad[1], el cual se describe como un seguro de salud que brinda cobertura en atenciones médicas en forma paralela a un Plan de Salud ofrecido por una Entidad Prestadora de Salud (en adelante, EPS), como lo es Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (Pacífico Salud). Al respecto, el beneficio de dicho seguro permite que las atenciones médicas realizadas -desde el inicio de la referida Póliza y no antes- mediante la cobertura de su EPS no se consideren como enfermedades preexistentes; ello teniendo presente que Pacífico Seguros no es una EPS y no ofrece Planes de Salud dentro de sus servicios, siendo Pacífico Salud una empresa diferente a la nuestra.
2. Con fecha 04 de setiembre del 2012, el señor Segovia presentó a Pacífico Seguros su solicitud de Seguro de Salud N° 0565352, a fin de afiliarse al Seguro de Salud Total con beneficio de continuidad para que sus atenciones médicas mediante su EPS, desde la fecha de inicio del nuevo contrato de seguros, no sean consideradas como enfermedades preexistentes **(ANEXO 3-A)**.

---

1 http://www.pacificoseguros.com/site/Personas/Salud/Seguro-de-Continuidad.aspx

3. Desde el 05 de setiembre del 2012 hasta el 05 de setiembre del 2013, el señor Segovia contrató con Pacífico Seguros el Seguro de Salud Total, mediante el beneficio de continuidad (del cual se detallará su naturaleza más adelante), identificado con Póliza N° 7664910. Al respecto, sobre su cobertura se estableció en la Cláusula de Exclusión que -de acuerdo a los antecedentes médicos del señor Segovia al inicio del seguro- la Póliza no cubriría ningún tratamiento médico relacionado con diagnósticos por Hemorroides y/o Rinitis Alérgica, según se puede apreciar en el adjunto **(ANEXO 3-B)** que detalla anexado los endosos (Convenio de Pago de Primas, Aviso de Cobranza, Sumario de la Póliza, Detalle del Seguro, Tabla de Beneficios y Resumen) y las cláusulas especiales (contenidas en Condiciones Generales y Particulares).

4. Posteriormente, ante su cese laboral en su empresa empleadora, el señor Segovia nos informó el fin de su relación laboral y, consecuente, desafiliación al Plan de Salud contratado por Tarjeta Naranja Perú S.A.C. con Pacífico Salud; solicitando así el inicio de su beneficio de continuidad sobre Seguro de Salud Total, emitiéndose a su favor la Póliza N° 9797782 **(ANEXO 3-C)**, con el mismo detalle de su anterior Póliza N° 7664910 respecto a la Cláusula de Exclusión de no cobertura sobre tratamientos médicos relacionados con diagnósticos por Hemorroides y/o Rinitis Alérgica.

5. Con fecha 24 de agosto del 2013, vía correo electrónico, el señor Segovia presentó un reclamo **(ANEXO 3-D)** ante Pacífico Seguros por no encontrarse de acuerdo con las preexistencias establecidas en su Póliza, solicitando se le brinde cobertura sobre su atención médica por rinitis en la Clínica Jockey Salud.

6. Con fecha 05 de setiembre del 2013, Pacífico Seguros dio respuesta a su reclamo indicando que Pacífico Seguros no es una EPS y que las enfermedades de Rinitis Alérgica y Hemorroides son enfermedades previas al ingresó a su seguro contratado con nuestra empresa por lo cual son consideradas como preexistencias **(ANEXO 3-E)**.

7. Con fecha 28 de agosto del 2013, al no encontrarse conforme con nuestro servicio, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por presunta infracción al Código.

II. FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO

II.1. Deber de Idoneidad

1. A nivel legal, el Deber de Idoneidad de los proveedores se encuentra consagrado en el Artículo 19° del Código, en los siguientes términos:

> *Artículo 19°.- El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el encase, en lo que corresponda".*

2. A nivel doctrinario, en relación al Deber de Idoneidad, **Bullard** señala lo siguiente:

> "[En] *los llamados casos de idoneidad (...) se sanciona a aquellas empresas que no ofrecieron bienes o servicios idóneos dentro de lo que hubiera esperado recibir un consumidor razonable.* ***Por idoneidad se entiende (...) la adecuación entre lo que un consumidor razonable esperaría recibir y lo que recibe en realidad en la transacción de consumo, dadas las circunstancias*** *(...).* [2]
>
> (El subrayado, resaltado y agregado es nuestro).

---

[2] **BULLARD, Alfredo.** "El Derecho a Equivocarse. La Contratación Masiva y la Protección al Consumidor". En: "Derecho y Economía: el análisis económico de las instituciones legales". Lima: Palestra, 2003. p. 433

3. En conclusión, el Deber de Idoneidad consiste en brindar el servicio en función de lo que espera recibir el consumidor, de acuerdo a la información que le proporcionó el proveedor, es decir, se presentará un caso de Servicio No Idóneo cuando no exista coincidencia entre lo ofertado por el proveedor al consumidor de manera previa a la contratación del servicio y el servicio efectivamente brindado en la práctica por el proveedor al consumidor.

II.2. Refutación de los cargos imputados a PACIFICO SEGUROS

Sobre el particular, cabe recordar que los cargos imputados por su Comisión en la Resolución N° 1 por presunta infracción al Código, se precisa en que:

> *"(i) Pacífico Seguros se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes (artículos 18° y 19° del Código); y,*
> *(ii) Pacífico Seguros no habría proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado (artículo 47°, literal e)".*

En primer lugar, debemos indicar que Pacífico Seguros no ha incurrido en ninguna infracción a la normativa de protección al consumidor conforme a los argumentos que procederemos a exponer:

A. SOBRE LA NO CONTINUIDAD DE UN PLAN DE SALUD CON UNA PÓLIZA DE SEGUROS:

1. En primer lugar, consideramos pertinente definir que Pacífico Seguros es una persona jurídica de derecho privado, regulada por la Ley N° 26702 – Ley General

del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP's, y por las demás disposiciones legales que le son aplicables, cuyo objeto social es el de efectuar contratos de seguros, operaciones de coaseguro y reaseguro en todos los riesgos; no siendo parte de nuestros servicios ofrecer al mercado planes de salud, pues los mismos corresponde a una EPS.

2. Por otro lado, debe señalarse también que Pacífico Salud es una empresa distinta a Pacífico Seguros, la cual ofrece servicios diferenciados a los nuestros, pues su social exclusivo es brindar cobertura a las prestaciones médicas que requieran nuestros asegurados y/o sus derechohabientes en el marco de lo establecido por las Leyes N° 26790 y 29344, así como a sus normas complementarias, a través de nuestras entidades vinculadas.

3. En el caso, el señor Segovia poseía un Plan de Salud el cual había sido contratado por su entidad empleadora, la empresa Tarjeta Naranja Perú S.A.C. contratada con Pacífico Salud, el cual estableció su vigencia entre el 01 de octubre del 2012 hasta el 31 de julio del 2013. En este punto, debe señalarse que Pacífico Salud es una empresa distinta a Pacífico Seguros, la cual ofrece servicios diferenciados a los nuestros, pues su social exclusivo es brindar cobertura a las prestaciones médicas que requieran nuestros asegurados y/o sus derechohabientes en el marco de lo establecido por las Leyes N° 26790 y 29344, así como a sus normas complementarias, a través de nuestras entidades vinculadas.

4. Como se puede apreciar de lo mencionado, Pacífico seguros y Pacífico Salud al ser personas jurídicas distintas que no mantienen entre sí ninguna obligación legal de considerar las atenciones médicas cubiertas por sus Pólizas o sus Planes de Salud como diagnósticos sujetos a mantener continuidad entre ellos. De ésta manera, la exclusión de las enfermedades diagnosticadas durante la vigencia de su EPS se debe a el supuesto en el que se encuentra el señor Segovia no encaja dentro de lo dispuesto en la Ley N° 28770, Ley que Regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica

con la misma compañía de seguros a la se estuvo afiliado en el período inmediato anterior, ni en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud.

5. Precisamente, no es posible aplicar el beneficio establecido en la Ley N° 28770 porque el mismo está referido para un cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud, no para la variación de un seguro de salud a un plan de salud ofrecido por una EPS, como bien se puede apreciar de su artículo 1°, según el siguiente texto:

> *"Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica*
> *En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica 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 diferente.*
> *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".*

6. Por su parte, tampoco configura dentro del ámbito de aplicación de la referida Ley N° 29561, en la medida que el mismo supone en los afiliados una protección en la cobertura de sus preexistencias ante un cambio de EPS o del centro laboral, tal y como se puede apreciar del texto del artículo 1°, a continuación:

"Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes".

7. De lo señalado, se desprende entonces que Pacífico Seguros no mantiene respecto al señor Segovia la obligación de brindar cobertura sobre las atenciones médicas que se relacionen con diagnósticos previos a la contratación de su Seguro de Salud Total, identificado con las Pólizas N° 7664910 y 9797782, aun cuando estos sean cubiertos por una EPS mediante un Plan de Salud; pues el derecho de continuidad -previstos en las Leyes N° 29561 y N° 28770- aplica cuando se realiza un cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS por otra, respectivamente, no siendo así de una EPS a un seguro de salud o viceversa.

8. En el caso, atendiendo a la no cobertura que se realiza entre enfermedades diagnósticas previamente a la contratación de un seguro de salud, es que Pacífico Seguros ofrece dentro de sus diferentes productos, la posibilidad de contratar el beneficio del Seguro de Continuidad, el cual ofrece la cobertura de diagnósticos médicos que se atiendan o descubran mediante la cobertura de una EPS en un Plan de Salud. Es decir, Pacífico Seguros a través del Seguro de Continuidad permite mantener cobertura de enfermedades atendidas ajenas a su póliza, pese a que las mismas se realicen en el marco de una EPS, siempre que estás se desarrollen desde la fecha de inicio de su contrato hacia adelante.

B. RESPECTO A LAS EXCLUSIONES DE RINITIS ALÉRGICA Y HEMORROIDES:

9. Como se ha demostrado en el punto precedente, Pacífico Seguros no se encuentra obligado a cubrir enfermedades diagnosticadas previamente al inicio de sus pólizas contratadas, pues las mismas encajan toda enfermedad diagnosticada previamente o con origen anterior a la entrada de vigencia de la Póliza N° 9709474 será considera excluida de la cobertura por definirse en sí misma dentro del artículo 8° del Condicionado General[3], que detalla dentro de las exclusiones aquellos gastos derivados de las preexistencias. Asimismo, por el artículo 32° del Condicionado General, del referido Condicionado General, que define a las preexistencias como aquellas enfermedades diagnosticadas sobre el asegurado previamente al ingreso a la cobertura, según el siguiente texto:

> *"Artículo 32º*
> *GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES*
> *Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:*
> *PREEXISTENCIA*
> ***Toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, SÍNDROME o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del ASEGURADO, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura****".*
> *(El subrayado y resaltado es nuestro)*

10. El señor Segovia presenta en sus antecedentes médicos dos diagnósticos, Rinitis Alérgica y Hemorroides, previo al inicio de su contrato de seguros, de fecha 22 de octubre del 2011 y del 04 de abril del 2012, respectivamente. La existencia de dichos antecedentes médicos se evidencian, adicionalmente de sus antecedentes

---

3 **CONDICIONADO GENERAL**
Artículo 8°
GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES
Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:
a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por la COMPAÑÍA u otra registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la presente Póliza.

médicos, del mismo reconocimiento que realiza el denunciante mediante su correo electrónico de fecha 07 de setiembre del 2012 en los cuales indica su conocimiento sobre sus atenciones previas a la vigencia de la Póliza N° 7664910.

11. De lo mencionado, se concluye que es válido que Pacífico Seguros oponga la exclusión de cobertura de los diagnósticos de Rinitis Alérgica y Hemorroides, en la medida que los mismos encajan dentro de lo que se define como una preexistencia, por ser enfermedades con existencia y atención previa al ingreso a la póliza, sin importar que las mismas hayan sido atendidas bajo la cobertura de una EPS.

12. Por otro lado, consideramos pertinente referirnos a que el señor Segovia en su Solicitud de Seguro *(ver Anexo 5-B),* en la parte que declara su salud, no brindo detalles de sus diagnósticos previos en la EPS, lo cual evidencia la falta de buena fe de la denunciante por haber realizado una declaración reticente[4] sobre sus antecedentes médicos.

---

4 **CONDICIONADO GENERAL**
Artículo 26º
DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE
Este contrato se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del ASEGURADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia del presente contrato, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada la COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la Póliza, a partir de la fecha de dicha declaración.
Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.
Constituye una declaración falsa el llenado inexacto de la Declaración de Salud con el propósito de faltar, ocultar o cambiar la verdad de manera intencional o no.
La declaración reticente es el llenado incompleto o parcial de la Declaración de Salud, con reserva o silencio de elementos fundamentales para el conocimiento exacto de la situación de salud del ASEGURADO o sus DEPENDIENTES inscritos, formulada de manera intencional o no.
La declaración falsa y la declaración reticente del ASEGURADO constituyen causal de nulidad de la Póliza, aun cuando habiendo sido efectuada de buena fe, si de haber sido conocida por la COMPAÑÍA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo,
retraído de celebrar este Contrato de Seguro o inclusive anularlo.

C. RESPECTO A LA NO ENTREGA DE LA PÓLIZA 9797782:

13. Adjuntamos a la presenta el cargo de recepción de la Póliza N° 9797782 que demuestra que la entrega del seguro contratado y sus anexos fueron remitidos a la dirección del denunciante en fecha 18 de octubre del 2013 (ANEXO 3-F)

14. Por todo lo mencionado, las imputaciones respecto de la supuesta conducta infractora de Pacífico Seguros conforme a los hechos narrados en el presente escrito son infundadas, en tanto que se nosotros únicamente nos hemos limitado a aplicar lo establecido en la normativa correspondiente, según ha quedado demostrado.

15. En atención a las consideraciones planteadas en el presente escrito, debe declararse INFUNDADA la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra Pacífico Seguros, en todos sus extremos, en la medida que ha quedado plenamente acreditado el hecho de que nuestra empresa no ha incurrido en infracción alguna a la normativa del Código de Protección al Consumidor.

POR TANTO:

A USTED SEÑOR SECRETARIO TÉCNICO DE LA COMISION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR N° 1 DEL INDECOPI: Sírvase tener por contestada la denuncia interpuesta por la señora Seminario y proveer con arreglo a Ley.

PRIMER OTROSI DECIMOS.- Que, cumpliendo con el requerimiento efectuado, adjuntamos al presente escrito, los siguientes documentos: (i) inscripción en Registros Públicos de Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.; (ii) copia simple de las facultades del apoderado legal, junto a su DNI; y, (iii) impresión extraída de SUNAT de la Consulta RUC de Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.

SEGUNDO OTROSI DECIMOS.- Nos reservamos el derecho de ampliar nuestros descargos respecto del presente procedimiento.

TERCER OTROSI DECIMOS.- Que acompañamos copia del presente escrito para la contraparte.

Lima, 15 de noviembre del 2013

PACIFICO SEGUROS
FRANCISCO MONGE ZEGARRA
Apoderado
Reg. C.A.L. 35358

ANEXO 3-A

000067

Oficina Principal Torre Pacífico
Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de ventas e información
(01) 513 5000 (Lima y Provincias)
www.pacificoseguros.com

pacífico

autorización de débito automático

Código _____
(Para ser llenado por cobranzas de Pacífico)

Poliza | | | | | | | | | |

Tipo de Seguro

☐ Auto personales ☐ Salud ☒ Salud total ☐ Salud internacional
☐ Enfermedades graves ☐ Oncológico ☐ Hogar ☐ EPS/ Código Contratante _____

12 cuotas sin intereses

Datos del contratante del seguro

Código interno _____

DNI 41161228 RUC | | | | | | | | | | | Otro (indicar tipo) _____
Nombre / Razón social OSCAR EZEQUIEL
Apellido paterno SEGOVIA Apellido materno TRAUCO
País PERÚ Departamento LIMA Provincia LIMA Distrito SANBORJA
Dirección Calle 8 Dpto. 6 URB. MONTERRICO NORTE
Teléfono domicilio _____ Teléfono oficina 2080600 Celular 945066173
E-mail oesego@gmail.com Página web _____

Datos del titular de la cuenta o tarjeta

Nombre / Razón social OSCAR EZEQUIEL
Apellido paterno SEGOVIA Apellido materno TRAUCO
RUC | | | | | | | | | | | DNI 41161228 Otro (indicar tipo) _____
Dirección Calle 8 Dpto. 6 URB. Monterrico Norte.
Teléfono domicilio _____ Teléfono oficina _____ Celular 945066173
E-mail _____ Página web _____

Seleccionar solamente una cuenta por Cía

Sólo para Pacífico Salud EPS:

A. Cargar en mi tarjeta número VISA ☐ VISA ELECTRÓN ☐ Fecha de vencimiento | | | | Mes Año

(*) Los cargos en tarjeta se realizarían en Nuevos Soles.

B. Cargar en mi cuenta del banco Banco de Crédito ☐ Interbank ☐
Tipo de Cuenta: Cta Corriente ☐ Cta de Ahorro ☐ Cta Maestra ☐

US$ ☐ S/. ☐

Sólo para Pacífico Seguros: Fecha de vencimiento | | | | Mes Año

A. Cargar en mi tarjeta número VISA ☐ AMEX ☐ MASTERCARD ☐ VISA ELECTRÓN ☐

(*) Los cargos en tarjeta se realizarían en Nuevos Soles.

B. Cargar en mi cuenta del banco Banco de Crédito ☒ Scotiabank ☐ Interbank ☐ Banco Continental ☐
Tipo de Cuenta: Cta Corriente ☐ Cta de Ahorro ☒ Cta Maestra ☐

1	9	1	2	1	9	6	2	7	5	3	0	9	7												

US$ ☐ S/. ☒

Sírvase entregar la presente autorización original en Torre Pacífico Av. Juan de Arona 830 San Isidro, Lima 27.

Mediante la presente autorizo cargar en mi tarjeta o cuenta arriba indicada, el importe de las cuotas correspondientes a los seguros contratados con Pacífico Seguros o Pacífico Salud EPS, según corresponda.

_____
Firma del o los titulares de la tarjeta o cuenta

DNI 41161228

Fecha 4 (Día) 9 (Mes) 12 (Año)

Autorizo a Pacífico Seguros o Pacífico Salud EPS, según corresponda cargar hasta 3 cuotas de estar vencidas en mi tarjeta de crédito o cuenta.

_____
Firma del o los titulares de la tarjeta o cuenta

DNI 41161228

Fecha 4 (Día) 9 (Mes) 12 (Año)

Original

Pacífico Seguros
Oficina Principal Torre Pacífico: Juan de Arona 830, San Isidro, Lima 27, Perú
Central de ventas e información: (01) 513 5000 (Lima y Provincias)
www.pacificoseguros.com

pacífico

solicitud de seguro de salud N° 0565352

PILAR ARRISUEÑO 10014
AGENTE 304827
CANAL 1000338

CONTINUIDAD

Sírvase indicar el producto solicitado, seguro de:

Salud Internacional: Deducible Anual (por persona por año póliza): ☐ S/. 0 ☐ S/. 3,000 ☐ S/. 6,000 ☐ S/. 15,000
Salud Total: Deducible Anual (por persona por año póliza): ☒ S/. 0 ☐ S/. 3,000 ☐ S/. 6,000 ☐ S/. 15,000
Salud: Deducible Anual (por persona por año póliza): ☐ S/. 0 ☐ S/. 2,000 ☐ S/. 4,000 ☐ Red Preferente
Enfermedades Graves Internacional: ☐ S/. 0

CONDICIONES GRUPO
12 CUOTAS SIN INTERESES

Datos del contratante

Nombres y apellidos / razón social OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAVCO
Teléfono _____ DNI/RUC 41161228 E-mail oesegoe@gmail.com
Dirección Calle 8 Mza. 6 Urb. Pantanos Norte San Borja

Datos del titular por asegurar

Código interno M: 8326652

Nombres OSCAR EZEQUIEL
Apellido paterno SEGOVIA Apellido materno TRAVCO
DNI 41161228 Otro (indicar N° y tipo) _____ Peso 86 (kg) Estatura 1.78 (m.)
Nacionalidad Peruano Sexo ☒M ☐F F. Nacimiento 11 (DÍA) 09 (MES) 81 (AÑO) Estado civil Soltero
Lugar de residencia Lima Señas particulares _____
Profesión/Ocupación Ingeniero Civil Cargo Asist. Senior de Obras
Dirección Calle 8 Interc. 6 Urb. Pantanos Norte
Departamento Lima Provincia Lima Distrito San Borja
Teléfono de domicilio _____ Teléfono de oficina 2080600 Celular 945066173
E-mail oesego@gmail.com Referencia Alt. cdra. 1 Boulevar

Datos de los dependientes por asegurar

N°	Apellido paterno	Apellido materno	1er. Nombre	2do. Nombre	DNI/CE	Sexo	F. de nac	Parentesco	Peso	Estatura

Declaración de salud

I. Usted o sus dependientes por asegurar han padecido o padecen alguna de las siguientes enfermedades o dolencias o afección de órganos descritas a continuación:

	Titular		Cónyuge		Hijos	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
01. Enf. del sist. nervioso: (ej.: migraña y/o dolor de cabeza recurrente, desmayos, secuelas de polio, epilepsia, parálisis, enf. cerebrovascular, parkinson, demencia senil).		X				
02. Enfermedades de la vista: (ej.: estrabismo, enfermedad de retina, cataratas, glaucoma, pterigion).		X				
03. Enfermedades de la nariz: (ej.: sinusitis, desviación tabicular, hipertrofia de adenoides, oídos y garganta).		X				
04. Enfermedad pulmonar: (ej.: asma bronquial, hiperactividad bronquial, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, tos crónica, apnea del sueño).		X				
05. Enfermedades cardiovasculares: (ej.: infarto cardiaco, angina de pecho, presión arterial alta, enfermedad de las válvulas cardiacas, taquicardia, angioplastía/by pass aorto coronario).		X				
06. Enfermedades endocrinas: (ej.: diabetes, tiroides, adenoma de hipófisis, síndrome de Cushing, hiperprolactinemia).		X				
07. Enfermedades hematológicas (de la sangre): (ej.: anemia de cualquier origen, policitemia vera, leucemia, desorden de coagulación, hemofilia).		X				
08. Enfermedades de los huesos y articulaciones: cadera, rodilla, meniscos, gota, deformaciones, amputaciones, enf. musculares (ej.: distrofia muscular), fibromialgia .		X				

PACÍFICO
LAS CAMELIAS
04 SET 2012
SEGUROS PERSONALES

Original

0565352

	Titular		Cónyuge		Hijos	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
09. Enfermedades de tejido conectivo: (ej.: lupus, poli/dermatomiositis, artritis, otro reumatismo, esclerodermia).		X				
10. Enfermedades de la columna vertebral: (ej.: hernia núcleo pulposo, discopatía, cervicalgia, lumbago).		X				
11. Enf. de aparato urinario: riñones (ej.: insuficiencia renal, glomerulonefritis crónica), vejiga, próstata, tumores, quistes, riñones poliquísticos, infección urinaria crónica, pielonefritis crónica, cistitis crónica.		X				
12. Enfermedades gastrointestinales: (ej.: esofagitis, hernia hiatal, gastritis crónica, úlcera), colon irritable, pólipos en el colon, (eje.: hemorroides), higado, (Cirrosis-hígado graso), vesícula, páncreas.		X				
13. Defectos de la pared abdominal : (ej.: eventración, hernias, diástasis de rectos).		X				
14. Enfermedades de la piel (ej.: acné, melasma, dermatitis, psoriasis, alopecia, alergias).		X				
15. Enfermedades de los senos: (ej.: quistes, fibroadenoma).		X				
16. Enfermedades ginecológicas: (ej.: mioma uterino, cervicitis crónica, endometriosis, enf. pélvica inflamatoria, quistes de ovario; infertilidad).		X				
17. Enfermedades infecciosas: hepatitis A, B o C, brucellosis, infección HIV/SIDA, otras.		X				
18. Enfermedades mentales: depresión, psicosis, esquizofrenia, paranoia, otras.		X				
19. Enfermedad congénita o hereditaria o de nacimiento.		X				
20. Enfermedades oncológicas: cáncer de cualquier órgano del cuerpo.		X				
21. Cirugía plástica: estética y/o reconstructiva; prótesis de cualquier tipo relacionadas a esta intervención (nariz, mamas, glúteos, etc.).		X				
22. Trasplante de cualquier órgano.		X				
23. Consumo de drogas, consumo de alcohol.		X				
24. Otras dolencias o enfermedades no consignadas en esta lista.		X				
¿Se encuentra en período de gestación, la titular o cónyuge o conviviente por asegurar?		X				

Importante: Todas las enfermedades declaradas y conocidas, anteriores al inicio de la vigencia de la póliza solicitada, serán consideradas preexistencias.

En caso de respuesta afirmativa en algunos de los puntos anteriores le agradecemos proporcionarnos información adicional sobre el diagnóstico y el tratamiento señalado, incluyendo el nombre de los médicos consultados.

Persona tratada	Enfermedad/Tratamiento	Médico	Clínica	Fecha	Condición actual

Le agradecemos consignar la siguiente información

II. Hospitalización y/o Cirugías previas.

Clínica / Hospital	Fecha	Motivo	Titular	Cónyuge	Hijos (*)

III. Médico de cabecera / familiar (incluir ginecólogo y pediatra)

Nombre	Clínica	Teléfono	Titular	Cónyuge	Hijos(*)

(*) Especificar hijo(s) que sufre(n) la dolencia según instructivo adjunto.

IV. Institución de salud donde se atiende preferentemente _____

V. ¿Recibe algún medicamento actualmente o lo ha recibido en los últimos 12 meses?

Nombre,dosis NO

Nombre,dosis _____

VI. Consumo de tabaco	¿Consumió tabaco en los últimos 24 meses?	Cigarrillos/día	Años de consumo
Titular	☐ SI ☒ NO	☐ SI ☒ NO	_____ _____
Cónyuge	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	_____ _____

VII. ¿Consume alcohol más de 2 veces / semana?

Titular ☐ SI ☒ NO Cónyuge ☐ SI ☐ NO

Original

Datos adicionales 0565352

¿Tiene o ha tenido otro seguro de salud? ☒ SI ☐ NO Compañía Pacífico EPS Desde ____ Hasta ____

En alguna oportunidad le ha sido rechazada una solicitud de seguro de salud a Ud. o a su(s) dependiente(s): ☐ SI ☒ NO

Si usted o algunos de sus dependientes realiza alguna de las siguientes actividades, por favor indíquela: Prácticas y/o carreras de automovilismo; motos terrestres y acuáticas, ala delta, paracaidismo; escalamiento de montaña, parapente; vuelo libre; práctica hípica; cacería mayor; pesca submarina; puenting; otra(s) NO

Observaciones: _____

Pago de prima

De acuerdo a lo establecido en el art. N° 3, de la resolución SBS-225-2006, reglamento de pago de primas, la cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud y el pago de la prima. La forma de pago acordada se aplicará a las posteriores vigencias, salvo modificaciones por parte del contratante. La forma de pago es:

☐ Contado sin intereses sin intereses ☐ 30% de cuota inicial y saldo en cuotas (máximo 7) (1)

☒ Cuotas iguales (12 máximo) (1) Y (2) ☐ 4 cuotas sin intereses

(1) Según cuota mínima del producto. (2) El fraccionamiento en más de 10 cuotas aplica siempre y cuando el pago sea por débito automático.

☒ Autorización de débito automático (adjuntar autorización firmada)

Vigencia inicial _____ Fin _____

Nombre y código del corredor o asesor _____ Teléfono _____

E-mail _____

Dirección de cobranza (Completar solo si es diferente a la dirección del contratante)

País _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____

Dirección _____

Referencia _____

Declaración jurada del solicitante y dependientes

Declaro que mis dependientes y yo gozamos de buena salud y que las respuestas proporcionadas en la solicitud, así como en la declaración de salud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento que cualquier omisión, simulación o falsedad anula el programa de salud proporcionado por Pacífico Seguros y en consecuencia toda obligación de ésta, quedando la prima pagada en poder de Pacífico Seguros. Las declaraciones anteriores son verdaderas y en tal sentido como solicitante suscribo la presente declaración, la cual tendrá el carácter de declaración jurada.

De conformidad con el artículo 25 inciso a) de la Ley General de Salud N° 26842, el solicitante presta su consentimiento para que las clínicas o médicos tratantes proporcionen a la Compañía, cualquier información del acto médico, relacionado a su atención o a la de sus dependientes, tales como historia clínica, certificado e informes, dispensándolos de la Reserva de Información . Sin perjuicio de lo expuesto el solicitante reconoce que las clínicas o médicos tratantes están exceptuados de la reserva de información, por lo que éstos podrán brindar a la aseguradora o a la administradora del financiamiento toda la información relacionada con el acto médico del solicitante, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría.

Firma del Solicitante

Fecha 04 (DÍA) 11 (MES) 12 (AÑO)

Asimismo, el Código de Comercio en su artículo 376 establece textualmente lo siguiente: " Será nulo todo contrato de seguro: (1) Por la mala fe probada de alguna de las partes al tiempo de celebrarse el contrato; (2) Por la inexacta declaración del asegurado, aún hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos; (3) Por la omisión u ocultación por el asegurado, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato" .

La Compañía se obliga a entregar la póliza de seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de 15 días calendario de haber recibido la solicitud, si no media rechazo previo de ésta. En el supuesto que el Contratante y/o Asegurado no complete la información y/o no cumpla con las medidas que la Compañía requiera se considerará rechazada la solicitud al vencimiento del plazo de 15 días antes señalado. El Contratante y/o Asegurado podrá presentar una nueva solicitud.

ANEXO 3-B

pacifico

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: S/. 521,185,540.00
CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA
SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza No. 7664910

FECHA DE INGRES	: 05/09/2012 65 DIAS	**ENDOSO No. 4560291**
VIGENCIA	: DEL 02/07/2013 A LAS 12:00hs HASTA 05/09/2013 A LAS 12:00hs.	
CONTRATANTE	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	8326652
ASEGURADO	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	124261105
DIRECCION DE COBRANZA	: CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA	
DEPARTAMENTO	: LIMA	
PROVINCIA	: LIMA	
DISTRITO	: SAN BORJA	

SE DEJA CONSTANCIA POR EL PRESENTE ENDOSO QUE,
LA PRIMA A COBRAR DEL 02/07/2013 AL 31/07/2013 SE COBRARA EN NUEVA PÓLIZA 9797782.

**** SIN MOVIMIENTO ****

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza (a excepción de lo expresamente variado por el endoso) quedan en todo su vigor

Emitida en Miraflores, a los 27 días del mes de Agosto del 2013

JUAN MESA GERENTE DE DIVISION	LUCIANO BEDOYA GERENCIA OPERACIONES	FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

RNAVARRE **SIN INTERMEDIACION** LESASPOO 28/08/2013 08:22

000073

Señor(a).-
Oscar Ezequiel Segovia Trauco
Calle Ocho Nro 256 Dpto 6 Piso 3 Urb Monterrico Norte Intsec 6 Ref Alt Cdra 1 Boulevard
San Borja-Lima
Póliza N°: 7664910
Fecha de vigencia: 05/09/2012 - 05/09/2013
Agente: Sin Intermediacion

Estimado(a) Oscar Ezequiel Segovia Trauco:

Queremos felicitarlo por tener el SEGURO DE SALUD TOTAL y agradecemos su preferencia por Pacífico. Tener un seguro debe ser visto como una inversión para salvaguardar su bienestar y el de los suyos, así como un medio que le permita contar con un verdadero respaldo frente a situaciones inesperadas.

Asimismo, le recordamos que es importante también que lea detenidamente su póliza, ya que es en ella donde encontrará detalles sobre sus coberturas y/o exclusiones particulares.

Si tiene alguna duda o requiere información adicional acerca de su seguro, por favor comuníquese con nuestra Central de Información y Ventas al 01 513-5000 desde Lima y provincias.

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

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

Cordialmente,

Giuliana Gerloni
Gerente de Seguros de Salud

Cliente

pacífico

RUC Nro. 20100035392

AVISO DE COBRANZA N° 31818651

Póliza : 768-910 SEGURO DE SALUD TOTAL

Vigencia : 05/09/2012 - 05/09/2013

Cliente : SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL 8326652

R.U.C. N° : Télefono : 2717093

Dirección : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6

Localidad : SAN BORJA LIMA LIMA

Asegurado : SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL 124261105

Agente : INTERMEDIACION SIN 0304827

Vendedor :

Dirección : AV JUAN DE ARONA NRO 830

Localidad : SAN ISIDRO LIMA LIMA

Teléfono : R.N.P.

Conceptos	Importe
Prima	407.55
Derecho de Emisión	12.23
Intereses	0.00
I.G.V.	75.56
S/	495.34

FORMA DE PAGO

< Pago Al Contado Cuota >

RAMO	PRIMA	GASTOS	PRIMA TOTAL
ASISTENCIA MEDICA	407.55	87.79	495.34
	407.55	87.79	495.34

IROMERO

Emitido el 20 de Setiembre del 2012

Débito Automático en Banco de Crédito del Perú

Estimado Cliente :
La Superintendencia de Banca y Seguros con Resolución SBS Nro. 225-2006 de fecha 16/02/2006, dispone que la cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro y el pago de la prima.
El incumplimiento del pago establecido en el convenio de pago origina la suspensión inmediata de la cobertura.
La factura se emitirá al momento del pago correspondiente.

Emisor : LESANCHE

AVISCOBP

Cliente

pacifico

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: S/. 521,185,540.00
SUMARIO DE LA POLIZA
SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza No. 7664910

FECHA DE INGRESO	: 05/09/2012	
VIGENCIA	: 05/09/2012 AL 05/09/2013	365 DIAS A LAS 12 M
CONTRATANTE	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	8326652
ASEGURADO	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	124261105
DIRECCION DE COBRANZA	: CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC	
DEPARTAMENTO	: LIMA	
PROVINCIA	: LIMA	
DISTRITO	: SAN BORJA	
MONEDA	: NUEVOS SOLES	

BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA	**S/. 9,600,000** HASTA CUMPLIR LOS 75 AÑOS DE EDAD	**S/. 9,600,000** A PARTIR DE LOS 75 AÑOS DE EDAD

PRIMA	407.55	
DER. DE EMISION	12.23	
INTERESES	.00	
I.G.V	75.56	
TOTAL	495.34	NUEVOS SOLES

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

Emitida en Miraflores, a los 20 días del mes de Setiembre del 2012

TEOBALDO LLOSA GERENCIA DE RIESGOS	MIGUEL PEÑA GERENTE OPERACIONES	FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

R.N.P. AGENTE: SIN INTERMEDIACION COM: .00

REVISAR EL CONDICIONADO GENERAL, forma parte integral del contrato. LESASPOO 23/10/2012 16:05
IROMERO

COD.SBS.: AE0446420002

pacífico

Póliza MNAC - 7664910

Cliente : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 41161228
- **Fec. Nacimiento** : 11/09/1981
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF ALT CDRA 1 BOULEVARD SAN BORJA - LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación**: INGENIERO

Asegurado : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 41161228
- **Fec. Nacimiento** : 11/09/1981
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 SAN BORJA - LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación**:

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza N° 7664910

RELACION DE ASEGURADOS

N°	DEPENDIENTE	SEXO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	EDAD	FEC. INGRESO
1	TITULAR	MASCULINO	SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	11/09/1981	30	05/09/2012

CONDICIONES ESPECIALES

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

NO SE CUBREN LAS ENFERMEDADES PRE EXISTENTES

COBERTURA DE DIAGNÓSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL POR ENFERMEDAD Y POR PERSONA DE S/. 100,000.00

LA ELIMINACIÓN DEL DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL POR ENFERMEDAD Y POR PERSONA DE S/. 100,000.00 SE EFECTIVIZARÁ UNA VEZ QUE EL ASEGURADO COMUNIQUE FORMALMENTE A LA COMPAÑÍA SU DESAFILIACIÓN A LA EPS O SEGURO DE GRUPO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA.

LA ELIMINACIÓN DEL DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL POR ENFERMEDAD Y POR PERSONA IMPLICARÁ A SU VEZ LA ELIMINACIÓN DEL DESCUENTO APLICADO, PASÁNDOSE A APLICAR LA PRIMA REGULAR DEL PRODUCTO.

CLAUSULA DE EXCLUSION

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES MEDICOS AL INICIO DEL SEGURO, LA PRESENTE POLIZA NO CUBRE NINGUN TRATAMIENTO MEDICO RELACIONADO CON LAS SIGUIENTES DOLENCIAS, COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS

TITULAR	SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	HEMORROIDES
		RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA

COD SBS : AE0446420002

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza N° 7664910

.TABLA DE BENEFICIOS

BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA	**S/. 9,600,000** HASTA CUMPLIR LOS 75 AÑOS DE EDAD	**S/. 9,600,000** A PARTIR DE LOS 75 AÑOS DE EDAD

PLAN 037-028-MNAC-SEGURO DE SALUD TOTAL S/9,600,000 DED AN S/100,000

Deducible Adicional anual por enfermedad o accidente en el Perú **S/. 100,000**
Aplicables a las siguientes coberturas:

A) GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN		Gastos Cubiertos
ATENCION DIRECTA EN CLINICAS AFILIADAS		
RED DE CLINICAS AFILIADAS Los Copagos y Coaseguros aplican a cada hospitalización para los primeros S/. 30,000. Si los gastos hospitalarios cubiertos superan los S/. 30,000, éstos se asumidos por la compañía al 100%. En caso de Reembolso en Lima, se aplican las condiciones del Tarif Pacífico, Tarifa "A" + 200%.		
RED 1	sin deducible	95%
RED 2	sin deducible	90%
RED 3	sin deducible	90%
RED 4	1 día de habitac.	90%
RED 5	1 día de habitac.	85%
RED 6	1 día de habitac.	80%
RED 7	1 día de habitac.	75%
ATENCION PARTICULAR A REEMBOLSO		
REEMBOLSO EN LIMA	S/. 1,300.00	65%

B) GASTOS AMBULATORIOS	Deducible	Gastos Cubiertos al
MEDICO A DOMICILIO * Provincia (Arequipa, Cajamarca, Cusco, Chiclayo, Piura, Talara y Trujillo) El detalle de los límites geográficos de esta cobertura se encuentran indicados en el Anexo 1 de la póliza.		
EN LIMA - CARDIOLOGIA	S/. 80.00	100%
EN LIMA - DERMATOLOGIA	S/. 80.00	100%
EN LIMA - GASTROENTEROLOGIA	S/. 80.00	100%
EN LIMA - GERIATRIA	S/. 80.00	100%
EN LIMA - MEDICINA GENERAL	S/. 50.00	100%
EN LIMA - MEDICINA INTERNA	S/. 50.00	100%
EN LIMA - PEDIATRIA	S/. 50.00	100%
EN PROVINCIA - MEDICINA GENERAL	S/. 30.00	100%
CENTROSALUD PACIFICO (Sólo en Lima) Ubicado en la Clínica Tezza	S/. 30.00	100%
CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD (Sólo en Lima)		100%
ATENCION DIRECTA EN CLINICAS AFILIADAS En caso de Reembolso en Lima, se aplican las condiciones del Tarif Pacífico, Tarifa "A" + 200%. No aplica para medicamentos FASA.		
RED 1	S/. 30.00	90%

COD SBS - AE0446420002

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza N° 7664910

RED 2	S/.	35.00	90%
RED 3	S/.	40.00	85%
RED 4	S/.	60.00	75%
RED 5	S/.	70.00	70%
RED 6	S/.	80.00	60%
RED 7	S/.	90.00	60%
ATENCION PARTICULAR A REEMBOLSO			
REEMBOLSO EN LIMA	S/.	105.00	60%
Reembolso en Lima con medicamentos FASA	S/.	105.00	70%

C) COBERTURAS — **Gastos Cubiertos**

ENFERMEDADES ONCOLOGICAS — Al 100%
Al crédito: En Clínicas y Centros Oncológicos indicados en póliza.
Reembolso: Según condiciones amb/hosp de reembolso.

RECONSTRUCCION MAMARIA
En caso de mastectomía radical o total por cáncer al 100% por única vez (sólo en Lima).
A crédito en Clínicas y Centros de Reconstrucción Mamaria indicado en póliza.

PROTESIS DENTAL — Al 100%
Sólo al crédito. En casos de emergencias accidentales (golpes, caída asaltos, accidentes automovilísticos), en el Centro Odontológico Americano COA.

ODONTOLOGIA — Al 85%
Al crédito en Centros Odontológicos indicados en póliza.
Copago por pieza tratada y terminada S/. 30.
El detalle de la cobertura se encuentra indicado en el Anexo 1 de la póliza.

PROTESIS QUIRURGICAS — HASTA S/. 35,000.00
Límite máximo anual.
Excluye prótesis dentales (excepto en emergencia accidental) y próte externas.
Según condiciones ambulatorias y hospitalarias.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS DE RECIEN NACIDO EN PÓLIZA — HASTA S/. 80,000.00
Límite máximo anual
Sólo para los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza.
Según condiciones ambulatorias y hospitalarias.

ENFERMEDADES CONGENITAS NO DIAGNOSTICADAS — HASTA S/. 80,000.00
Por duración de la póliza.
Según condiciones ambulatorias y hospitalarias.

ENFERMEDADES EPIDEMICAS — HASTA S/. 60,000.00
Límite máximo anual.
Según condiciones ambulatorias y hospitalarias.

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH — HASTA S/. 50,000.00
Límite máximo anual.
Periodo de espera de 36 meses.
Según condiciones ambulatorias y hospitalarias.

MEDICION DE VISTA (Una vez al año) — Al 100%
Sólo a crédito.
En Lima: En Redes Oftamológicas 1 y 2.

COD.SBS: AE0446420002

En provincias: En Clínicas y Centros Oftalmológicos.			
OFTALMOLOGIA Red Oftalmológica 1: S/. 30 al 90% Red Oftalmológica 2: S/. 35 al 90% En Clínicas y Centros Médicos afiliados de Red 1 a Red 7, según condiciones ambulatorias.			
EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA EN EL PERU			Al 100%
SEPELIO EN EL PERÚ Solo al crédito en funerarias indicadas en Póliza. El detalle se encuentra indicado en el Anexo 1 de la póliza.			Al 100%
SERVICIO DE EMERGENCIA A DOMICILIO El detalle de los límites geográficos de esta cobertura se encuentran indicados en el Anexo 1 de la póliza.			Al 100%
ASISTENCIA AL VIAJERO EN EL EXTRANJERO Según condiciones detalladas en el anexo adjunto: "Condiciones del Beneficio de Asistencia Médica y del Viajero en el Extranjero".			
EVACUACION EN AMBULANCIA El detalle de los límites geográficos de esta cobertura se encuentran indicados en el Anexo 1 de la póliza.			Al 100%
TRANSPORTE POR EVACUACION EN EL PERU EN CASOS DE EMERGENCIA ACCIDENTAL O EMERGENCIA MEDICO QUIRURGICA Por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de siete asientos (vuelo nacional). Previa coordinación y aprobación de Pacifico.			Al 100%
TRANSPORTE POR EVACUACION EN EL PERÚ EN CASO DE HOSPITALIZACION Por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos (vuelo nacional). Sólo para casos de hospitalización donde no haya capacidad profesional y/o equipamiento médico en el lugar de la atención. Previa coordinación y aprobación de Pacifico. Hasta S/.1,500.			Al 100%
SEGUNDA OPINION MEDICA NACIONAL Para cirugías programadas. Al crédito, previa coordinación con Pacif Sólo consulta.			Al 100%
SEGUNDA OPINION MEDICA INTERNACIONAL Para cirugías programadas. Al crédito, previa coordinación con Pacif Sólo envío de expedientes al extranjero y exámenes auxiliares en el Perú.	100%		
CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS JUVENIL El detalle de la cobertura se encuentra indicado en el Anexo 1 de la póliza.			Al 100%
CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS EN EL PERÚ El detalle de la cobertura se encuentra indicado en el Anexo 1 de la póliza.		HASTA S/.	9,600,000.00
TRASPLANTE DE ORGANOS (período de espera 24 meses) Límite máximo anual. Máximo de por vida S/. 9'600,000.00 Según condiciones ambulatorias y hospitalarias. Solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA.		HASTA S/.	1,600,000.00

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza N° 7664910

LIBERACION DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAI
Por un año a partir del fallecimiento
Período de carencia 60 días

OSTEOPOROSIS

Sólo al crédito. Se cubre el tratamiento solo con diagnostico de ostoporosis post menopausia por desintometría ósea. Máximo una desintometria anual. No se cubre para prevenir osteoporosis ni en casos de ostopenia. — Al 100%

VACUNA PAPILOMA HUMANO

Al crédito en la red de clínicas afiliadas indicadas en la póliza. A reembolso hasta S/. 600, se hará efectivo una vez culminadas las (3) dosis. Esta vacuna es para mujeres de 10 a 17 años de edad. El detalle del procedimiento se encuentra indicado en el Anexo 1 de póliza. — Al 100%

COD.SBS: AE0446420002

IMPORTANTE

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

"Incluye cláusula de: Defensa del Asegurado"

"De acuerdo a lo indicado en el artículo 18° de las condiciones generales, la Póliza estará sujeta a las primas y a las nuevas condiciones generales o particulares que pudieran establecerse en el contrato a la fecha de cada vigencia. La edad alcanzada en cada vigencia determinará el rango para el cálculo de la prima".

pacífico

RESUMEN

SEGURO DE SALUD TOTAL

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

Exclusiones
Los gastos no cubiertos y las exclusiones se detallan en el Artículo 8° (Gastos no cubiertos y exclusiones) de las Condiciones Generales de la Póliza y en las respectivas Cláusulas Adicionales, de ser el caso.
Si el siniestro se originase como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

Causales de terminación de la cobertura (causales de resolución y/o de nulidad del contrato).
Se encuentran señaladas en los artículos 22° (Resolución automática del contrato), 25° (Declaración Falsa y/o Reticente) de las Condiciones Generales de la Póliza.

Procedimiento y plazo para presentar la solicitud de cobertura
Se encuentra establecido en el Artículo 10° (Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú) de las Condiciones Generales de la Póliza.

Mecanismos de solución de controversias
Se encuentra previsto en el Artículo 30° de las Condiciones Generales de la Póliza.

Procedimiento para presentar Reclamos por insatisfacción de los Asegurados
En caso de consultas y/o reclamos el ASEGURADO puede contactarse con la COMPAÑÍA a través de su central de información y ventas llamando a los teléfonos indicados en la parte posterior del carnet del Asegurado o ingresando a la Página Web: www.pacificoseguros.com, así mismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico en la avenida Juan de Arona Nro. 830 San Isidro, Lima.

Defensoría del Asegurado
En caso que el cliente no esté de acuerdo con la forma en que la COMPAÑÍA resolvió su controversia puede acudir a la Defensoría del Asegurado, siempre que dicha controversia se encuentre dentro de los alcances de su competencia según lo establecido en el Reglamento de la Defensoría. ((i) Web: www.defaseg.com.pe. (ii)Telefax: 01 446-9158. (iii) Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.)

ANEXO 1
CONDICIONES PARTICULARES
TABLA DE BENEFICIOS

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA	US$. 3'000,000

COBERTURAS

GASTOS AMBULATORIOS	Copago	Exceso cubierto al
MÉDICO A DOMICILIO Consultas médicas en la comodidad de su hogar, para atenciones de *Medicina General, Medicina Interna y Pediatría.*	S/. 50	100%
Cardiología, Geriatría, Dermatología, Gastroenterología.	S/. 80	100%
Lima: Por el norte: Hasta Comas, Independencia. Por el sur: Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador. Por el este: Hasta Chaclacayo y Lurigancho – Chosica (hasta Puente Los Ángeles). Por el oeste: Hasta La Punta – Callao.		
En Provincias: Servicio en la zona urbana de las ciudades de Arequipa, Cajamarca, Cusco, Chiclayo, Piura, Talara y Trujillo, con atenciones de *Medicina General.* Para acceder a este servicio debe llamar a Pacífico Asiste (01) 415-1515 a nivel nacional.	S/. 30	100%

COBERTURAS ESPECIALES	Copago	Exceso cubierto al
ODONTOLOGÍA Atenciones y consultas relativas al cuidado de la salud bucal. • CONSULTAS: Examen clínico y odontograma • PREVENCIÓN: Consulta preventiva odontológica, profilaxis, destartraje simple, aplicación de Flúor hasta los 12 años. • CIRUGÍA BUCAL: Exodoncia simple. • RESTAURACIONES DIRECTAS: Obturación con amalgama simple, compuesta, compleja; obturación anterior con resina simple, compuesta y compleja; obturación posterior con resina		

simple, compuesta y compleja. • RAYOS X: Bite wig, periapical, oclusal. • ENDODONCIAS: Endodoncias de incisivos y caninos, premolares y molares, pulpotomía, pulpectomía. Solo al crédito, en centros odontológicos afiliados. Deducible por pieza tratada y terminada. **Prótesis Dental:** En casos de emergencias accidentales (golpes, caídas, asaltos, accidentes automovilísticos). Sólo en el Centro Odontológico Americano (COA).	S/. 30 S/. 0	85% 100%

ATENCIÓN DE EMERGENCIA A DOMICILIO Y/O EVACUACIÓN EN AMBULANCIA En cualquier emergencia en la casa, en el trabajo o donde se encuentre, será auxiliado a través de la orientación de un médico y el envío de una ambulancia. **Límites:** <u>En Lima:</u> • Por el norte: Hasta Comas, Independencia. • Por el sur: Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador. • Por el este: Hasta Chaclacayo y Lurigancho – Chosica (hasta Puente Los Ángeles). • Por el oeste: Hasta La Punta – Callao. <u>En Trujillo</u>: • Por el norte: Desde el km 573 de la Panamericana hasta el desvío a la Vía de Evitamiento en El Milagro. • Por el sur: Desde el km 553 de la Panamericana hasta el desvío a Salaverry. • Por el este: Hasta Laredo. • Por el oeste: desde Salaverry hasta Huanchaco. <u>En Arequipa</u>: • Por el norte: Hasta la zona cono norte. • Por el sur: Hasta la zona Socabaya – Lara. • Por el este: Hasta el distrito de Paucarpata – Urb. Miguel Grau. • Por el oeste: Hasta distrito de Sachaca. Para acceder a este servicio debe llamar desde Lima y provincias a Pacífico Asiste (01) 415-1515.	S/. 0	100%

SEGURO DE SALUD TOTAL

VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO Pasos a considerar: • Comunicarse telefónicamente con el Call de Pacífico al (01) 415-1515 para agendar la cita correspondiente para recibir la vacuna. • El asegurado deberá llevar consigo la orden médica cada vez que se va a aplicar la vacuna • En caso el asegurado desee pasar por reembolso la atención de la vacuna, éste deberá presentar la factura acompañada de las tres (3) impresiones que se obtienen del sistema (a los 0, 2 y 6 meses respectivamente)	S/.0	100%
CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS JUVENIL Incluye: • Evaluación por Medicina interna de 14 a 17 años 11 meses 29 días • Evaluación por nutrición • Orientación psicológica además de Orientación vocacional (de 14 a 17 años 11 meses 29 días) • Evaluación oftalmológica : Examen externo del ojo, descarte de estrabismo y medición de agudeza visual, incluye refracción. • Evaluación odontológica: Odontograma, evaluación periodontal (examen de encias), profilaxis (limpieza dental, destartraje simple e instrucción de higiene oral) • Hemograma completo • Rx. Tórax (AP) • Ex Parasitológico (simple)	S/.0	100%

COD. SBS: AE0446420002

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS Una vez, durante la vigencia de tu póliza y de manera gratuita, tú y tus dependientes inscritos tienen derecho a una evaluación médica preventiva y a un control de riesgos según edad y sexo. Para acceder a este beneficio debe cumplir con un periodo de carencia de 30 días. Incluye:	S/. 0	100%

Exámenes	Qué detecta	Mujeres		Hombres	
		18 a 39 años	40 a más años	18 a 39 años	40 a más años
Evaluación clínica	Consiste en una entrevista que realiza el médico para conocer los antecedentes del paciente y luego proceder a un examen físico.	X	X	X	X
Evaluación odontológica	Con esta evaluación se puede prevenir y/o detectar a tiempo las enfermedades bucodentales. Esta evaluación incluye: Odontograma, evaluación periodontal (examen de encías) y una profilaxis, que consiste en una limpieza dental, destartraje simple e instrucción de una adecuada higiene oral.	X	X	X	X
Evaluación oftalmológica	Se realiza la medición de la agudeza visual, que incluye refracción para determinar si es necesario el uso de anteojos. Además, se procede con un examen externo del ojo y descarte de estrabismo.	X	X	X	X
Medición de presión intraocular	Permitirá detectar y/o prevenir a tiempo el glaucoma. Esta es una alteración de la presión intraocular que puede generar una disminución o pérdida del campo visual.		X		X
Hemograma	Es un recuento sanguíneo que informa sobre 3 tipos de células presentes en la sangre: glóbulos blancos (a través de los cuales se pueden detectar posibles infecciones), glóbulos rojos (un déficit de estas células podría indicarnos la presencia de anemia) y plaquetas (una disminución de éstas nos pone en riesgo a sufrir de hemorragias).	X	X	X	X
Glicemia	Ésta es una medición del valor de nivel de azúcar en sangre, la cual proviene de los alimentos ingeridos.		X		X

COD. SBS: AE0446420002

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

Colesterol total	Es el gran indicador de la calidad de dieta de la persona. El colesterol alto indica que se tiene una dieta rica en grasas y alerta sobre un riesgo para los vasos sanguíneos y el corazón.		X		X
Evaluación ginecológica	Consiste en una entrevista por parte del médico ginecólogo, una exploración física ginecológica y de las mamas.	X	X		
Papanicolau	Este examen permite evaluar el crecimiento celular anormal en el cérvix, así como prevenir o detectar el cáncer de cuello uterino.	X	X		
Mamografía	Esta exploración diagnóstica, permite visualizar la estructura interna de la glándula mamaria y detectar la presencia de nódulos sospechosos.		X		
Antígeno Prostático	Este examen tiene como objetivo la prevención del cáncer de próstata.				X
Examen completo de orina	Por medio de la evaluación física y microscópica de la orina se puede detectar la presencia de infecciones, afecciones renales, signos de diabetes, entre otras.	X	X	X	X
Creatinina	El aumento de esta sustancia nos indica que hay una alteración en la función renal, ya que es a través de los riñones que se elimina. Esto podría indicarnos la presencia de una insuficiencia renal.	X	X	X	X
Electro cardiograma	Este procedimiento brinda una representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón, la cual sirve para descartar enfermedades del mismo, como arritmias u obstrucción de las arterias coronarias.		X		X
Transaminasa glutámico pirúvica	Por medio de este examen se puede prevenir y descartar enfermedades hepáticas como hepatitis, cirrosis.	X	X	X	X
Thevenon	Este análisis permite identificar la presencia de sangre que podría indicar afecciones en el aparato digestivo.		X		X
Triglicéridos	El aumento de triglicéridos en sangre conlleva a un riesgo de infarto, en conjunto con el colesterol.		X		X
Prueba de esfuerzo	Es una herramienta de detección para evaluar el efecto del ejercicio sobre el corazón. Este examen brinda una visión general de la salud del corazón.		X		X

COD. SBS: AE0446420002

SEGURO DE SALUD TOTAL

CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS

Los siguientes chequeos médicos, con tarifas preferenciales, complementarán su evaluación de riesgos. Incluye:

LIMA				
Exámenes	Suiza Lab	Vesalio	Control Vital	Omnia Médica
Triglicéridos Radiografía de tórax Prueba de esfuerzo Fosfatasa alcalina Endoscopia gástrica Ecodoppler carotídeo Colonoscopía	Precio Pacífico: S/. 1,167.00 Precio Normal: S/. 1,441.00 Descuento: 19%	Precio Pacífico: S/. 2,122.82 Precio Normal: S/. 2,979.20 Descuento: 29%	Precio Pacífico: S/. 1,736.26 Precio Normal: S/. 1,865.00 Descuento: 7%	Precio Pacífico: S/. 1,909.01 Precio Normal: S/. 2,198.00 Descuento: 13%

PROVINCIAS			
Exámenes	Arequipa		Tacna
	Suiza Lab	Vesalio	Control Vital
Triglicéridos Radiografía de tórax Prueba de esfuerzo Fosfatasa alcalina Endoscopia gástrica Ecodoppler carotídeo Colonoscopía	Precio Pacífico: S/.1,195.47 Precio Normal: S/. 1,403.00 Descuento: 15%	Precio Pacífico: S/. 830.00 Precio Normal: S/. 1,100.00 Descuento: 25%	Precio Pacífico: S/. 538.52 Precio Normal: S/. 644.00 Descuento: 16%

PROVINCIAS			
Exámenes	Piura	Trujillo	Cusco
	Cl. Belén	Cl. Sánchez Ferrer	CM Pardo
Triglicéridos Radiografía de tórax Prueba de esfuerzo Fosfatasa alcalina Endoscopia gástrica Ecodoppler carotídeo Colonoscopía	Precio Pacífico: S/. 1,075.90 Precio Normal: S/. 1,288.00 Descuento: 16%	Precio Pacífico: S/. 861.27 Precio Normal: S/. 1,277.88 Descuento: 33%	Precio Pacífico: S/. 561.00 Precio Normal: S/. 740.00 Descuento: 24%

pacifico

SEGURO DE SALUD TOTAL

SEPELIO Solo al crédito. Paquete VIP.	S/. 0	100%
PAQUETE VIP	**CORPORACION FUNERARIA S.A (FUNERARIA MERINO)**	**OTRAS FUNERARIAS**
SEPULTURA		
En Camposanto de Huachipa	X	
Incluye : Monto por el fondo de conservación y mantenimiento perpetuo.	X	
En los cementerios a elección de la familia: Campo Fe, Parque del Recuerdo, Jardines de la Paz, Jardines del Buen Retiro, entre otras.	X	X
No incluye: Cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento.	X	X
SERVICIO FUNERARIO		
Asistencia de director funerario	X	X
Ataúd	Modelo Natural con adornos de bronce	Modelo Natural Roma o Duco Amadeus, adornos propios, acolchado en poliseda
Capilla ardiente	Candelabros de madera, bronce o niquelado con cirios o luces, tarjetero, estampas de oración, reclinatorio, manto, alfombra, cristo resucitado, urna para agua bendita, soportes de ataúd y porta cartel para salón velatorio.	Candelabros de bronce, iluminados o con velas naturales, tarjetero, manto especial, alfombra, cristo resucitado posterior, soportes de ataúd
Preparación tanatológica del fallecido	X	X
Salón velatorio	X	X
Tramitación, traslado e instalación del servicio	X	X
Trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal	X	X
Carroza de lujo	X	X
Carro para ofrendas florales	X	X

COD. SBS: AE0446420002

SEGURO DE SALUD TOTAL

SERVICIOS ADICIONALES		
Cargadores (seis cargadores uniformados con smoking negro)	X	X
Obituario (2 x 1) Diario "El Comercio" de Lunes a Sábado	X	X
Vehículo de acompañamiento (24 pasajeros)	X	X
Arreglo floral (lágrima)	X	X
Coordinaciones para el Certificado de Defunción, retiro del fallecido, contratación de salón velatorio y cementerio.	X	
CREMACIÓN		
Cinerario en Camposanto de Huachipa.	X	
Incluye : Monto por el fondo de conservación y mantenimiento perpetuo.	X	
Urna para cenizas	De bronce, madera y/o mármol de Carrera	De bronce, mármol travertino o madera con adornos de bronce
Horno crematorio	Hasta US$ 530.00	
Derecho de salubridad	X	X
Necropsia de ley	X	X

MATERNIDAD (período de espera de 18 meses)	Copago	Exceso cubierto al
CONTROLES PRE/POST NATALES En Red Pre y Post-Natal sólo al crédito. Incluye vitaminas. Incluye: **A) Consulta** ▪ 1 consulta mensual en los 7 primeros meses (1 a 32 semanas de gestación) ▪ 1 consulta quincenal durante el 8vo mes (33 a 36 semanas de gestación) ▪ 1 consulta semanal durante el 9no mes (37 semanas hasta el parto) **B) Esquemas profilácticos aceptados*:** ▪ **Ácido Fólico:** En tabletas, solamente durante el primer trimestre. ▪ **Polivitamínicos**: A partir del segundo trimestre. En tabletas, cápsulas o comprimidos para administración vía oral.	S/. 105	100%

COD. SBS: AE0446420002

Las prescripciones de presentaciones en polvo deben tener sustento registrado en la historia clínica y son sujetas a auditoria médica. *Suplementos vitamínicos, minerales y oligoelementos profilácticos, como tratamiento preventivo de condiciones no mórbidas. **C) Esquemas terapéuticos aceptados:** ▫ **Hierro (en caso de anemia):** En tabletas, comprimidos o jarabes para administración vía oral, o ampollas parenterales. Las prescripciones de presentación en ampollas bebibles deben tener sustento registrado en la historia clínica y son sujetas a auditoria médica. Puede recetarse solo o combinado con Ácido Fólico. ▫ **Calcio más Vitamina D:** En tabletas o comprimidos. ▫ **No se cubren** polivitamínicos cuando se requieran dosis terapéuticas de hierro más calcio. En otras Clínicas y Centros Médicos afiliados de Red 1 a Red 7: Sólo consulta, no incluye vitaminas.	Como Amb.	Como Amb.

PERFIL PRENATAL				
Examen	1ra. consulta	19 a 22 semanas	27 a 29 semanas	32 a 35 semanas
Hemograma completo (Incluye como mínimo Numeración y fórmula leucocitaria, Hemoglobina, Hematocrito, Recuento de plaquetas)	X			X
Grupo sanguíneo y Factor Rh	X			
Glicemia basal	X		X	
Creatinina	X			
VDRL ó RPR	X			X
ELISA VIH1-VIH2	X			X
Papanicolaou[1]	X			
Ecografía Bidimensional (tres ecografías) [2]	X			
Examen odontológico[3]	X			
Inmunización Antitetánica	Tres dosis hasta los 45 días post parto.			
Examen de orina[4]	X	Solo como intercurrencia		
Urocultivo	Solo como intercurrencia			
HBAgS (Antígeno Australiano)	Según criterio médico			
Coombs indirecto[5]	Según criterio médico			
Isoinmunización Factor RH (-)	Según criterio médico			

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

[1] Sólo para gestantes que no se hayan realizado un PAP en el último año.
[2] Fecha de 2da y 3ra ecografía de acuerdo a criterio médico.
[3] En prestadores de la Red Odontológica preventiva, según su plan de salud.
[4] Examen de orina adicional solo en caso de intercurrencia.
[5] Sólo para gestantes con riesgo de incompatibilidad sanguínea.

PROGRAMA MADRE - NIÑO **EN PRENATAL** Psicoprofilaxis (7 sesiones), yoga prenatal (8 sesiones), pilates postparto (8 sesiones), taller postparto (3 sesiones), consultoría de lactancia materna (1 sesión). Ubicado en Félix Olcay N° 169, Miraflores. Telf: 241-5771 / 445-0515.	Copago único S/. 500
EN ESCUELA PARA EMBARAZADAS Taller de preparación para el parto (7 sesiones), yoga prenatal (8 sesiones), natación (4 sesiones), taller postparto (3 sesiones), consultoría de lactancia materna (1 sesión). Ubicado en Av. Arequipa N° 2080 of 308. Telef. 265-7335	Copago único: S/.400.00
EN PROVINCIAS Sólo psicoprofilaxis (7 sesiones) en Cl. Los Fresnos (Cajamarca), Cl. Limatambo Cajamarca (Cajamarca), Cl. Peruano Americana (Trujillo), Cl. Hogar Clínica San Juan de Dios (Arequipa), CM. Pediátrico Carita Feliz (Piura), Cl. San Miguel (Piura).	Copago por sesión S/. 25
EN METABOLIC Screening Neonatal. Ubicado en Psje. Monte Azul N° 120 of. 203 – 204, C.C. Chacarilla, Surco. Telf: 372-1645 / 372-5344.	Copago único S/. 600

COD. SBS.: AE0446420002

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

PERIODO DE CARENCIA

- 30 días calendario a partir de la fecha de ingreso del asegurado a la póliza para atenciones en el Perú.
- 60 días calendario a partir de la fecha de ingreso del asegurado a la póliza para atenciones en el extranjero.
- 90 días calendario a partir de la fecha de ingreso del asegurado a la póliza para los casos oncológicos (Cáncer).

PERIODO DE ESPERA

1. En relación con las siguientes enfermedades y sus consecuencias el período de espera es de 10 meses:

   - Enfermedades del útero y/o anexos.
   - Quistes y prolapsos génito urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
   - Enfermedades de la mama (con excepción de cáncer de mama luego de terminado el período de carencia).
   - Hernias de cualquier clase, incluida la hernia de núcleo pulposo de la columna vertebral.
   - Hemorroides.
   - Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar.
   - Cirrosis hepática.
   - Litiasis del sistema urinario.
   - Adenoma de próstata.
   - Catarata, glaucoma.
   - Enfermedades tiroideas.
   - ENFERMEDAD cerebrovascular (con excepción del accidente cerebro vascular).
   - ENFERMEDAD cardiovascular (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable), incluida la dislipidemia.
   - Hipertensión arterial.
   - Asma.
   - Diabetes Mellitus.
   - Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
   - Procedimiento de Artroscopía.
   - Procedimiento de Litotricia.
   - Hiperhidrosis.
   - Polisomnografía.

2. Programa de maternidad: 18 meses
3. Trasplante de órganos: 24 meses
4. Enfermedades relacionadas con el virus VIH: 36 meses

COD. SBS: AE0446420002

SEGURO DE SALUD TOTAL

EDAD DE INGRESO

La edad límite de ingreso a la cobertura de la póliza para el asegurado titular y su cónyuge o conviviente es hasta los 65 años de edad inclusive, previa evaluación de asegurabilidad a partir de los 61 años de edad.
Hijos hasta 23 años inclusive, y la permanencia límite es hasta el término de la vigencia anual de la póliza en que cumpla los 26 años.

FORMAS DE PAGO

Las primas son por persona e incluyen IGV y derecho de emisión, éstas están sujetas a variación en el tiempo y podrán incrementarse dependiendo de la evaluación del estado de salud, declaración jurada y antecedentes médicos.
Consulta los planes de financiamiento para pagos fraccionados :

- Con débito automático :
  - 5 cuotas sin interés
  - 12 cuotas (aplican intereses con una TEA de 12%)
- Con cupones:
  - 4 cuotas sin interés
  - 10 cuotas (aplican intereses con una TEA de 17.5%)

pacifico

ANEXO 2 - CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS

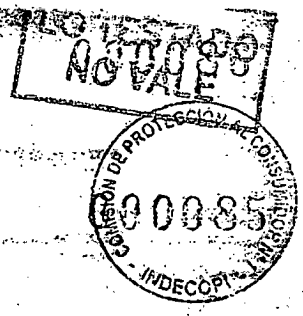
CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN LIMA

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

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Red 1			
Cl. El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miro Quesada N° 1030	319-1500
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
Cl. Good Hope	Miraflores	Av. Malecón Balta N° 956	610-7300
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Cl. Limatambo - San Juan de Lurigancho	San Juan de Lurigancho	Av. Proceres de la Independencia N° 2701	415-1600
Cl .San Juan Bautista	San Juan de Lurigancho	Av. Proceres de la Independencia N° 1764	610-4545
Cl. Santa María del Sur	San Juan de Miraflores	Av. Belisario Suárez N° 998 Zona C	466-1928
C.M.. San Judas Tadeo	San Miguel	Calle Manuel Raygada N° 170	219-1100
Red 2			
C.M.. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Cl. Centenario Peruano Japonesa	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 675	218-1017
Cl. San Gabriel	San Miguel	Av. La Marina N° 2965	614-2222
Cl. San Jose Reaño	Callao	Av. Las Gaviotas N° 207	451-3454
Cl. Montefiori	La Molina	Av. Separadora Industrial N° 380	437-5151
C.M.. Medex	San Isidro	Av. República de Panamá N° 3065 1° y 2° piso	442-6284
Cl. Ricardo Palma Plaza Lima Sur	Chorrillos	Prolongación Paseo de la República s/n, Urb. Matellini	617-8200
Cl. Ricardo Palma Norte	Comas	Av. Túpac Amaru N° 391	525-6969
Cl. Cayetano Heredia	San Martín de Porres	Av. Honorio Delgado N° 370	482-3088
Cl. San Vicente	San Martín de Porres	Av. Perú N° 3220	568-2535
Cl. Materno Infantil Virgen del Rosario	Magdalena	Jr. Castilla N° 976	263-0776
Policlínico Organización de Salud Intercontinental (OSI)	Miraflores	Calle Gónzales Prada N° 385	446-3693
Policlínico Organización de Salud Intercontinental (OSI)	Surco	Av. Del Pinar N° 198	241-8188
Cl. Providencia	San Miguel	Calle Carlos Gonzales 250-260	660-6000

COD. SBS : AE0446420002

pacífico



Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Red 3			
Cl. Jesús del Norte	Los Olivos	Av. Carlos Yzaguirre N° 149 -153	613-4444
Cl. Tezza	Surco	Av. El Polo N° 570	610-5050
Cl. Maison de Sante - Chorrillos	Chorrillos	Av. Chorrilos N° 171	619-6000
Cl. Maison de Sante - Lima	Lima	Jr. Miguel Aljovín N° 208	428-8345
Cl. Especialidade Médicas	San Borja	Jr. Eduardo Ordoñez N° 468	225-5477
Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337	702-4300
Red 4			
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Cl. Internacional - Lima	Lima	Jr. Washington N° 1471	619-6161
Cl. Internacional - San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 385	619-6161
Cl. Internacional Medicentro San Borja	San.Borja	Av. Morelli Cdra. 2	619-6161 anexo 3151
Cl. Internacional Medicentro San Isidro	San Isidro	Av. Paseo de la República N° 3058	619-6161 anexo 4151
Cl. Internacional Medicentro El Polo	Surco	Av. La Encalada N° 960	619-6161 anexo 5851
C.M.. Especializado Avendaño	Miraflores	Cl. Leónidas Avendaño N° 116	241-3006
Cl. Novcardio	San Isidro	Av. Salaverry N° 2665	628-8132
Red 5			
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. Santa Isabel	San Borja	Av. Guardia Civil N° 135	475-7777
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789,	610-3333
Oncocare (sólo ginicología)	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 1044	224-4088
Red 6			
Cl. British American Hospital	San Isidro	Calle Alfredo Salazar cdra. 3	616-8900
C.M. British American Hospital	La Molina	Av. La Fontana N° 362	437-7782
Red 7			
Cl. San Felipe	Jesús María	Av. Gregorio Escobedo N° 650	219-0000
CM San Felipe	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4833	219-0000
Cl. Montesur	Surco	Av. El Polo N° 505	317-4000
Cl. Concebir (Servicios y Promociones de Salud - SERPROSA)	San Isidro	Calle Los Olivos N° 364	221-4214
Red Pre y Post - Natal			
Cl. Montesur	Surco	Av. El Polo N° 505	317-4000
Cl. Santa Isabel	San Borja	Av. Guardia Civil N° 135	475-7777
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789	610-3333

COD SBS AE0446420002

pacifico

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Clínicas y Centros Oncológicos			
Centro de Radioterapia de Lima	San Borja	Calle 22 No. 202	224-9310
Instituto Oncológico Miraflores	Miraflores	Jr. Independencia N° 1055	222-2208
Instituto Oncológico de Lima	San Borja	Calle 22 N° 202	225-7085
Neomedic	San Isidro	Av. José Galvez Barranechea N° 387	475-0085
Oncocare	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 1044	224-4088
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)	Surquillo	Av. Angamos Este N° 2520	201-6500
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
Cl. Good Hope	Miraflroes	Av. Malecón Balta N° 956	610-7300
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Cl. El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miro Quesada N° 1030	319-1500
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789	610-3333
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
C.M.. San Judas Tadeo	San Miguel	Calle Manuel Raygada N° 170	219-1100
Cl. Centenario Peruano Japonesa	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 675	218-1017
Cl. San Gabriel	San Miguel	Av. La Marina N° 2965	614-2222
Cl. Montefiori	La Molina	Av. Separadora Industrial N° 380	437-5151
C.M.. Medex	San Isidro	Av. República de Panamá N° 3065 - 1° y 2° piso	442-6284
Cl. Ricardo Palma Plaza Lima Sur	Chorrillos	Prolongación Paseo de la República s/n	617-8200
Cl. Cayetano Heredia	San Martín de Porres	Av. Honorio Delgado N° 370	482-3088
Cl. Materno Infantil Virgen del Rosario	Magdalena	Jr. Castilla N° 976	263-0776
Cl. Jesús del Norte	Los Olivos	Av. Carlos Yzaguirre N° 149 -153	613-4444
Cl. Tezza	Surco	Av. El Polo N° 570	610-5050
Cl. Maison de Sante - Chorrillos	Chorrillos	Av. Chorrilos N° 171	619-6000
Cl. Maison de Sante - Lima	Lima	Jr. Miguel Aljovín N° 208	428-8345
Cl. Especialidade Médicas	San Borja	Jr. Eduardo Ordoñez N° 468	225-5477
Cl. Internacional - Lima	Lima	Jr. Washington N° 1471	619-6161
Cl. Internacional - San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 385	619-6161
Cl. British American Hospital	San Isidro	Calle Alfredo Salazar cdra. 3	616-8900
Cl. San Felipe	Jesús María	Av. Gregorio Escobedo N° 650	219-0000

COD. SBS: AE0446420002

Nombre de la Clínica / Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Clínicas y Centros de Reconstrucción Mamaria			
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Centros Odontológicos			
C.M.. Odontológico Americano (COA)	Callao	Av. Guardia Chalaca N° 1362	453-3276
	La Molina	Calle Santa Sofía N° 109	434-2600
	Lima	Jr. Camaná N° 780 - Oficina 508	427-0158
	Los Olivos	Av. Antunes de Mayolo N° 1387	523-2190
	Miraflores	Av. Rooselvet (Ex Republica de Panamá) N° 5806	447-5190
	San Borja	Av. Joaquin Madrid N° 235 - 1er Piso	225-0809
	San Isidro	Av. Juan de Arona N° 425	421-6323
	San Isidro	Calle Manuel A. Fuentes N° 260	421-6323
	San Juan de Miraflores	Av. Guillermo Bilinghurst N° 619 Mz G Lt 33	466-1128
	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac N° 717 , 1er Piso	451-5553
	SJ. de Lurigancho	Calle Las Chulpas N° 296 Oficina 201-202	458-6472
	Surco	Calle Monserrate Este N° 208	275-4687
	La Victoria	Jr. Juan Voto Bernales N° 399	471-3998
	Pueblo Libre	Av. Juan Pablo Fernandini 1573	421-6323
	Surquillo	Calle Las Tiendas N° 331 Dpto. 101	440-1021
Centro Dental San José	San Borja	Av. Géminis N° E-27	225-9510
	San Isidro	Av. Las Camelias N° 741 -B 3er piso	422-8306
	Los Olivos	Av. Antunez de Mayolo N° 1008, Dpto 301	522-1511
	Callao	Av. Colonial N° 5016, Dpto 402 Torre F	452-5396
	San Miguel	Calle A N° 134	452-2498
CERDENT	San Isidro	Calle Lord Cochrane N° 240	421-6631
	Miraflores	Jr. Coronel Inclan N° 540 - 2do. Piso	445-7909
	San Borja	Av. San Borja Norte N° 563 Oficina 402	226-2188
	San Miguel	Jr. Chachani N° 145 - Cons. 3	452-4281
	Chorrillos	Av. Defensores del Morro(ex Huaylas) N° 917, Of 202	252-3383
	Los Olivos	Av. Carlos A. Izaguirre N° 1122	485-1051
	San Miguel	Av. La Marina N° 2270 - INT. 301 3er. Piso	452-2339
	Jesus María	Av. Brasil N° 1435	424-4685

pacífico

Nombre de la Clínica / Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Centros Odontológicos			
Cl. San Pablo - Central	Surco	AV. Manuel Olguín N° 901	436-7350
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
	San Borja	Av. Angamos Este N°F-68 2do Piso	226-3366
ODONTOCENTER	Miraflores	Av. Aramburu N°118, Oficina 6	422-3619
	San Miguel	Av.La Mar N° 2350	452-7078
C.M.. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Cl. Dental Las Palmeras	San Isidro	Av. Javier Prado Oeste N° 1465, 2do piso	222-7769
Clínicas y Centros Oftalmológicos - Red Oftalmológica 1			
Oftalmic Service	San Borja	Av. Géminis H-17 Urb. Papa Juan XXIII	225-0469
Opeluce (Organización Peruana de Lucha contra la Ceguera)	Lince	Av. Arequipa N° 1885	472-8829
Norvisión	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 850	333-1920
Visual Center	San Miguel	Av. Elmer Faucett N° 132	4521372
Optima Visión	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 884	447-9956
Oculaser	Lima	Av. Arenales N° 1181 Santa Beatriz	265-4833
Instituto Oftalmológico Especializado Dr. Wong Cam	San Isidro	Av. Guardia Civil 554 Urb. Corpac	226-4452
Instituto Oftalmológico Especializado Dr. Wong Cam	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N° 739 Primer Piso	5237777
Instituto de Ojos Sacro Cuore		Calle Grau N° 288	446-2332
Arbrayss Láser	Surco	Calle Francisco Cuellar N° 253	437-1447
Mácula D&T	San Isidro	Calle Carlos Ferreyros N° 120, Oficina 301	226-3801
Omnia Visión	Surco	Jr. Intihuatana s/n (4ta. Cuadra)	449-2112
Red Oftalmológica 2			
Instituto Oftalmo Salud	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1142	512-1212
Instituto Oftalmo Salud	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N° 552	523-7777
Oftalmica - Instituto de la Visión	San Borja	Av. San Borja Norte # 783	476-8318
Confía Instituto Oftalmológico	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 356	475-3320
Instituto Peruano de la Visión	Jesús María	Jr. Mayta Cápac N° 1398	266-0659
T.G. Láser	San Isidro	Av. 2 de Mayo N° 666	410-6565
Futuro Visión	San Borja	Av. San Borja Sur N° 536	476-0319

COD. SBS: AE0446420002

Nombre de la clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Red Chequeos Médicos Preventivos			
C.M.. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Suiza Lab	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 300	612-6666
Suiza Lab	Surco	Av. El Polo N° 434	312-6055
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789, Urb	610-3333
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
Control Vital	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 151	243-0801
CSP Tezza	Surco	Av. El Polo N° 570	518-4000
Centros de Resonancia Magnética			
DPI	San Isidro	Av. Dos de Mayo N° 602	202-3333
Cimedic	San Isidro	Av. Arequipa N° 3362	442-2222
RESOCENTRO-Resonancia Médica	Miraflores	Av. Pettit Thouars N° 4443	221-1630
BRAZZINI	San Isidro	Av. Jorge Basadre N° 223	221-6161
CEREMA	San Borja	Esq. Cl. Velasquez N° 109 y Av. Javier Prado Este cdra. 27	225-0030
MEDLAB	Miraflores	Av. Andres Santa Cruz N° 361-367	203-5900
RESOMASA - Resonancia Magnética	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1178 -1180	212-2034
Tomografía Médica	Surco	Cl. La Conquista N° 145	610-3333
Medicina Nuclear	Surco	Av. Prolong. Benavides, 5362	619-6000
Centro de Diagnóstico PET CT Perú	Miraflores	Av. Petit Thouars N° 4340	652-3815
Centro de imágenes Mediperu	Independencia	Av. Carlos Yzaguirre 271 - 275 locales 7 y 8	711-2100
Centro de imágenes Mediperu	San Isidro	Av. Guardia Civil N° 664	711-2100
Centro de imagenes médicas	Lima	Av. Alfonso Ugarte N° 560	423-2309
Funerarias			
Funeraria La Molina S.A.	San Borja	Av. Javier Prado Este N° 2248	225-1060
Funeraria Jardines de la Paz	San Borja	Av. San Borja Sur N° 1190 pisos 4 y 5	710-5000
Finisterre	Lince	Jr. Domingo Cueto 305	472-7072
Agustín Merino	Lince	Jr. Domingo Cueto 305	471-0105
Funeraria San Isidro	San Isidro	Av. Javier Prado N° 1516	226-4444

pacífico

CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS AFILIADOS EN PROVINCIA

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Red 2		
Apurimac:		
Cl. Vida y Salud (Clínica Peruana de Los Andes)	Av. Pedro Casafranca N° 182	(083) 422-466
Arequipa:		
Centro Médico Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119 - Urb. La Victoria	(054) 28-7048
García Bragagnini	Av. Trinidad Morán Mz J lote 2 Urb. León XIII - Cayma	(054) 27-2614
C.M. Galeno Im	Av. Bolognesi N° 134 - Yanahuara	(054) 60-7322
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército N° 1020 - Cayma	(054) 38-2400
Remasur (imágenes)	León Velarde 108 Yanahuara	(054) 25-5792
Sedimed (imágenes)	Plaza Juan Manuel Polar 103 Ovalo de Vallecito	(054) 20-0070
Fisiovida Centro de Rehabilitación	Calle Juan de Dios Salazar N° 172 Urbanización La Perla	(054) 28-6555
Consultorio Dra. Rosemarie Ocola Murillo	Calle Dean Valdivia N° 371, Mollendo - Islay	(054) 9969124 / (054) 533109
Ayacucho:		
Cl. el Nazareno	Jr. Quinua N° 428 - Huamanga	(066) 31-4517
Cl. de la Esperanza del Hospital Regional de Ayacucho	Av. Independencia N° 355 - Huamanga	(066) 31-7436
Cajamarca:		
Cl. Limatambo Cajamarca	Jr. Puno N° 265	(076) 36-4241
Cardiomedic (Servicios Médicos y Cardiológicos del Norte)	Av. Mario Urteaga N° 587	(076) 34-1655
Cl. San Francisco de Asís	Jr. Miguel Grau N° 851	(076) 36-2050
Cl. Servicio de Salud Los Fresnos	Jr. Los Nogales N° 179 - Urb. El Ingenio	(076) 36-4046
Cañete:		
Cl. Campos	Av. Mariscal Benavides N° 554 San Vicente de Cañete	581-2082
Chiclayo:		
C.M. Servimédicos	Calle Manuel María Izaga 621	(074) 22-1945
Cl. Millenium (Famident)	Jr. Daniel Alcides Carrión N° 151	(074) 22-6494
Hospital Metropolitano	Cl. Conquista N° 420 - Urb. Latina - José Leonardo Ortiz	(074) 25-7777
	Cl. Manuel María Izaga N° 154	(074)27-2728

COD. SBS: AE0446420002

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Red 2		
Chimbote:		
Cl. Robles	Jr. Manuel Villavicencio N° 512	(043) 32-2453
Cl. San Pedro	Jr. Manuel Villavicencio N° 479-481	(043) 32-1930
Chincha:		
Cl. Daniel A. Carrión	Av. San Idelfonso N° 226 - Chincha Alta	(056) 26-2667
Cuzco:		
Cl. Dr. Víctor Paredes	Calle Lechugal N° 405	(084) 22-5265
Cl. San José	Av. Los Incas N° 1408 Wanchaq	(084) 24-3367
Cl. Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710 - Wanchaq	(084) 24-0387
C.M. Cima	Av. Pardo N° 978 Urb. Centro Histórico Cusco	(084) 255550
Huacho:		
Cl. Inversiones Médicas Galeno	Av. Echenique N° 641	232-4841
Huancayo:		
Cl. Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N°745	(064) 24-7087
Cl. Santo Domingo	Av. Francisco Solano N° 274 Urb. San Carlos	(064) 23-4012
Cl. Ortega	Av. Daniel A. Carrión N° 1124	(064) 23-5430
Huánuco:		
Cl. Huánuco	Jr. Constitución N° 980	(062) 51-4026
Cl. Especializada Santa Lucila	Av. Ucayali N° 637 Tingo María	(062) 561-020
Huaral:		
Policlínico Sakura	Calle Julio C. Tello N° 300	246-1768
Policlínico Nueva Esperanza	Av. Solar N° 295	246-1586
Huaraz:		
Cl. Nuestra Señora de las Mercedes	Av. Prolongación Centenario N° 502 - Independencia	(043) 42-1879
Policlínico FMC Medical Center Centro de Diagnóstico	Jr. Federico Sal y Rosas N° 741	(043) 42-7801
Hospital de Apoyo "Víctor Ramos Guardia"	Av. Luzuriaga s/n	(043) 42-7508
Cl. San Pablo	Jr. Huaylas N° 172	(043) 42-8806
Iquitos:		
Cl. Especializada Sargento Lores	Calle Sargento Lores N° 425 - 429	(065) 24-2680
Servicios Médicos Generales San Juan	Calle Ricardo Palma N° 838	(065) 60-7306
Servicios Médicos Clínica Santa Anita	Jr. Bolognesi N° 1223	(065) 26-6003

COD. SBS: AE0446420002

pacifico

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Red 2		
Juliaca:		
Cl. Americana	Jr. Loreto N° 315	(051) 32-1001
Cl. Monte Sinaí Juliaca	Jr. Loreto N° 343	(051) 32-1482
Junín:		
C.M. El Milagro	Av. Juan Santos Atahualpa Mz. I Lt. 5, Urb. El Milagro - San Ramón - Chachamayo	(064) 33-1279
Cl. Elera	Calle Tarma N° 194 - San Ramón - Chanchamayo	(064) 33-1527
Moquegua:		
Servicios Médicos Múltiples Servimedco	Av. Balta Nª 297 2do piso	(053) 46-3222
Policlínico Santa Catalina	Av. Simón Bolívar D27 Urb. Santa Catalina	(053) 4610-15
Pasco:		
Cl. Gonzales (Magol)	Av. Daniel A. Carrión N° 099 - Yanacancha	(063) 42-1515
Natclar	Av. El Minero Sector I - Yanacancha	(063) 42-2886
Pisco:		
Cl. San Jorge	Calle Juan Osores N° 440 - Urb. San Jorge	(056) 53-6100
Cl. Américas (Ecolab Perú)	Av. Las Américas N° 901, Urb. Los Bancarios D-32	(056)-532679
Piura:		
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267 urb. El Chipe	(073) 30-8030
Cl. El Chipe	Av. Fortunato Chirichigno N° 321 - Urb. El Chipe	073) 32-9198
Cl. Miraflores	Cl. Las Dalias N° A-12, Urb. Miraflores - Castilla	(073) 34-3037
Grupo Carita Feliz	Jr. Huancavelica N°1039, Urb. 04 de Enero	(073) 32-3017
	Jr. Huancavelica N° 925	(073) 30-1636
Hospital Privado del Perú (imágenes)	Sector Puyuntalá Mz S-N lote 2, Caserío Simbila, (km 5 carretera a Piura) - Catacaos	(073) 28-5570
Centro Médico Simedic Diagnóstica	Av. Grau N° 750	(073) 32-1847
Pucallpa:		
Cl. Amazónica	Jr. 28 De Julio N° 401 - Calleria - Coronel Portillo	(061) 57-8432
Cl. Monte Horeb	Jr. Inmaculada N° 529	(061) 57-1689
Policlínico Cayetano Heredia	Jr. Zavala N° 457	(061) 57-9399
Hospital Regional de Pucallpa	Jr. Agustín Cauper N° 285	(061) 57-5209

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Red 2		
Puno:		
Cl. Puno (Instituto Médico Especializado Puno)	Jr. Ramón Castilla N° 178	(051) 36-8835
Corporación Roca Perú	Jr. Moquegua N° 191 Central	(051)365909
Sullana:		
Cl. Virgen del Pilar	Cl. Bolívar N° 285	(073) 50-2278
Tacna:		
Promedic (Protección Medica)	Blondell N° 425	(052) 42-7239
Centro de Litotricia Sin Fronteras (Org. Médica y Servicios Santa Anita)	Blondell N° 355	(052) 24-2662
C.M. San Pedro	Calle Arica N° 246	(052) 42-6700
Servicios Integrales de Salud Santa Ana	Calle Arica N° 151	(052)-414661
Talara:		
Administradora Clínica Tresa	Av. "A" N° 108 - 110- Pariñas	(073) 38-2213
Policlínico More	Av. Angamos N° 271 - Barrio Particular Talara	(073) 38-1691
Cl. Torres	Av. "A" N° 98 - 2do Piso - Pariñas	(073) 38-1967
Cl. Vigo 2000	Av. "H" N° 7 - Pariñas	(073) 38-3461
C.M. Belén - El Alto	Calle Plaza de Armas s/n - El Alto	(073) 25-6466
Grupo Médico Empresarial	Av. A-2 - 2piso - Pariñas	(073) 38-6781
Jorge Madrid Ortiz (ginecología).	Urb. Los Pinos H-15 - Pariñas	(073) 38-1434
Tarapoto:		
Cl. Nor Oriente	Jr. Alonso de Alvarado N° 209 - 205	(042) 52-1250
C.M. Clínica San Marcos (Corporación Sefijo)	Jr. Augusto B. Leguía N°604	(042) 52-3838
Cl. San Martín (Serv. Médicos Lionel Flores E Hijos)	Jr. San Martín N° 274	(042) 52-3680
Trujillo:		
Cl. Sánchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436 - Urb. California - Víctor Larco Herrera	(044) 28-5541
Cl. De la Mujer	Calle León XIII N° 280 - Urb. San Andrés	(044) 20-4652
Cl. Sociedad Virgen de La Puerta	Av. M. Vera Enríquez N° 777 - Urb. Primavera	(044) 24-1505
Cl. San Antonio	Av. Víctor Larco N° 630, Urb. San Andrés	(044) 20-2597
Centro de Litotricia Trujillo	Los Rubíes N° 103 Of. 101- 102 Trujillo	(044) 29-5715
Tumbes:		
Cl. de la Familia	Av. Tumbes Norte N° 1079	(072) 52-1251
Cl. Feijoo	Av. Mariscal Castilla N° 305	(072) 52-5341

COD. SBS: AE0446420002

pacífico

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Red 3		
Arequipa:		
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Chiclayo:		
Cl. del Pacífico	Av. Leonardo Ortiz N° 420	(074) 23-6378
Hospital de Clinicas Chiclayo	Calle Francisco Cabrera N° 611	(074) 221111
Ica:		
Cl. Señor de Luren	Av. San Martin N° 536	(056) 21-1989
Cl. Tataje Barriga	Av. Conde de Nieva N° 360 - Urb. Luren	(056) 23-2042
C.M. AndinaMed	Calle Conde de Nieva N° 317 Urb. Luren	(056) 22-9078
Iquitos:		
Adventista Ana Stahl	Av. La Marina N° 285	(065) 25-2528
Pisco		
Servicios Medicos Integrales FAMISALUD	Av. El Progreso N° 211	(056) 534281
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153 - Urb. Club Grau	(073) 30-9300
Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Red Pre y Post - Natal		
Arequipa:		
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Cajamarca:		
Cl. Limatambo Cajamarca	Jr. Puno N° 265	(076) 36-4241
Chiclayo:		
Cl. Del Pacífico	Av. Leonardo Ortíz N° 420	(074) 23-6378
Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153	(073) 30-9300
Clínicas y Centros Oncológicos		
Arequipa:		
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército N° 1020 - Cayma	(054) 38-2400
Centro Especializado en Enfermedades Neoplásicas	Av. Parra N° 211	(054) 25-7900
Centro Médico Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119 - Urb. La Victoria	(054) 28-7048
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Chiclayo:		
Unidad Oncológica	Av.José Leonardo Ortiz 423	(074) 22-5437
Cuzco:		
Cl. San José	Av. Los Incas N° 1408 Wanchaq	(084) 24-3367
Cl. Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710 Wanchaq	(084) 24-0387

COD SBS: AE0446420002

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Clínicas y Centros Oncológicos		
Huancayo:		
Cl. Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N°745	(064) 24-7087
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153 - Urb. Club Grau	(073) 30-9300
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267 urb. El Chipe	(073) 30-8030
Cl. Miraflores	Cl. Las Dalias N° A-12, Urb. Miraflores - Castilla	(073) 34-3037
Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Cl. Sánchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436 - Urb. California - Víctor Larco Herrera	(044) 28-5541
Centros Odontológicos		
Apurimac:		
Cl. Vida y Salud (Clínica Peruana de Los Andes)	Av. Pedro Casafranca N° 182 - Andahuaylas - Andahuaylas	(083) 422-466
Arequipa:		
Cerdent	Calle San José N° 214 - A	(054) 20-4016
	Urb. La Señorial A - 8 - Cayma	(054) 25-9934
C.M. Odontológico Americano	Calle Sevilla N° 107 - Urb. Los Sauces - Cayma	(054) 27-2716
	Coop.Lanificio Mza B Lote 2 Int. L037- J. L. Bustamante y Rivero	(054) 42-3457
Centro Odontológico Especializado	Calle José Santos Chocano N° 209 Urb. Umacollo - Yanahuara	(054) 25-7448
Centro Dental San José	Av. Abelardo Quiñones N° B5 - Umacollo - Yanahuara	(054) 25-9669
Ayacucho:		
Cl. El Nazareno	Jr. Quinua N° 428 - Huamanga	(066) 31-4517
Cl. Dental Zaga	Calle Teodoro Jáuregui N° 125 Urb. Jardín 2da. Etapa	(066) 319945
Cajamarca:		
C.M. Odontológico Americano	Av. 2 de Mayo N° 360	(076) 36-9456
Centro Dental San José	Jr. Los Fresnos 326, Urb. Los Rosales	(076) 34-3693
Cl. Servicio de Salud Los Fresnos	Jr. Los Nogales N° 179 Urb. El Ingenio	(076) 36-4046
Chanchamayo :		
Comudents	Jr. Ayacucho N° 182 - Chanchamayo	(064) 53-2284

pacífico

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Centros Odontológicos:		
Chiclayo:		
C.M. Odontológico Americano	Av. Manuel María Izaga N° 778 - Chiclayo - Lambayeque	(074) 22-3877
Chimbote:		
Cl. Dental Bolognesi	Av. Francisco Bolognesi N° 175 - Chimbote - Santa - Ancash	(043) 32-7335
Cuzco:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Abraham Valdelomar N° A-17, Urb. Santa Mónica	(084) 24-8124
Cerdent	Av. El Sol N° 457 - Of. 303 - Cuzco	(084) 24-3386
Centro Dental San José	Av. El Sol 346 Of 303 Cuzco - Cuzco	(084) 22-4445
Huacho:		
Cl. Inversiones Médicas Galeno	Av. Echenique N° 641 - Huacho-Huaura -Lima	232-4841
Dentiplus (Od. Graciela Rojas)	Av. 28 de Julio N° 311 Of. 202	2321-626
Huancayo:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Ancash N° 231 - Huancayo	(064) 21-1004
Huánuco:		
Cl. Dental Aleceari	Jr. Crespo y Castillo n° 784	(062) 51-3377
Huaraz:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. San Martín N° 679 - Huaraz	(043) 42-1746
Centro Dental San José	Jr. Simón Bolívar N° 794 - 2do Piso - Huaraz - Ancash	(043) 42-2135
Ica:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Domingo Elías N° 129 - Urb. Luren - Ica	(056) 21-6345
Cl. Odontológica Salazar	Mz K Lt 2 Urb. Santo Domingo de Marcona	(056) 21-7314
C.M.. Odontológico Puente Blanco	Calle Dignatario Mz. B Lt. 5 Urb. Puente Blanco 3era Etapa	(056) 21-4700
Iquitos:		
Cerdent	Calle Huallaga N° 200 - 204 - Iquitos - Loreto	(065) 24-1943
Cl. Dental Urrunaga	Calle Fitzcarrald N° 201 - Iquitos – Maynas	(065) 23-5016
Juliaca:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Piura N° 482 - Parque Grau-Juliaca - San Román - Puno	(051) 32-5462
Moquegua:		
Policlínico Santa Catalina	Av. Simón Bolívar D27 Urb. Santa Catalina	(053) 46-1015
C.M.. Odontológico Americano	17. Urb. El Huayco Mz. D Lt. 1 Moquegua	(053) 46-3446

COD SBS AE0446420002

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Centros Odontológicos		
Piura:		
C.M. Odontológico Americano	Av. Grau N° 1050 - Piura	(073) 30-5820
Centro Dental San José	Av. Mártires De Uchuraccay N° 130 - Piura	(073) 32-0883
	Jr. San Martin N° 146 - Paita - Piura	(073) 21-2387
Cerdent	Av. Vice M - 14 - Urb. Santa Ana - Piura	(073) 30-8691
Pucallpa:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Atahualpa N° 139 - Callería - Coronel Portillo - Pucallpa	(061) 57-3075
Puno:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Deustua N° 754 - Puno	(051) 36-6390
Tacna:		
C.M. Odontológico Americano	Av. Billinghurst N° 358 Tacna	(052) 41-6136
Servicios Integrales de Salud Santa Ana	Calle Arica N° 151	(052) 41-4661
Talara:		
Cl. Odontológica Cano - Alvarez	Jr. Arica N° 116 Barrio Particular	(073) 38-2660
Tarapoto:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Ricardo Palma N°262 Tarapoto	(042) 52-0016
Trujillo:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Santa Ursula N° 109 Esq. Con Av. América Sur. Urb. La Merced	(044) 28-6921
Centro Dental San José	Calle Estados Unidos N° 119 - Urb. El Recreo	(044) 22-1170
Segundo Roberto Becerril Rodriguez	Calle Los Rubíes N° 103 - Of. 301 - Urb. Santa Inés	(044) 25-5562
Tumbes:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Los Andes N° 121 - Tumbes	(072) 52-2771
Centros Oftalmológicos		
Arequipa:		
Oftalmosalud	Av. Mariscal Benavides 307, Urb. Selva Alegre	(054) 28-7373
Huancayo:		
Clínica Oftalmológica Regional	Calle Los Alelíes N° 113, 2do piso Urb. San Antonio	(064) 20-1255
Piura		
Clínica Oftalmológica de Piura	Av. Grau N° 1026	(073) 32-5708
Talara:		
Centro Oftalmológico Talara	Av. "B" N° 121 Pariñas	(073) 38-2563
Trujillo:		
Clínica de Ojos Califomia	Calle Estados Unidos N° 194 Urb. El Recreo	(044) 29-4555
Oftalmovisión	Av. América Norte N° 2120 - Urb. Primavera	(044) 25-0922
CM Oftalmológico Laser	Av. Mansiche N° 844 Int. 102 Urb. Santa Ines - Trujillo	(044) 20-5629

COD. SBS: AE0446420002

pacífico

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Clínicas y Centros para Chequeos Preventivos		
Arequipa:		
Suiza Lab	Av. Cayma 503 Urb.Heresi	(054) 25-9525
Cl. Galeno IEM	Av. Bolognesi N° 134	(054) 60-7322
CM Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119	(054) 28-7048
Chiclayo:		
Servimédicos	Calle Manuel Maria Izaga 621	(074) 22-1945
Cuzco:		
CM Pardo	Av. De la Cultura N° 710 Wanchaq	(084) 24-0387
Tacna:		
Promedic (Protección Medica)	Blondell N° 425	(052) 42-7239
Trujillo:		
Cl. Sanchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436	(044) 28-5541
Centros de Resonancia Magnetica		
Trujillo:		
Tomografía Computarizada (Imágenes)	Calle Colombia 109	(044) 20-7111
Laboratorio Escalabs	Jr. Bolognesi N° 334	(044) 20-5937
Cajamarca:		
Tomonorte (Imágenes)	Av. Mario Urteagaq N° 445	(076) 368-629
Laboratorio Labbio Dx	Jr. Puno N° 265	(076) 722488
Laboratorio Labbio Dx	Jr. Los Nogales 130	(076) 367417
Arequipa:		
Remasur (Imágenes)	León Velarde 108 Yanahuara	(054) 255-792
Sedimed (Imágenes)	Plaza Juan Manuel Polar 103	(054) 20-0070
Funerarias		
Arequipa:		
Funeraria Julio B. Valdivia	Calle Los Ruiseñores 112 Urb. El Carmen	(054) 28-2889
Funeraria Santa María	Av. Tahuaycani K-1 Sachaca	(054) 60-4848
Funeraria Luz de Paz	Calle Renato Morales 99 Umacollo	(054) 25-2245
Funeraria La Fé	Calle Peral 604	(054) 28-4561
Cajamarca:		
Servicios Funerales Rojas	Av. Mario Urteaga 501 Barrio Dos de Mayo	(076) 36-3290
Piura:		
Funeraria Ramos	Av. Independencia 246	(073) 34-0991
Trujillo:		
Funeraria Salas	Jr. Pablo de Olavide 263 Urb. Razuri	(044) 42-5383

NOTA:

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

COD. SBS: AE0446420002

Anexo a la Póliza Seguro de Salud Total

CONDICIONES DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA MEDICA Y DEL VIAJERO EN EL EXTRANJERO

Este beneficio incluyen los Servicios de Asistencia que se citan a continuación a través de **"AXA ASSISTANCE"**, empresa especializada en programas de asistencia. Los beneficios enunciados no están sujetos a ningún Deducible Anual, Copago o Coaseguro.

ARTICULO I.- DEFINICIONES

Para este beneficio se consideran las siguientes definiciones de forma adicional a las ya citadas en las que puedan estar establecidas en las Condiciones Generales, Particulares o Especiales del Contrato de seguro.

1. Accidente: Todo acontecimiento que provoque daños corporales a un beneficiario, causado única y directamente por una causa externa, fortuita y evidente (excluyendo la Enfermedad) que ocurra durante el Período de vigencia y en la Territorialidad de validez del bono de asistencia.

2. Beneficiarios: Toda persona titular principal de una póliza de Seguro de Salud Total y emitida por El contratante, que tenga residencia permanente en Perú, así como su cónyuge, hijos menores de 23 años con permanencia hasta los 26 años.

3. Equipo médico de "AXA ASSISTANCE" El personal médico y asistencial con título emitido y otorgado de acuerdo a la legislación nacional del país de origen que lo habilite para el ejercicio profesional para el cual realiza las prestaciones materia de este contrato que esté prestando asistencia por cuenta de **"AXA ASSISTANCE"**, a un Beneficiario.

4. Enfermedad: Cualquier Enfermedad contraída por un Beneficiario, originada después de la fecha de salida, del Beneficiario, de su ciudad de Residencia permanente, que ocurra durante el Período de vigencia y en la Territorialidad de validez del Bono de asistencia.

5. Países incluidos en el acuerdo Schengen:
Países que conforman el acuerdo Schengen Francia, España, Alemania, Italia, Austria, Suecia, Dinamarca, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Grecia, Portugal, Bélgica, Finlandia e Islandia, y en general, todo país que solicite cubrimiento de 30.000 Euros o su equivalente en dólares para expedición de visas con el fin de otorgar permiso de entrada a este mismo.

6. Países no incluidos en el acuerdo Schengen:
El resto de países no incluidos en la definición anterior, punto número 5.

7. Período de vigencia: Período durante el cual un Beneficiario tiene derecho a los Servicios de asistencia y que está indicado en el Bono de asistencia o en los

documentos que le acompañan. En este caso el Período de vigencia será igual al Período de vigencia de la póliza de **PACÍFICO SEGUROS**.

8. Servicios de asistencia: Los servicios asistenciales que presta **"AXA ASSISTANCE"** a los Beneficiarios en los términos y condiciones de este documento. Estos Servicios de asistencia pueden también ser denominados Producto de asistencia, Servicio de asistencia o Programa de asistencia.

9. Situación de asistencia: Cualquier suceso, situación o hecho de los descritos en este documento que dé derecho al Beneficiario a recibir los Servicios de asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el Período de vigencia y en la Territorialidad de validez.

10. Residencia permanente: El domicilio habitual de un Beneficiario que en este caso debe ser en Perú.

11. Territorialidad de validez:
País donde **"AXA ASSISTANCE"** proporcionará los Servicios de asistencia a un Beneficiario y que en éste caso corresponde a todos los países del mundo con excepción de Perú, según las condiciones descritas en este documento.

ARTICULO II.- SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE

2. CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Servicios de asistencia a las personas en caso de accidente o enfermedad del Beneficiario, en todo el mundo excepto en Perú, caso en el cual los servicios a los cuales tienen derecho los Beneficiarios son los siguientes:

2.1. TRASLADO MEDICO
En caso de Accidente o Enfermedad del Beneficiario y una vez éste notifique a **"AXA ASSISTANCE"**, **"AXA ASSISTANCE"** organizará, y pagará hasta un monto total ilimitado:

a. El control previo del Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** en contacto con el médico que atiende al Beneficiario herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.
b. El traslado al centro hospitalario más apropiado y cercano, de acuerdo con el criterio del médico tratante y el Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** según la naturaleza de las heridas o la Enfermedad, por vehículo, ambulancia, avión de línea regular o cualquier otro tipo de avión. El avión sanitario se utilizará en caso que las heridas o enfermedad sean de tal gravedad que este medio sea el más adecuado según el criterio del médico tratante y del Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"**. No se podrá utilizar avión sanitario para transportes intercontinentales.

c. El traslado del Beneficiario en avión de línea regular y si las condiciones médicas lo permiten, al hospital o centro médico adecuado más cercano a su residencia permanente. Según las circunstancias, un médico o una enfermera acompañarán al paciente.

2.2. TRASLADO A DOMICILIO
Si el Beneficiario, después del tratamiento local, según el criterio del Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"**, no puede regresar a su domicilio como pasajero normal, **"AXA ASSISTANCE"** organizará su traslado por avión de línea regular u otro medio que considere adecuado y se hará cargo de todos los gastos suplementarios de ambulancias locales en aeropuerto, si fuese necesario, y en el caso que el tiquete de regreso no fuese válido para tal propósito hasta un monto total Ilimitado.

No se podrá utilizar ambulancia aérea para transportes intercontinentales.

2.3. TRASLADO EN CASO DE FALLECIMIENTO / ENTIERRO LOCAL
En caso de fallecimiento del Beneficiario, **"AXA ASSISTANCE"** hará los arreglos que sean necesarios (incluyendo las acciones necesarias para cumplir las formalidades oficiales que le fueran permitidas), organizará y pagará hasta un monto total ilimitado:

a. El traslado del cuerpo o de sus cenizas al lugar de sepultura en la ciudad de Residencia permanente (No quedan incluidos los gastos funerarios, ni de entierro o cremación); o,
b. A solicitud de los herederos o representantes del Beneficiario, el entierro local del Beneficiario, en el entendido que la responsabilidad financiera de **"AXA ASSISTANCE"**, por dicho entierro a nivel local, estará limitada al equivalente del costo del traslado de los restos conforme a lo establecido en este inciso.

2.4. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA
"AXA ASSISTANCE" pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital y si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local o el Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"**. Esta garantía quedará limitada a US$ 150.00 (Ciento cincuenta y 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América) por noche y por Beneficiario, con un máximo de diez (10) noches. No se cubren los gastos adicionales al alojamiento tales como: alimentación, teléfono, bebidas y demás servicios diferentes al alojamiento, estos gastos deben ser asumidos por el Beneficiario.

2.5. REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR
"AXA ASSISTANCE" organizará y tomará a su cargo los gastos suplementarios derivados del regreso anticipado del Beneficiario por avión de línea regular en caso de fallecimiento súbito y accidental de un familiar en primer grado (Padres o hijos) o su cónyuge en el país de Residencia permanente, siempre que no pueda utilizar su tiquete inicial de regreso.

2.6. TIQUETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR
Si el Beneficiario debe permanecer hospitalizado por un periodo superior a cinco (5) días, **"AXA ASSISTANCE"** facilitará a un familiar o persona designada por el mismo y residente en Perú, un tiquete de ida y vuelta para visitarle. (Avión de línea regular con tarifa en clase económica en primera prioridad, taxi, autobús u otro medio apropiado según los criterios de **"AXA ASSISTANCE"**. En caso de requerirse visa o cualquier otra exigencia para el viaje, será tramitada o costeada por el beneficiario del tiquete.

2.7. GASTOS DE HOTEL PARA UN ACOMPAÑANTE
En caso de hospitalización del Beneficiario por un período superior a cinco (5) días, **"AXA ASSISTANCE"** pagará los gastos de estancia en un hotel para un acompañante escogido por el Beneficiario. Esta garantía quedará limitada a 150 USD por noche y por Beneficiario, con un máximo de diez (10) noches. No se cubren los gastos adicionales al alojamiento tales como: alimentación, teléfono, bebidas y demás servicios diferentes al alojamiento, estos gastos deben ser asumidos por el Beneficiario.

2.8. ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES DE 15 AÑOS
En caso de Enfermedad o Accidente del Beneficiario, que deba permanecer hospitalizado y que se encontrare acompañado por menores de 15 años, **"AXA ASSISTANCE"** se hará cargo y pagará por:

- El tiquete de avión, en tarifa en clase económica, de regreso al domicilio en el caso que el tiquete no fuera válido para tal propósito.
- Del acompañamiento de los menores hasta el aeropuerto.
- De las formalidades de embarque de dichos menores.
- De la coordinación con la aerolínea para que dicho menor pueda viajar en condición de menor no acompañado.
- De proporcionar a los familiares de dichos menores las informaciones relativas al retorno de dicho menor.

2.9. TRASLADO DE ACOMPAÑANTES FAMILIARES
En caso de fallecimiento del Beneficiario, y que se encontrare acompañado por sus familiares en primer grado (padres, hijos, cónyuge), **"AXA ASSISTANCE"** se hará cargo y pagará por:

- El tiquete de avión, en tarifa en clase económica, de regreso al domicilio en el caso que el tiquete no fuera válido para tal propósito.

2.10. REFERENCIA MÉDICA
En caso de Accidente o Enfermedad del Beneficiario y una vez éste notifique a **"AXA ASSISTANCE"**, el Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** dará una contestación inicial a la petición de asistencia del Beneficiario y le asesorará con respecto a los inmediatos pasos que él deberá seguir. El equipo médico de **"AXA**

ASSISTANCE" no hará un diagnóstico, pero a petición del Beneficiario, se ocupará para que se realice un diagnóstico apropiado:

a. Mediante la visita personal de un médico
b. Concertando cita para el Beneficiario en un centro médico apropiado.

2.11. GASTOS FARMACEUTICOS DE URGENCIA
"AXA ASSISTANCE" se hará cargo de los costos de los medicamentos recetados por el médico tratante y aprobados previamente por el Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** hasta un monto total de US$ 500.00 (Quinientos y 00/100 dólares de los Estados Unidos de América).

2.12. GASTOS ODONTOGICOS DE URGENCIA
"AXA ASSISTANCE" se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia, limitada exclusivamente al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria, hasta un monto total de US$500.00 (Quinientos y 00/100 dólares de los Estados Unidos de América).

2.13. ENVIO DE MEDICAMENTOS URGENTES
Si el Beneficiario requiere un medicamento urgente como consecuencia de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible, **"AXA ASSISTANCE",** procurará localizar y enviar dicho medicamento por el medio más adecuado y en el menor tiempo posible, de acuerdo a la disponibilidad del medicamento o servicio de correo y mensajería.
Los costos de los medicamentos estarán por cuenta del Beneficiario. Lo anterior no implica responsabilidad alguna de **"AXA ASSISTANCE"** en caso que el medicamento no llegare oportunamente, cualquiera que fuese la causa.

2.14. GASTOS MEDICOS EN PAISES NO INCLUIDOS EN EL ACUERDO SCHENGEN
En caso de que el Beneficiario sufra un Accidente o una Enfermedad súbita durante el periodo de validez de la garantía, **"AXA ASSISTANCE"** organizará y pagará por los servicios médicos, gastos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y productos farmacéuticos, hasta un monto total de US$ 15,000.00 (Quince mil y 00/100 dólares de los Estados Unidos de América).

2.15. GASTOS MEDICOS EN PAISES INCLUIDOS EN EL ACUERDO SCHENGEN
En caso de que el Beneficiario sufra un Accidente o una Enfermedad súbita durante el periodo de validez de la garantía, en un País denominado Schengen, **"AXA ASSISTANCE"** organizará y pagará por los servicios médicos, gastos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y productos farmacéuticos hasta un monto total de €30,000.00 (Treinta mil y 00/100 Euros).

2.16. BUSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES
En caso de robo o extravío de equipajes y efectos personales, **"AXA ASSISTANCE"** prestará asesoramiento al Beneficiario para la denuncia de los hechos y ayudará en su búsqueda. Si los objetos fueran recuperados, **"AXA**

ASSISTANCE" se encargará de su transporte hasta el lugar donde se encuentre el Beneficiario en viaje o hasta su domicilio.

2.17. ADELANTO DE FONDO EN CASO DE PÉRDIDA DE EQUIPAJE
Si el Beneficiario sufriera la pérdida de su equipaje durante su transporte internacional en avión de línea comercial, y que el mismo no fuera recuperado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, **"AXA ASSISTANCE"** abonará al Beneficiario el importe máximo de US$300, cualquiera que fuere el número de piezas (maletas):

Para tener derecho a dicho importe el Beneficiario deberá:

a. Informar a **"AXA ASSISTANCE"** inmediatamente de dicha pérdida.
b. Entregar a **"AXA ASSISTANCE"** copia de la declaración de pérdida hecha frente a la compañía aérea.

La cantidad abonada será deducida del importe que será pagado al Beneficiario en caso de aplicación de la condición "Indemnización complementaria por pérdida de equipaje (Numeral 1.20., siguiente).

Este beneficio de adelanto de fondo en caso de pérdida de equipaje, estará limitado a dos (2) eventos por año y por Beneficiario.

2.18. INDEMNIZACION COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE
Si el Beneficiario sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante un transporte internacional en avión de línea comercial, **"AXA ASSISTANCE"** indemnizará complementariamente al Beneficiario, hasta un monto total de US$ 1,200.00 (Mil doscientos y 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América):

Para que se haga efectiva la indemnización se deben cumplir las siguientes condiciones:

a. Que la pérdida sea del bulto entero y que la línea comercial se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado al pasajero la indemnización correspondiente.
b. Que antes de las primeras 24 horas a partir de la llegada del vuelo a su destino y del momento en que el Beneficiario haya percatado la ausencia de su equipaje se comunique a una central de alarma de **"AXA ASSISTANCE"**, e informe acerca de dicha pérdida.
c. El Beneficiario debe presentar a **"AXA ASSISTANCE"**:

   - Fotocopia de la denuncia ante la compañía aérea.
   - Fotocopia del tiquete de la compañía aérea que ampara el equipaje perdido.
   - Comprobante fehaciente del pago de la compañía aérea de la indemnización correspondiente.

Este beneficio de indemnización complementaria en caso de pérdida de equipaje, estará limitado a dos (2) eventos por año y por Beneficiario.

2.19. REFERENCIA LEGAL
A solicitud del Beneficiario, **"AXA ASSISTANCE"** referirá a un abogado local y/o un perito para que este ejerza la defensa y/o preste sus servicios ha dicho Beneficiario en caso de cualquier denuncia o demanda en su contra.

"AXA ASSISTANCE" no será responsable ni tendrá obligación alguna frente a dicho Beneficiario con respecto de los servicios prestados por dicho abogado, para ello le comunicará telefónicamente y por correo electrónico al Beneficiario antes de referirlo.

Queda excluida cualquier reclamación que se derive de un riesgo ocupacional, o por implicaciones en trafico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o cualquier otra acción criminal.

Previamente al desembolso de cualquier avance de pago por **"AXA ASSISTANCE"**, el Beneficiario o su representante deberán otorgar a **"AXA ASSISTANCE"** autorización para debitar a su propia cuenta el importe equivalente.

La cantidad adelantada será debitada en la cuenta del Beneficiario en un plazo de 90 (noventa) días de otorgada, salvo que antes de transcurrido dicho plazo sea devuelta por las autoridades correspondientes al Beneficiario, en cuyo caso deberá ser reintegrada inmediatamente.

2.20. TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES
"AXA ASSISTANCE" se encargará de transmitir telefónicamente o al medio que le indique, los mensajes urgentes que le encargue el Beneficiario, derivados de los servicios prestados en virtud de los presentes Servicios de asistencia.

2.21. ASISTENCIA ADMINISTRATIVA
En caso de pérdida o robo de un documento esencial para la continuación del viaje del Beneficiario (como, por ejemplo pasaporte, tarjeta VISA, tiquete de compañía aérea...), **"AXA ASSISTANCE"** proporcionará al Beneficiario las informaciones necesarias para que el mismo pueda cumplir las formalidades con las autoridades competentes en la ciudad de ocurrencia para reemplazar dichos documentos perdidos o robados.

2.22. INFORMACIÓN PARA EJECUTIVOS
Renta de equipos: celulares y computadores portátiles
Referencia de traductores

2.23. INFORMACIÓN TURISTICA
A solicitud del Beneficiario, **"AXA ASSISTANCE"** le informará o comunicará al Beneficiario sobre los siguientes servicios:

- Teléfonos y direcciones de los consulados y embajadas extranjeras
- Teléfonos y direcciones de las principales compañías aéreas
- Información de itinerarios y tarifas de vuelos regulares internacionales
- Tarifas de los principales hoteles a nivel internacional
- Impuestos de aeropuerto

2.24. EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA A LAS PERSONAS EN VIAJE

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

a. Autolesiones o la participación del Beneficiario en actos criminales.
b. La práctica de deportes como profesional o la participación en competencias oficiales o exhibiciones.
c. La participación del Beneficiario en carreras de caballos, de bicicletas, y en cualquier clase de coches y exhibiciones, u otros deportes peligrosos o de alto riesgo.
d. Cualquier enfermedad o estado patológico preexistente al viaje, crónica o recurrente y sus complicaciones, conocida o no por el Beneficiario. La convalecencia se considerará como parte de la enfermedad. No se cubrirá la urgencia vital que se derive de un estado patológico preexistente.
e. No se cubrirá enfermedades coronarias y sus complicaciones tal es el caso del infarto agudo al miocardio.
f. Embarazos durante los últimos tres meses antes de la fecha prevista del parto, así como este último y los exámenes prenatales.
g. Enfermedades mentales o alienación.
h. Enfermedades o estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), embriaguez, narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin la prescripción médica.
i. Suicidio, así como enfermedad y lesiones resultantes del intento de suicidio.
j. Enfermedad ocurrida durante un viaje realizado contra la prescripción médica o durante viajes o vacaciones con duración superior a noventa (90) días calendario, no dan derecho a los servicio de asistencia suministrados. La asistencia se excluye a partir del día noventa y uno (91).
k. SIDA y las enfermedades derivadas del mismo.

ARTICULO III.- EXCLUSIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Las siguientes exclusiones aplican para todos los Servicios de asistencia previstos en el respectivo contrato.

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

a. Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, actos de terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones y movimientos populares.

b. Liberación de calor, irradiaciones o explosiones provenientes de fusión de átomos o radioactividad e incluso de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas.
c. Irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
d. Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caída de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
e. La participación del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.
f. Daños ocasionados por plagas.

No serán garantizados, en ningún caso, los gastos que el Beneficiario tenga que soportar por consecuencia directa o indirecta de:

g. Expropiación, requisa o daños producidos en los bienes del Beneficiario por orden del gobierno, de derecho o de facto, o de cualquier autoridad instituida.
h. Actos u omisiones dolosas de personas por las que sea civilmente responsable.
i. Operaciones de búsqueda, recuperación y salvamento de objetos, bienes, personas después de ocurrido un evento.

No serán cubiertas las siguientes reclamaciones:

j. Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daño, materiales o personales, es decir los daños patrimoniales puros o los daños morales.
k. Reclamaciones por eventos ocurridos dentro del territorio nacional, o del territorio establecido puntualmente para cada situación de asistencia.
l. Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del Servicio de asistencia, cuando el impedimento provenga del Beneficiario afectado, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.

ARTICULO IV.- OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO / PROCEDIMIENTOS

4.1. SOLICITUD DE ASISTENCIA
En caso de presentarse una Situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el Beneficiario deberá llamar a la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"** prevista, con servicio las 24 horas del día, y proporcionará los siguientes datos:

- Su nombre y número de póliza, así como la vigencia de la misma.
- El lugar donde se encuentra y el número de teléfono donde **"AXA ASSISTANCE"** podrá contactar al Beneficiario o su representante.
- Descripción del problema y del tipo de ayuda que necesita.

- Antes de prestar los Servicios de asistencia, **"AXA ASSISTANCE"** podrá comprobar la veracidad de los anteriores datos. El Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** tendrá libre acceso a la historia clínica del Beneficiario del servicio para enterarse de su condición. Si no hubiere justificación razonable del Beneficiario para negar a **"AXA ASSISTANCE"** el acceso necesario para dicha comprobación, se entenderá que el Beneficiario renuncia a su derecho de recibir asistencia.

Queda también establecido que en caso que el Beneficiario no hubiese llamado e informado dentro de los tres (3) días siguientes al acontecimiento a la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"** prevista, no tendrá derecho a ningún reembolso por parte de **"AXA ASSISTANCE"** por los gastos ocasionados (salvo los casos descritos en la condición 4.2. abajo).

4.2. FALTA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO A "INTER PARTNER ASSISTANCE"

a. A/ Situación de peligro de la vida.
   Las situaciones de peligro de vida en las que puede encontrarse el Beneficiario de los Servicios de asistencia, hacen referencia a los casos de vida o muerte, peligro o desastre, que requieren una atención o acción inmediata, de tal urgencia que sin esta atención el Beneficiario pueda tener un daño severo en una o más funciones corporales u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general. En esta situación existe un peligro inmediato, real o potencial, para la vida del Beneficiario o un riesgo de que se generen secuelas graves y permanentes, al no recibir atención médica calificada.

   No obstante cualquier otra disposición de esta condición general o de la presente contrato, en caso que peligre su vida, el Beneficiario o su representante deberán siempre procurar tomar las medidas necesarias para ser transferido de emergencia a un hospital cercano al lugar de los acontecimientos, y a través de los medios más inmediatos, y una vez hecho, tan pronto como sea prácticamente posible, deberá llamar a la central de alarma de **"AXA ASSISTANCE"** a fin de proporcionar la información apropiada.

b. Hospitalización antes del aviso de **"AXA ASSISTANCE".**

c. La hospitalización del Beneficiario, es el ingreso a un centro médico para recibir un tratamiento, cuidado o atención médica para la condición que presenta el Beneficiario.
   Si se presenta un daño corporal que tenga por resultado la hospitalización del Beneficiario antes de poder notificar a **"AXA ASSISTANCE"**, el Beneficiario o su representante, tan pronto como sea posible, deberán contactarse con la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"**, dentro de los tres (3) días siguientes al acontecimiento de dicho daño corporal. A falta de dichos avisos, **"AXA ASSISTANCE"** no tendrá ninguna responsabilidad y el Beneficiario no

tendrá derecho a ningún reembolso por los gastos ocasionados que pudieran ser cubiertos por el presente Programa de asistencia.

4.3. TRASLADO MEDICO Y REPATRIACION
Si el Beneficiario solicita su traslado médico o repatriación, deberá cumplir con las siguientes normas:

a. Con el fin de ayudar a **"AXA ASSISTANCE"** a tomar las medidas necesarias lo antes posible, el Beneficiario o la persona que actúe por parte del mismo deberá facilitar los siguientes datos:

   - Nombre, dirección y teléfono del centro hospitalario donde se encuentre internado el Beneficiario.
   - Nombre, dirección y teléfono del médico local y, en caso necesario del médico de cabecera.

b. En cada caso, **"AXA ASSISTANCE"** de acuerdo con el médico local, decidirá si el traslado debe ser efectuado, así como la fecha y el medio de transporte.

c. En caso de que **"AXA ASSISTANCE"** tuviera que pagar el costo del transporte del Beneficiario, éste último deberá entregar el cupón no utilizado de su tiquete original o su contravalor, si tiene derecho a reembolso del mismo.

4.4. PROCEDIMIENTO PARA REEMBOLSOS
En caso de que los gastos amparados en el presente Programa de asistencia, se paguen antes de que el Beneficiario pueda ponerse en contacto con la central de alarma de **"AXA ASSISTANCE"**, la solicitud de reembolso de estos gastos tendrá que ser presentada a **"AXA ASSISTANCE"** para su aprobación junto con los documentos siguientes:

a. Carta de solicitud del reembolso indicando nombre completo del Beneficiario, cédula, fecha de ocurrencia del evento, teléfonos y dirección de contacto con el Beneficiario.
b. Facturas originales de la atención prestada.
c. Cualquier otro documento que sea necesario para que **"AXA ASSISTANCE"** efectué el trámite del reembolso solicitado por el Beneficiario.

Para que la reclamación sea válida, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Central de Alarma **"AXA ASSISTANCE"**, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de la intervención médica hospitalaria o cualquier tipo de intervención médica.

4.5. EXCEDENTES
Los costos de servicios asistenciales adicionales no discriminados en el presente contrato de Servicios de asistencia o pagos de excedentes necesarios para la culminación de los servicios, cubriendo **"AXA ASSISTANCE"** los topes establecidos en las coberturas de los servicios, serán a cargo del Beneficiario o su

representante. **"AXA ASSISTANCE"** indicará previamente al Beneficiario o su representante dichos costos y/o excedentes.

4.6. APLICACIÓN DE COBERTURAS
Los cubrimientos en dólares o euros son convertidos a su equivalente en la moneda del país donde se presente la emergencia del Beneficiario.

ARTICULO V - OBLIGACIONES GENERALES DEL BENEFICIARIO

5.1. LIMITACION
En cuanto se produzca un incidente que pueda motivar una intervención asistencial, el Beneficiario deberá tomar todas las medidas necesarias para limitar sus consecuencias.

5.2. COOPERACION
El Beneficiario cooperará siempre con **"AXA ASSISTANCE"** a fin de permitir el buen desarrollo de la asistencia prevista y se entenderá que el

Beneficiario renunciará a su derecho de recibir asistencia en el caso de que no acepte cooperar ni acepte las instrucciones dadas por el personal de **"AXA ASSISTANCE"**. Dicha cooperación incluirá la entrega a **"AXA ASSISTANCE"** de los documentos y recibos que sean necesarios para dichos efectos, y el apoyo a **"AXA ASSISTANCE"**, con cargo a **"AXA ASSISTANCE"**, para cumplir las formalidades necesarias.

5.3. PRESCRIPCION Y CADUCIDAD
Cualquier requerimiento o reclamación, referente a la prestación de los Servicios de asistencia, o el trámite de reembolsos para los casos previstos en los numerales 3.1, 3.2. A, B, 3.3 y 4.8, debe ser presentada dentro de noventa (90) días calendario de la fecha en que se produzca la solicitud del servicio, previo cumplimiento de los términos mencionados en el artículo III y el numeral 4.8., prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

5.4. SUBROGACIÓN
"INTER PARTNER ASSISTANCE" se subrogará al Beneficiario hasta el límite de los gastos realizados o de las cantidades pagadas, en los derechos y acciones que correspondan al mismo contra cualquier responsable de un accidente que haya dado lugar a la prestación de alguna de las garantías descritas.

Cuando los servicios facilitados por **"AXA ASSISTANCE"** estén cubiertos en su totalidad o en parte por una póliza de seguros, **"AXA ASSISTANCE"** se subrogará en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra dicha póliza.

5.5. FUERZA MAYOR

"AXA ASSISTANCE" no será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones, en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.

Se entiende por fuerza mayor las causas conforme a lo siguiente pero no limitado a: Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan en forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás accidentes de terreno o lugar.

5.6. RESPONSABILIDAD

La mayor parte de los proveedores de los servicios asistenciales son contratistas independientes y no empleados de **"AXA ASSISTANCE"**, esta no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de dichos proveedores que estén debidamente autorizados (cuando sea aplicable) y que sean competentes para proporcionar los servicios a un nivel igual a los estándares de cuidado normales en el área en donde dichos servicios se proporcionen. Sin embargo **"AXA ASSISTANCE"** será responsable de la supervisión y exigencia del mantenimiento de los estándares de calidad de los proveedores de los servicios asistenciales. Según se usa en este inciso, "proveedores" significará: ambulancias, médicos, hospitales, clínicas, abogados y cualquier otra entidad proveedora de la asistencia de acuerdo con una referencia de **"AXA ASSISTANCE"** a un Beneficiario.

5.7. LIMITACION DE RESPONSABILIDAD

Las obligaciones que asume **"AXA ASSISTANCE"** conforme a la presente documento quedarán limitadas a la prestación de los Servicios de asistencia aquí previstos, excluyéndose en todo caso, daños morales o emergentes, de imagen comercial, daños indirectos, lucro cesante (que ni **"AXA ASSISTANCE"** ni **PACÍFICO SEGUROS** podrán reclamarse), multas o sanciones así como cualquier prestación establecida que tenga naturaleza punitiva o de ejemplaridad. Además la responsabilidad de **"AXA ASSISTANCE"** cesará automáticamente y para cada caso en particular, cuando cada uno de los beneficios y/o servicios previstos sean proporcionados.

5.8. LIMITACION PARA REEMBOLSOS

El BENEFICIARIO tendrá derecho al reembolso de los diversos gastos cubiertos en este Programa de asistencia únicamente en caso de notificación y acuerdo

previo de **"AXA ASSISTANCE"** y según las estipulaciones indicadas en el artículo III del presente contrato.

5.9. DECLARACION
El uso del Servicio de asistencia implica la conformidad con el presente programa y el Beneficiario declara aceptar sus términos y condiciones.

5.10. DURACION DE VIAJES
Serán cubiertos los perjuicios ocurridos relativos a la prestación de los servicios de asistencia mencionados en éste documento durante viajes inferiores a noventa (90) días calendarios..

ARTICULO VI.- CENTRAL DE ALARMA

En cuanto se produzca un incidente que pueda motivar una intervención asistencial, el Beneficiario podrá llamar a la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"** las 24 horas del día durante todo el año.

SE ASIGNARAN LAS SIGUIENTES LINEAS TELEFONICAS:

Línea dedicada a Pacifico: 1 866 9865518
Latinoamérica:
Colombia (571)644 4496
Buenos Aires:(5411)437 08400
Europa: Barcelona (3493)2287632
Extremo Oriente: Singapur (65)622 00500
Resto del Mundo: 1866 681 9023

SEGURO DE SALUD TOTAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

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

CONDICIONES OPERATIVAS

10. Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú
11. Relación de proveedores médicos afiliados a la compañía en el Perú
12. Pago de beneficios
13. Tarifa para pagos por atención bajo la modalidad de reembolso

CONDICIONES LEGALES

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

pacífico

INTRODUCCIÓN

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

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°
OBJETO DEL SEGURO

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

Artículo 2°
EVALUACIÓN DE ASEGURABILIDAD

La COMPAÑIA define, para fines de ASEGURABILIDAD, las políticas y los procesos de suscripción de riesgos y emisión de la póliza, teniendo como documento base la Declaración de Salud firmada por el ASEGURADO, cuya veracidad y exactitud exigen la manifestación más completa de sus antecedentes, síntomas, dolencias, enfermedades y tratamientos, así como también los de sus DEPENDIENTES, lo cual es importante para la estimación del riesgo y es base para la celebración del contrato.

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

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

Artículo 3°
PERSONAS ASEGURADAS
Esta Póliza cubre al ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con tal de que residan en el Perú, gocen de buena salud al momento de su inclusión en la Póliza y en el caso de los DEPENDIENTES además convivan con o dependan económicamente del ASEGURADO TITULAR, siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

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

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

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

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

Artículo 4°
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA
Los gastos pagados por la COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la Póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

pacífico

Artículo 5°
PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA

a) **Período de Carencia**
Es el período de tiempo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro.

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

Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las atenciones en los casos de las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS siguientes: apendicitis, ENFERMEDAD cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio, salvo que las enfermedades mencionadas sean consideradas preexistentes.

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

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

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

1. Para toda condición de gestación o EMBARAZO, incluyendo las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO así como las del PARTO y del PUERPERIO, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.
2. En relación con un TRASPLANTE, el período de espera será el que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la póliza.
3. En relación con las siguientes enfermedades y sus consecuencias el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza:
   a) Enfermedades del útero y/o anexos.
   b) Quistes y prolapsos génito urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
   c) Enfermedades de la mama (con excepción de cáncer de mama luego de terminado el período de carencia).
   d) Hernias de cualquier clase, incluida la hernia de núcleo pulposo de la columna vertebral.
   e) Hemorroides.
   f) Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar.

g) Cirrosis hepática.
h) Litiasis del sistema urinario.
i) Adenoma de próstata.
j) Catarata, glaucoma.
k) Enfermedades tiroideas.
l) ENFERMEDAD cerebrovascular (con excepción del accidente cerebro vascular).
m) ENFERMEDAD cardiovascular (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable), incluida la dislipidemia.
n) Hipertensión arterial.
o) Asma.
p) Diabetes Mellitus.
q) Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
r) Procedimiento de Artroscopía.
s) Procedimiento de Litotricia.
t) Hiperhidrosis.
u) Polisomnografía.

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

Artículo 6°
GASTOS CUBIERTOS
Esta Póliza cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD, condición médica o ACCIDENTE bajo cobertura, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, en el Perú donde se efectúe el tratamiento, hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO, según los COPAGOS y COASEGUROS establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES para cada una de las coberturas y después de haberse alcanzado el DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el Plan de Seguro contratado por cada ASEGURADO contemple dicho deducible. También están incluidos bajo este seguro, las coberturas especiales, según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

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

a) **GASTOS CUBIERTOS EN CASOS DE HOSPITALIZACIÓN:**
   - **Habitación individual o bipersonal.**
   - **Sala de operaciones, de recuperación, cuidados intensivos y/o intermedios.**
   - **Exámenes de laboratorio y/o servicios de imágenes.**
   - **Medicamentos, oxígeno, anestésicos y otros materiales e insumos necesarios relacionados con el DIAGNÓSTICO y tratamiento, incluidos los insumos necesarios para transfusión sanguínea.**
   - **Todo examen o estudio especializado requerido y debidamente justificado.**
   - **Yeso acrílico. Tratamientos en Medicina Física y Rehabilitación.**

- Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.
- Hemoterapia: sólo los exámenes del(los) donante(s), incluyendo los exámenes de compatibilidad sanguínea y los exámenes de descarte de enfermedades infecciosas de transmisión por hemoderivados de las unidades utilizadas.

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

Artículo 7°
COBERTURAS
En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por Persona y se cubrirán hasta por los límites y condiciones establecidos para cada una de ellas en la TABLA DE BENEFICIOS y de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por la presente Póliza y siempre que se haya consumido el DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que el plan de seguro del ASEGURADO contemple dicho deducible.

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

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

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

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

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

Una vez activado el beneficio oncológico la COMPAÑÍA, luego de haber recibido el Informe Anátomo Patológico Histológico positivo para Cáncer, citará al ASEGURADO, a través de su área de Consejería Oncológica para tener una reunión de orientación, o en caso de impedimento del ASEGURADO, la orientación se podrá realizar telefónicamente La COMPAÑÍA orientará al ASEGURADO acerca de los beneficios, coberturas, red de proveedores oncológicos, limitaciones, exclusiones y en general sobre los alcances de la Póliza.

b. TRASPLANTE DE ÓRGANOS:
El ASEGURADO deberá notificar a la COMPAÑÍA cuando se determine la necesidad de realizar un TRASPLANTE. Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por o en relación a un procedimiento de TRASPLANTE que no haya sido previamente aprobado por la COMPAÑÍA.

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

1. Se otorgará luego del período de carencia y de espera señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES.
2. Se otorgará sólo en el Perú y en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y TRASPLANTE) del MINSA. Si la indicación del TRASPLANTE fue realizada por primera vez, durante el período de 60 días calendarios consecutivos, contados a partir de la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza, no se otorgará cobertura.
3. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.
4. En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para TRASPLANTE de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.
5. Los únicos TRASPLANTES de órganos que están cubiertos para este beneficio son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea (Autólogo) e hígado. El número de TRASPLANTE está limitado al monto de la cobertura que tiene este beneficio señalada en las CONDICIONES PARTICULARES. Un TRASPLANTE de dos órganos o tejidos realizados durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo TRASPLANTE. Los beneficios para la repetición de TRASPLANTE de un mismo órgano o tejido (un TRASPLANTE realizado por segunda vez debido

al fracaso de un TRASPLANTE inicial), solo serán pagaderos si la COMPAÑÍA lo aprueba como médicamente necesario.

6. Las exclusiones que tiene esta cobertura, adicionales a las establecidas en esta Póliza, por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, son:
   a) Aquellas condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un TRASPLANTE que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por la COMPAÑIA.
   b) Los TRASPLANTES considerados como experimentales.
   c) Cuando el órgano sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
   d) Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.

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

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

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

e. ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS:
Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas así como aquellas de tipo genético hereditario, no diagnosticadas antes de ingresar a la Póliza. Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

f. GASTOS OFTALMOLÓGICOS:
Las enfermedades o cirugías de los ojos serán cubiertas como ambulatorio u hospitalario según corresponda y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares de la Póliza.

g. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS:
Están cubiertas según la modalidad de atención, sea hospitalario o ambulatorio, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la

TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

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

h. CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS EN EL PERÚ:
Están cubiertos por una vez al año por ASEGURADO, chequeos médicos preventivos y centros médicos a nivel nacional señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, y bajo las condiciones ahí establecidas.

i. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH:
Todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus VIH serán cubiertas como hospitalario o ambulatorio, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

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

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

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

a) Coordinación previa del equipo médico de la COMPAÑIA con el médico que atiende al ASEGURADO herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado (ambulancia terrestre o avión de línea comercial) hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.
b) En el caso de traslado por avión de línea aérea comercial por EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA o EMERGENCIA ACCIDENTAL, se cubre por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, con un máximo de siete asientos (sólo por motivos de evacuación). Previa coordinación y aprobación de la COMPAÑÍA. Por

hospitalización se cubre por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos.

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

l. SEPELIO EN EL PERÚ:
Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral de acuerdo al paquete descrito en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. Este beneficio se otorgará siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por esta Póliza.

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

En el Perú, la póliza cubre los servicios pre y post natales, el programa madre - niño y el PARTO de acuerdo con las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS. Los beneficios se aplican para cada EMBARAZO cubierto por esta Póliza. No gozan de los beneficios otorgados por el programa de maternidad, las hijas aseguradas como DEPENDIENTES.

Este beneficio cubre los gastos del PARTO, sea vaginal o por cesárea, las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO y los gastos de atención inmediata del recién nacido normal sin complicaciones (pediatra en sala de PARTOS o sala de operaciones, sala de bebes de recién nacido normal, exámenes de laboratorio: grupo y factor, hematocrito, glucosa) hasta los límites especificados en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

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

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

o. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL:
Debido a que algunos casos presentan dificultad diagnóstica o terapéutica (previa validación de Auditoría Médica de la COMPAÑÍA), ya sean médicos o quirúrgicos, se brinda la oportunidad de obtener la opinión y sugerencias de médicos especialistas en el tema que laboran en el extranjero los cuales forman parte de un grupo consultor sugerido por el operador internacional de la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO no puede realizar el proceso indicado precedentemente en forma directa. Este beneficio no está sujeto a reembolso.

Adicionalmente, se cubrirá al 100% los exámenes auxiliares sugeridos por esta segunda opinión, siempre que estén disponibles en el Perú.

Este beneficio no incluye el viaje ni la evaluación del ASEGURADO, sólo envía el expediente médico.

p. LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR:
Se otorga cobertura de un año de seguro sin pago de prima, a partir de la fecha del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, siempre que la muerte sea causada por una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por la Póliza.

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

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

q. GASTOS ODONTOLÓGICOS EN EL PERÚ:
Esta cobertura comprende la consulta diagnóstica, radiografías, extracción simple, restauración directa (curación) y endodoncias, en los proveedores médicos y bajo las Condiciones Particulares especificadas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

r. ASISTENCIA AL VIAJERO EN EL EXTRANJERO:
A través del Operador Internacional, se otorga atención por enfermedades, emergencias médicas o accidentales en el extranjero, traslados médicos, asistencia por pérdida de equipaje, entre otros.

Los alcances de esta cobertura se detallan en el Anexo Condiciones del Beneficio de Asistencia Médica y del Viajero en el Extranjero de esta Póliza.

s. CENTROSALUD
Servicio de atención médica ambulatoria programada en consultorios de la COMPAÑÍA ubicados en la Clínica Tezza, atendidos por médicos en las especialidades de Medicina Interna[PM1], Pediatría y Gineco Obstetricia, para lo

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

t. PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
Programa de atención médica ambulatoria especialmente diseñado para el manejo, prevención y control de ASEGURADOS que durante la vigencia de la Póliza, se les diagnostiquen las siguientes enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial, Asma, y Diabetes Mellitus II, a cargo de especialistas en Cardiología, Neumología y Endocrinología según corresponda. La cobertura se inicia luego de realizada la primera consulta en el CENTROSALUD, pudiendo continuar la atención en dicho establecimiento o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.
Esta cobertura estará sujeta a la evaluación médica y aceptación de la COMPAÑÍA.

u. ATENCIÓN A DOMICILIO
Servicio de atención ambulatoria al que puede acceder el ASEGURADO, bajo alguna de las siguientes formas:

- ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO
  Servicio de atención médica ambulatoria programada a domicilio, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el COPAGO establecido por consulta.

- ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA
  Servicio de unidades móviles para la atención de EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS o EMERGENCIAS ACCIDENTALES a domicilio dentro de las ciudades establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, durante las 24 horas y todos los días del año, sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

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

  Son considerados bajo este concepto los gastos médicos como consecuencia de:
  - Paro cardíaco y/o respiratorio
  - Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
  - Pérdida de conocimiento súbito
  - Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
  - Heridas cortantes
  - Diarreas severas
  - Deshidratación aguda
  - Vómitos reiterados

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

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

Artículo 8°
GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES
Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.

b) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles.

c) Medicina Alternativa y/o Complementaria.

d) Cuidados particulares de enfermería.

e) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.

f) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell), salvo que se requiera para TRASPLANTE de médula ósea (Autólogo).

g) En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

h) Medicamentos, productos, tratamientos y otros precisados a continuación:

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

15. Inmunoestimulantes. Vacunas (excepto vacuna indicada por isoinmunización materno-fetal y vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica).
16. Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.
17. Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.
18. Plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.
19. PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
20. Dispositivos o IMPLANTES médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: IMPLANTE coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales si se cubrirán.
21. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extrahospitalario y con fines DIAGNÓSTICOS o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, glucómetro y muletas.

i) Estudios o procedimientos DIAGNÓSTICOS o terapéuticos, tratamientos (médicos o quirúrgicos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

1. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas congénitas del recién nacido y de enfermedades congénitas no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.
2. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
3. Ginecomastia y Gigantomastia.
4. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por Cáncer de Mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta Póliza, para la cobertura Oncológica o en los casos de ACCIDENTES cubiertos por la Póliza, debidamente reportados a la COMPAÑÍA.
5. Vasectomía y Bloqueo Tubario.
6. Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales, así como gastos de maternidad y del recién nacido (prematuridad y enfermedades congénitas) en aquellos casos en que el EMBARAZO sea consecuencia de los procedimientos de fertilización indicados en esta exclusión o procedimientos similares cuyo fin es la concepción.
7. Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.
8. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de PRÓTESIS.
9. Tratamiento de alopecia androgénica.

10. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.
11. Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
12. Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por un profesional de la salud en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda.
    En caso de ACCIDENTE vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo.
    Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda o, cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE.
    Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.
13. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
14. Cirugía odontológica, enfermedad periodontal, ortodoncia, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética, cirugía bucal (exodoncia impactada, apicectomía y similares), PRÓTESIS dentales, IMPLANTES dentales y todo lo relacionado a ellos, salvo las atenciones indicadas en el artículo de Beneficios y Gastos Cubiertos como "Gastos Odontológicos".
15. Problemas de la mandíbula incluyendo el síndrome témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.
16. Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.
17. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de actividades, competencias o deportes peligrosos. La siguiente relación es nominativa no excluyente: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puenting, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o cualquier deporte practicado de manera profesional.
18. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.

19. Tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto e intraoculares multifocales.
20. Chequeos médicos y descarte de enfermedades en una persona sana, así como controles de enfermedades no cubiertas por esta póliza.
21. Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.
22. Lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.
23. Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.
24. Gastos por complicaciones o complicaciones relacionadas a DIAGNÓSTICOS o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.
25. Procedimientos de criopreservación o criogenéticos.
26. Gastos incurridos para el cuidado y asistencia de personas con discapacidad.
27. Tratamiento o gastos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados, para el lugar de atención.
28. Tratamientos que no se consideren médicamente necesarios.
29. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas)
30. Pruebas diagnósticas no certificadas y tratamientos desensibilizantes para alergias.
31. Tratamiento con hormona de crecimiento, o cualquier otro tratamiento cuya finalidad sea la de estimular el crecimiento.
32. Dispositivos para columna: separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastía, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o neurolisis facetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.
33. Enfermedades epidémicas que se encuentren bajo el control del Ministerio de Salud o de cualquier otra entidad gubernamental.
34. Viscosuplementación para patologías articulares, excepto en osteoartrosis tibiofemoral de rodilla. No se cubre en condromalacia patelar.

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

Artículo 9°
PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO
(COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL)

Para todo Gasto Cubierto incurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubiertos por la póliza, así como en el caso de las coberturas especiales cubierta en la póliza, el ASEGURADO tendrá como obligación el pago del DEDUCIBLE ANUAL, en el caso de que su Plan de Seguro contemple dicho deducible, y de los COPAGOS y COASEGUROS establecidos para cada una de las coberturas, según se

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 10°
PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ

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

a) **ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE LA COMPAÑÍA)**
Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de la COMPAÑÍA, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

Las formas de atención son las siguientes:

1) **ATENCIÓN AMBULATORIA**
Para atención médica ambulatoria el ASEGURADO sólo le tiene que presentar al proveedor médico afiliado a la red de la Compañía su documento de identidad o su carnet de ASEGURADO. El proveedor médico afiliado se pondrá en contacto con la Compañía para verificar el seguro y le cobrará al ASEGURADO solamente los montos a su cargo.
Las situaciones de EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria serán cubiertas al 100% sin COPAGO según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES.

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

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

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

3) **ATENCION EN CENTROSALUD**
El ASEGURADO deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita médica.

4) **ATENCIÓN A DOMICILIO**

- **ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO**
Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con la central de información y ventas al teléfono que aparece en su carnet de ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS.

- **ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**
Sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

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

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

En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de la COMPAÑÍA indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a la COMPAÑÍA el reembolso correspondiente de los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al Tarifario Pacífico, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y las condiciones establecidas en la Tabla de Beneficio inserta en la Póliza que se encuentra a su disposición en la página web de la COMPAÑÍA: www.pacificoseguros.com

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

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

La COMPAÑIA se reserva el derecho de solicitar al ASEGURADO que presente un Informe Médico ampliatorio, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de salud y facilite la atención de la Solicitud de Reembolso

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de El PACIFICO-PERUANO SUIZA Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC N°20100035392. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del ASEGURADO. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

Presentada esta documentación y encontrada conforme por la COMPAÑIA, es decir medicamentos y/o exámenes auxiliares y/o procedimientos relacionados directamente con el DIAGNÓSTICO, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido según el TARIFARIO PACIFICO, dentro de los 30 días hábiles desde la fecha de recepción. El reembolso referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

Artículo 11°
RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A LA COMPAÑÍA EN EL PERU
La relación de los proveedores médicos afiliados a la COMPAÑIA se muestra en un Anexo de la PÓLIZA DE SEGURO.

La COMPAÑIA se reserva el derecho de modificar la relación de los proveedores médicos afiliados a efectos de preservar el derecho de los asegurados a acceder a un servicio de salud de calidad, lo cual podrá realizarse en cada renovación de la Póliza y previa comunicación al ASEGURADO, de ser el caso. En caso que esto suceda y a la fecha efectiva de la modificación exista un tratamiento hospitalario en curso, se otorgará la atención en el centro médico bajo las mismas condiciones que tenía hasta el alta del ASEGURADO. De existir algún otro tratamiento en curso, la COMPAÑIA orientará al ASEGURADO sobre otras alternativas de atención (en caso de que el ASEGURADO lo solicite).

Artículo 12°
PAGO DE BENEFICIOS
LA COMPAÑÍA, reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, en el país, aún cuando haya contratado el DEDUCIBLE ANUAL, en cuyo caso, éste deberá ser asumido primero directamente por el ASEGURADO y de acuerdo con el procedimiento establecido en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

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

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

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

Artículo 13°
TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO
Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el Perú que el ASEGURADO haya pagado directamente a clínicas y/o médicos no afiliados a la red de proveedores de la COMPAÑÍA, serán reembolsados con base en el "Tarifario Pacífico" y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

El ASEGURADO tiene a su disposición el "Tarifario Pacífico", en la página web de la COMPAÑÍA: www.pacificoseguros.com, y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas cuyo número se indica en su carnet de ASEGURADO.

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

CONDICIONES LEGALES

Artículo 14°
DEL CONTRATO DE SEGURO
El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual la COMPAÑÍA se obliga mediante el pago de la prima, a indemnizar al ASEGURADO, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. Es parte del Contrato de Seguro, las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, Especiales, Cláusulas adicionales, Endosos, Anexos así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro.

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

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

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

Artículo 15°
DECLARACIONES
La Solicitud de Seguro y la Póliza, y sus eventuales endosos, firmados por el ASEGURADO y los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, respectivamente, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

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

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

Artículo 16°
AVISOS Y COMUNICACIONES
Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes CONTRATANTES deberán ser formulados por escrito.
El CORREDOR DE SEGUROS, en su caso, representa al ASEGURADO. La carta de nombramiento que el ASEGURADO extiende a un corredor de seguro, faculta a éste para realizar actos administrativos de representación, más no de disposición.

Artículo 17°
RESIDENCIA
Para gozar del beneficio que otorga esta póliza, se requerirá siempre que el TITULAR y los DEPENDIENTES residan permanentemente en el Perú, entendiéndose como tal que están en Perú un total de nueve meses durante el año de vigencia. En consecuencia, el incumplimiento del expresado plazo mínimo de residencia acarreará la suspensión de las coberturas.

Si el estado de suspensión supera los doce meses, la COMPAÑIA podrá solicitar al ASEGURADO el llenado de una nueva declaración de salud.

La suspensión opera siempre y cuando no se dé el supuesto de mora en el pago de las primas y la consecuente resolución automática del contrato.

Artículo 18°
VIGENCIA, AJUSTE DE PRIMA Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA
La Póliza tendrá vigencia anual pero la COMPAÑÍA cada año otorgará la cobertura al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, siempre y cuando acepte los nuevos términos y condiciones del contrato que cada año podrá establecer la COMPAÑÍA, incluyendo el aumento de primas, COPAGOS, COASEGUROS, y del DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el Plan de Seguro contratado contemple dicho deducible, así como el cambio del "Tarifario Pacífico". El cambio de las primas, Copagos, Coaseguros, del Deducible Anual de haberse contratado y el cambio del "Tarifario Pacífico" se realizarán cuando los resultados del programa lo requieran. La edad alcanzada en cada emisión de Póliza determinará el rango para el cálculo de las nuevas primas y los términos de las condiciones.

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

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

En el supuesto que el ASEGURADO exprese su rechazo y no haya acuerdo con la COMPAÑÍA en un plazo máximo de quince (15) días calendario, la COMPAÑÍA podrá dar por resuelta la Póliza y en consecuencia terminará la cobertura que otorga esta Póliza.

Mientras las partes contratantes no se pongan de acuerdo en los términos de la Póliza, la cobertura quedará suspendida.

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

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

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

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

Artículo 19°
OBSERVACIONES A LA PÓLIZA
El ASEGURADO TITULAR podrá observar los términos y condiciones establecidos en la Póliza, debiendo solicitar por escrito su rectificación, dentro de los quince (15) días útiles posteriores a su recepción.

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

Artículo 20°
PAGO DE LA PRIMA
De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los contratos de seguros, la Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

a) El pago de la prima debe efectuarse al contado o se fracciona en cuotas y debe realizarse en la(s) fecha(s) y forma establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza y/o en el Convenio de Pago que se anexa a la Póliza. El Contrato surtirá efecto siempre que la prima haya sido pagada.
b) La falta de pago o el atraso en el pago de la prima, sea total o parcial, en las fechas establecidas origina la suspensión inmediata de la cobertura del seguro, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago. La COMPAÑÍA no

será responsable por ningún gasto cubierto incurrido durante el período en que la cobertura se mantuvo suspendida.
En caso la cobertura del seguro se encuentre suspendida por el incumplimiento en el pago de primas durante más de treinta (90) días calendario, la cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de aviso o comunicación previa.

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

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

Artículo 21°
NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
El Contrato de Seguro será nulo de pleno derecho, en lo que respecta al ASEGURADO, en los siguientes casos:

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

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

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

En caso de nulidad, el ASEGURADO, no tendrán derecho a reclamar cobertura o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si hubiese recibido algún beneficio relacionado con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la COMPAÑÍA la suma desembolsada por ésta, conjuntamente con los intereses

compensatorios y/o moratorios a las tasas máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios, más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 22°
RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO
Además de lo previsto en este condicionado sobre pago de primas, queda establecido que el contrato de seguro quedará resuelto automáticamente, sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, con respecto a cada ASEGURADO, perdiendo todo derecho emanado de la Póliza, a partir de la fecha en que ocurra una reclamación fraudulenta, según lo establecido en el presente condicionado.

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

En caso la COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende una reclamación (siniestro) que posteriormente se determine que ha sido fraudulenta, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado conjuntamente con los intereses moratorios y/o compensatorios a las tasas de interés máximas permitidas por ley, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios más los gastos y tributos que correspondan.

Artículo 23°
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
La Cobertura del Seguro terminará para el ASEGURADO y sus DEPENDIENTES cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

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

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

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

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

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

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

Artículo 24°
REVISIÓN DE LOS SINIESTROS
La COMPAÑÍA tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de la COMPAÑÍA y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier siniestro.

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

Artículo 25°
DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE
Este contrato se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del ASEGURADO. En consecuencia, cualquier declaración falsa, dolosa, reticente o con omisión de información, simulación o disimulo realizado durante la vigencia del presente contrato, que derive en una atención con relación al interés del ASEGURADO por el presente Contrato y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, originará la resolución automática del mismo quedando liberada la COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la Póliza, a partir de la fecha de dicha declaración.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

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

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

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

Artículo 26°
SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS
La COMPAÑIA tendrá el derecho de recuperar los pagos realizados al ASEGURADO en virtud de la presente Póliza, a consecuencia de las lesiones causadas por terceros al ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos.

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

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

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

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

Asimismo, en caso de que el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos gozaran de otro u otros seguros que cubran los mismos riesgos, los importes a reembolsar por la COMPAÑIA, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto reconocido.

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, y los honorarios médicos hasta los límites establecidos en el TARIFARIO PACIFICO , según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES inserta en la Póliza. No se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro

Artículo 27°
PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA
Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana. La COMPAÑÍA quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el siniestro, a menos que esté en tramitación una acción judicial relacionada con la reclamación.

Artículo 28°
PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS
En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Cláusulas Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares sobre las CONDICIONES GENERALES, y las primeras sobre las últimas.

Artículo 29°
DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
La presente Cláusula establece el derecho del ASEGURADO y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para procurar resolver las controversias que surjan entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA según los alcances de su competencia de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

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

De acuerdo al Reglamento de la Defensoría, se debe tener en cuenta lo siguiente:
a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los ASEGURADOS o usuarios de los servicios de seguro, procurando la solución de reclamos por siniestros que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.
b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o usuario.
c) Procede sólo para atender reclamos por siniestros formulados por asegurados que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de la COMPAÑÍA.
d) Quedan excluidos del ámbito de competencia de la Defensoría, todos los reclamos provenientes de siniestros del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio del Sistema Nacional de Pensiones y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia, Gastos de Sepelio y Rentas de Jubilación del Sistema Privado de Pensiones.
e) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de 180 días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por la COMPAÑÍA.
f) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de completado el expediente. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.
g) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la COMPAÑÍA cuando es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada, siempre y cuando no exista ningún pedido de revisión pendiente.
h) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de cinco (05) días hábiles de su notificación, debiendo

indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión general. La Defensoría del Asegurado resuelve dentro del plazo de diez (10) días hábiles.

i) En caso se interponga un recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el inciso anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.

Artículo 30°
SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
Las partes convienen que, en caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, se someterán a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley.

Artículo 31°
RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS
En caso de consultas y/o reclamos el ASEGURADO puede contactarse con la COMPAÑÍA a través de su central de información y ventas llamando a los teléfonos de la COMPAÑÍA indicados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza, o ingresando a la Página Web: www.pacificoseguros.com, así mismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico en la avenida Juan de Arona Nro. 830 San Isidro, Lima.

Artículo 32°
TRIBUTOS
Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo del ASEGURADO.

Artículo 33°
GLOSARIO:TÉRMINOS Y DEFINICIONES
Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

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

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

- **AMBULANCIA AÉREA**
  Avión especialmente equipado con personal médico, paramédico e instrumental, capaz de asistir cualquier emergencia.

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

- **ASEGURADO**
  Dentro de esta denominación se incluye al ASEGURADO TITULAR, así como a los DEPENDIENTES inscritos en la Póliza como personas que gozan de los beneficios de la Póliza, salvo que el condicionado haga la distinción.
- **ASEGURADO TITULAR**
  Es el CONTRATANTE del seguro obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza.

- **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**
  Cantidad total anual asegurada bajo esta Póliza con respecto al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos.

- **CANCER**
  ENFERMEDAD que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.

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

- **CIRUGÍA AMBULATORIA**
  Intervención quirúrgica que utiliza Sala de Operaciones y que no requiere de hospitalización.

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

- **CHEQUEOS PREVENTIVOS**
  Exámenes médicos realizados a los ASEGURADOS y su DEPENDIENTES, de manera gratuita una vez al año.

- **COASEGURO**
  El Coaseguro es el porcentaje del Gasto Cubierto que le corresponde asumir al ASEGURADO, después de satisfacer el DEDUCIBLE ANUAL, de haberse contratado y de pagar el COPAGO correspondiente, por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario según se especifica en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

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

- **CONDICIONES GENERALES**
  Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la PÓLIZA DE SEGURO.
- **CONDICIONES PARTICULARES**
  Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene el detalle de la TABLA DE BENEFICIOS y gastos cubiertos en las diferentes clínicas y centros médicos de la red de proveedores de la COMPAÑÍA. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan adquirido por el ASEGURADO.

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

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

- **COPAGO**
  El Copago es el importe fijo del Gasto Cubierto que le corresponde asumir al ASEGURADO por cada atención ambulatoria o tratamiento hospitalario, según se especifica en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

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

- **COSMÉTICO**
  Producto cosmético es toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos cosméticos.
  El producto cosmético que, en razón de su composición o absorción, tenga efectos farmacológicos deberá registrarse como producto farmacéutico. Igual disposición rige para los cosméticos a los que se les atribuye propiedades terapéuticas.
  Se considera grupo cosmético a:
  a) Los productos cosméticos con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.
  b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.

c) Los cosméticos de perfumería con la misma fragancia.
d) Los productos cosméticos para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

- **DEDUCIBLE ANUAL**
  Es el importe anual que dependiendo del Plan de Seguro elegido, corresponderá asumir directa e íntegramente al ASEGURADO, durante cada vigencia de la Póliza. La COMPAÑÍA procederá recién a indemnizar una vez superada la cifra establecida como Deducible Anual en la Póliza. Para el cómputo del Deducible Anual se considerarán sólo los Gastos Cubiertos por la Póliza realizados durante su vigencia anual.

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

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

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

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

- **EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**
  Aquel problema de salud que se presenta en forma súbita, como manifestación de una ENFERMEDAD AGUDA o como recurrencia, progresión o complicación de una afección crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

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

- **ENFERMEDAD ADQUIRIDA AL NACER**
  Alteración del estado de salud no congénita cuyo origen se establece desde el momento del nacimiento.

- **ENFERMEDAD AGUDA**
  Enfermedad de curso menor o igual a un mes.

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

- **ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS**
  Aquellas condiciones de salud potencialmente patológicas (anomalías en la estructura, función o metabolismo) originadas antes del nacimiento, mas no necesariamente manifestadas o identificadas en dicho momento, no siendo conocidas (ni siquiera parcialmente) por el asegurado en el momento de ingreso a su póliza.

- **ENFERMEDAD CRÓNICA**
  Enfermedad de curso mayor a un mes.

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

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

- **EPICRISIS**
  Documento resumen que formula y firma el médico tratante al momento del alta hospitalario del paciente.
- **EVENTO HOSPITALARIO**
  Se considera como EVENTO HOSPITALARIO cada reclusión o internamiento de una persona registrada como paciente en un HOSPITAL O CLÍNICA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una enfermedad, accidente o emergencia médica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

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

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

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

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

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

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

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

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

- **HOTEL**
  Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

- **IMPLANTE**
  Puede referirse a: **aparatos** como implante coclear, marcapaso, etc.; **PRÓTESIS** o sustancias en el cuerpo como: Cadera, rodilla, siliconas, dental, capilar/cabello, huesos de titanio, sustancias radioactivas, hormonas, etc; todas con la finalidad de mejorar alguna función o con un fin estético.

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**
  Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica. La Medicina Complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La Medicina Alternativa se utiliza en reemplazo de la medicina científica.
  Incluye, pero no se limita:
  - Acupuntura
  - Aromaterapia
  - Ayurveda
  - Cromoterapia
  - Dietética
  - Fitoterapia
  - Hidroterapia
  - Hipnosis
  - Homeopatia
  - Kinesiologia
  - Medicina folklorica
  - Medicina holística
  - Medicina Naturopática
  - Medicina Osteopática

- Medicina tradicional oriental
- Quiromasaje, Quiropráctica
- Qi gong
- Reiki
- Reflexoterapia
- Sanación pranika
- Sofrologia
- Terapia floral
- Terapia de toque
- Watsu
- Yoga

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**
  Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.

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

- **PARTO**
  Salida del feto del cuerpo materno, dando por finalizado el embarazo.

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

- **PREEXISTENCIA**
  Toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del ASEGURADO, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.
  No se considerará como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.

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

- **PRÓTESIS**
  Es una extensión artificial, que sustituye parte del cuerpo, su utilidad puede ser funcional o estética.
  Ejemplos de PRÓTESIS: Ortopédicas, auditivas, ocular, genital, dental.
- **PRÓTESIS QUIRÚRGICAS**
  Pieza o aparato artificial que sustituye a un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.

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

- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**
  Conjunto de prestadores de salud tales como clínicas, centros médicos, hospitales que se encuentran afiliados a la COMPAÑÍA y que se detallan en la póliza del ASEGURADO.

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

- **SALUD**
  Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

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

- **SINIESTRO**
  Reclamo o solicitud de cobertura efectuado por el ASEGURADO.
- **SOLICITUD DE BENEFICIOS**
  Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que el ASEGURADO completa y suscribe resumiendo sus requerimientos de atención médica, sea ambulatoria u hospitalaria, debidamente complementado y autorizado por el profesional médico competente.

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

- **SOLICITUD DE SEGURO**
  Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, en el cual consignando la identificación del ASEGURADO y dependientes, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la Declaración de SALUD de los solicitantes.

- **SUSCRIPCION DE POLIZAS DE SALUD**
  Políticas y procesos definidos por la Compañía para fines de asumir o no el riesgo; entre sus instrumentos se incluyen: Declaración de Salud; Examen de Asegurabilidad, interrogatorio ginecológico, perfil de exámenes auxiliares por edad y sexo. Puede incluir además: exámenes adicionales y/o informes médicos.

- **TABLA DE BENEFICIOS**
  Cuadro inserto en la CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que contiene las especificaciones de las coberturas y los límites de las sumas aseguradas, así como el COPAGO, COASEGURO y DEDUCIBLE ANUAL a cargo del ASEGURADO.

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

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

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

ANEXO 3-C

000119

pacífico

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: S/. 521,185,540.00
CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA
SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza No. 9797782

FECHA DE INGRES	: 31/07/2013	365 DIAS	**ENDOSO No. 4560289**
VIGENCIA	: DEL 31/07/2013 A LAS 12:00hs HASTA 31/07/2014 A LAS 12:00hs.		
CONTRATANTE	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL		8326652
ASEGURADO	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL		124261105
DIRECCION DE COBRANZA	: CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA		
DEPARTAMENTO	: LIMA		
PROVINCIA	: LIMA		
DISTRITO	: SAN BORJA		
MONEDA	: NUEVOS SOLES		

SE DEJA CONSTANCIA POR EL PRESENTE ENDOSO QUE,
ENDOSO CORRESPONDE A LA PRIMA DESDE EL 02/07/2013 AL 31/07/2013 DE PÓLIZA 7664910.

PRIMA	32.38	
DERECHO DE EMISION	0.97	
INTERESES	0.00	
I.G.V	6.00	
TOTAL	39.35	NUEVOS SOLES

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza (a excepción de lo expresamente variado por el endoso) quedan en todo su vigor

Emitida en Miraflores, a los 27 días del mes de Agosto del 2013

JUAN MESA GERENTE DE DIVISION	LUCIANO BEDOYA GERENCIA OPERACIONES	FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

RNAVARRE LESASPOO 28/08/2013 09:37
COD.SBS.: AE0446420002

pacífico

Póliza MNAC - 9797782

Cliente : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 41161228
- **Fec. Nacimiento** : 11/09/1981
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA SAN BORJA - LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación**: INGENIERO

Asegurado : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 41161228
- **Fec. Nacimiento** : 11/09/1981
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA SAN BORJA - LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación**:

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL Póliza N° 9797782

RELACION DE ASEGURADOS

N° DEPENDIENTE		SEXO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	EDAD	FEC.INGRESO
1	TITULAR	MASCULINO	SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	11/09/1981	31	31/07/2013

CONDICIONES ESPECIALES

POR CONTINUIDAD DE SEGURO, QUEDAN ELIMINADOS LOS PERIODOS DE CARENCIA Y DE ESPERA, A EXCEPCION DEL PERIODO PARA TRASPLANTES DE ORGANOS.
EL BENEFICIO PARA TRASPLANTE DE ORGANOS TIENE UN PERIODO DE ESPERA DE 24 MESES CONTADOS APARTIR DEL 05/09/2012.

SE OTORGA COBERTURA DE DIAGNOSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACION DEL SEGURO DE CONTINUIDAD (05/09/2012) POLIZA SALUD TOTAL 7664910.

CLAUSULA DE EXCLUSION

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES MEDICOS AL INICIO DEL SEGURO, LA PRESENTE POLIZA NO CUBRE NINGUN TRATAMIENTO MEDICO RELACIONADO CON LAS SIGUIENTES DOLENCIAS, COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS

TITULAR	SEGOVIA EZEQUIEL	TRAUCO	OSCAR	HEMORROIDES
				RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA

COD SBS AE0446420002

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL **Póliza N° 9797782**

IMPORTANTE

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

"Incluye cláusula de: Defensa del Asegurado"

"De acuerdo a lo indicado en el artículo 18° de las condiciones generales, la Póliza estará sujeta a las primas y a las nuevas condiciones generales o particulares que pudieran establecerse en el contrato a la fecha de cada vigencia. La edad alcanzada en cada vigencia determinará el rango para el cálculo de la prima".

000123

Señor(a).-
Oscar Ezequiel Segovia Trauco
Calle Ocho Nro 256 Dpto 6 Piso 3 Urb Monterrico Norte Intsec 6 Ref 2 Cdras Del Puesto De Seguridad Ciudadana
San Borja-Lima
Póliza N°: 9797782
Fecha de vigencia: 31/07/2013 - 31/07/2014
Agente: S I Worksite No Grupo
Vendedor: Quiñones Calmet, Cristina Maria Del Carmen

Estimado(a) Oscar Ezequiel Segovia Trauco:

Queremos felicitarlo por tener el SEGURO DE SALUD TOTAL y agradecemos su preferencia por Pacífico. Tener un seguro debe ser visto como una inversión para salvaguardar su bienestar y el de los suyos, así como un medio que le permita contar con un verdadero respaldo frente a situaciones inesperadas.

Asimismo, le recordamos que es importante también que lea detenidamente su póliza, ya que es en ella donde encontrará detalles sobre sus coberturas y/o exclusiones particulares.

Si tiene alguna duda o requiere información adicional acerca de su seguro, por favor comuníquese con nuestra Central de Información y Ventas al 01 513-5000 desde Lima y provincias.

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

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

Cordialmente,

Jorge Gomez
Gerente de Suscripción y
Productos de Salud

Cliente

pacifico

RUC Nro. 20100035392

AVISO DE COBRANZA N° 40790289

Póliza : 979782

SEGURO DE SALUD TOTAL

Vigencia : 31/07/2013 - 31/07/2014
Cliente : SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL 8326652
R.U.C. N° : **Télefono** : 4365789
Dirección : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA
Localidad : SAN BORJA LIMA LIMA
Asegurado : SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL 124261105
Agente : WORKSITE NO GRUPO S I 0305037
Dirección : AV CAMELIAS NRO 780 PISO 8
Localidad : SAN ISIDRO LIMA LIMA
Teléfono : **R.N.P.**

Conceptos	Importe
Prima	**2,229.00**
Derecho de Emisión	**66.87**
Intereses	**0.00**
I.G.V.	**413.26**
S/.	2,709.13

FORMA DE PAGO
< Pago Al Contado Cuota >

E01249

Emitido el 27 de Agosto del 2013

Débito Automático en Banco de Crédito del Perú

Estimado Cliente :
La Superintendencia de Banca y Seguros con Resolución SBS Nro. 225-2006 de fecha 16/02/2006, dispone que la cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud del seguro y el pago de la prima.
El incumplimiento del pago establecido en el convenio de pago origina la suspensión inmediata de la cobertura.
La factura se emitirá al momento del pago correspondiente.

Emisor : LESANCHE

AVISCOBP

Cliente

pacifico

CAPITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: S/. 640,185,540.00
CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA
SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza No. 9797782

FECHA DE INGRESO	: 31/07/2013
VIGENCIA	: 31/07/2013 AL 31/07/2014 365 DIAS A LAS 12 M
CONTRATANTE	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL 8326652
ASEGURADO	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL 124261105
DIRECCION DE COBRANZA	: CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA
DEPARTAMENTO	: LIMA
PROVINCIA	: LIMA
DISTRITO	: SAN BORJA
MONEDA	: NUEVOS SOLES

BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA	**S/. 9,600,000** HASTA CUMPLIR LOS 75 AÑOS DE EDAD	**S/. 9,600,000** A PARTIR DE LOS 75 AÑOS DE EDAD

PRIMA	2,229.00	
DERECHO DE EMISION	66.87	
INTERESES	0.00	
I.G.V	413.26	
TOTAL	2,709.13	NUEVOS SOLES

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

Emitida en Miraflores, a los 27 días del mes de Agosto del 2013

JUAN MESA GERENTE DE DIVISION	LUCIANO BEDOYA GERENCIA OPERACIONES	FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

REVISAR EL CONDICIONADO GENERAL, forma parte integral cel contrato. LESASPOO 11/10/2013 09:45
E01249

COD.SBS.: AE0446420002

pacífico

Póliza MNAC -9797782

Cliente : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 41161228
- **Fec. Nacimiento** : 11/09/1981
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA SAN BORJA - LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación**: INGENIERO

Asegurado : OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO

- **Doc. Identidad** : D.N.I. N° 41161228
- **Fec. Nacimiento** : 11/09/1981
- **Tipo Nacionalidad** : NACIONAL
- **Señas Particulares** :
- **Domicilio** : CALLE OCHO NRO 256 DPTO 6 PISO 3 URB MONTERRICO NORTE INTSEC 6 REF 2 CDRAS DEL PUESTO DE SEGURIDAD CIUDADANA SAN BORJA - LIMA - LIMA - PERU
- **Profesión/Ocupación**:

pacifico

SEGURO DE SALUD TOTAL Póliza N° 9797782

RELACION DE ASEGURADOS

N° DEPENDIENTE		SEXO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	EDAD	FEC.INGRESO
1	TITULAR	MASCULINO	SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	11/09/1981	31	31/07/2013

CONDICIONES ESPECIALES

POR CONTINUIDAD DE SEGURO, QUEDAN ELIMINADOS LOS PERIODOS DE CARENCIA Y DE ESPERA, A EXCEPCION DEL PERIODO PARA TRASPLANTES DE ORGANOS.
EL BENEFICIO PARA TRASPLANTE DE ORGANOS TIENE UN PERIODO DE ESPERA DE 24 MESES CONTADOS APARTIR DEL 05/09/2012.

SE OTORGA COBERTURA DE DIAGNOSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACION DEL SEGURO DE CONTINUIDAD (05/09/2012) POLIZA SALUD TOTAL 7664910.

CLAUSULA DE EXCLUSION

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES MEDICOS AL INICIO DEL SEGURO, LA PRESENTE POLIZA NO CUBRE NINGUN TRATAMIENTO MEDICO RELACIONADO CON LAS SIGUIENTES DOLENCIAS, COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS

TITULAR	SEGOVIA EZEQUIEL	TRAUCO	OSCAR	HEMORROIDES
				RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA

COD SBS - AE0446420002

IMPORTANTE

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

"Incluye cláusula de: Defensa del Asegurado"

"De acuerdo a lo indicado en el artículo 18° de las condiciones generales, la Póliza estará sujeta a las primas y a las nuevas condiciones generales o particulares que pudieran establecerse en el contrato a la fecha de cada vigencia. La edad alcanzada en cada vigencia determinará el rango para el cálculo de la prima".

pacífico

RESUMEN
SEGURO DE SALUD TOTAL

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

Exclusiones
Los gastos no cubiertos y las exclusiones se detallan en el Artículo 8° (Gastos no cubiertos y exclusiones) de las Condiciones Generales de la Póliza y en las respectivas Cláusulas Adicionales, de ser el caso.
Si el siniestro se originase como consecuencia de alguno de dichos supuestos no se otorgará la cobertura del seguro.

Causales de terminación de la cobertura (causales de resolución y/o de nulidad del contrato).
Se encuentran señaladas en los artículos 22° (Resolución automática del contrato), 25° (Declaración Falsa y/o Reticente) de las Condiciones Generales de la Póliza.

Procedimiento y plazo para presentar la solicitud de cobertura
Se encuentra establecido en el Artículo 10° (Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú) de las Condiciones Generales de la Póliza.

Mecanismos de solución de controversias
Se encuentra previsto en el Artículo 30° de las Condiciones Generales de la Póliza.

Procedimiento para presentar Reclamos por insatisfacción de los Asegurados
En caso de consultas y/o reclamos el ASEGURADO puede contactarse con la COMPAÑÍA a través de su central de información y ventas llamando a los teléfonos indicados en la parte posterior del carnet del Asegurado o ingresando a la Página Web: www.pacificoseguros.com, así mismo puede acercarse personalmente a la oficina de la sede principal ubicada en la Torre Pacífico en la avenida Juan de Arona Nro. 830 San Isidro, Lima.

Defensoría del Asegurado
En caso que el cliente no esté de acuerdo con la forma en que la COMPAÑÍA resolvió su controversia puede acudir a la Defensoría del Asegurado, siempre que dicha controversia se encuentre dentro de los alcances de su competencia según lo establecido en el Reglamento de la Defensoría. ((i) Web: www.defaseg.com.pe. (ii)Telefax: 01 446-9158. (iii) Dirección: Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, Lima.)

pacífico

TABLA DE BENEFICIOS	
Producto:	**SEGURO DE SALUD TOTAL**
Beneficio máximo anual:	S/. 9'600,000 por persona asegurada
Modalidad de atención:	Este seguro reconoce la atención al crédito y a reembolso, es decir, el asegurado deberá pagar el copago y coaseguro correspondiente de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.
Períodos de carencia:	30 días calendario para las atenciones ambulatorias y hospitalarias 90 días calendario para los casos oncológicos (cáncer)
Períodos de espera:	10 meses para diagnósticos y atenciones específicas, listadas en el Artículo 5° del Condicionado General 18 meses para maternidad 24 meses para trasplantes

Copago: Monto fijo que debe pagar el asegurado por cada consulta médica u hospitalización, de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.
Coaseguro: Porcentaje de los gastos cubiertos que debe pagar el asegurado por cada atención ambulatoria u hospitalización, de acuerdo a la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.

COBERTURAS POR ASEGURADO POR VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA
EMERGENCIAS **Comuníquese con Pacífico Asiste al (01) 415-1515 desde Lima o provincia**
- Llamar a Pacífico Asiste o acudir a cualquier proveedor médico afiliado presentando el documento de identidad o carnet de asegurado. - El plazo máximo para dar notificación de la emergencia y contar con la cobertura, es dentro las 24 horas de ocurrida la emergencia. - Las emergencias accidentales ambulatorias son cubiertas al 100%. - Las emergencias médicas / urgencias médicas, se cubren según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados donde se brinde la atención.

Ambulancia por emergencia accidental o emergencia médico-quirúrgica	COPAGO	COASEGURO
Por cualquier emergencia en la casa, en el trabajo o donde se encuentre, será auxiliado a través de la orientación de un médico y el envío de una ambulancia.	Sin Copago	Sin Coaseguro

Límites:

En Lima:
- **Por el norte:** Hasta Comas, Independencia.
- **Por el sur:** Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador.
- **Por el este:** Hasta Chaclacayo y Lurigancho – Chosica (hasta Puente Los Ángeles).
- **Por el oeste:** Hasta La Punta – Callao.

En Trujillo:
- **Por el norte:** Desde el km 573 de la Panamericana hasta el desvío a la Vía de Evitamiento en El Milagro.
- **Por el sur:** Desde el km 553 de la Panamericana hasta el desvío a Salaverry.
- **Por el este:** Hasta Laredo.
- **Por el oeste:** desde Salaverry hasta Huanchaco.

En Arequipa:
- **Por el norte:** Hasta la zona cono norte.
- **Por el sur:** Hasta la zona Socabaya – Lara.
- **Por el este:** Hasta el distrito de Paucarpata – Urb. Miguel Grau.
- **Por el oeste:** Hasta distrito de Sachaca.

Atención por emergencia accidental ambulatoria		
Siempre que el manejo de la emergencia accidental sea de manera exclusivamente ambulatoria y hasta la rehabilitación del paciente, por un periodo máximo de 60 días calendarios.	Sin Copago	Sin Coaseguro
Los gastos posteriores serán reconocidos como cualquier atención ambulatoria u hospitalaria, afectos al copago y coaseguro correspondiente.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	

Atención por emergencia médico-quirúrgica	
En caso que a consecuencia de un accidente, se requiera hospitalización o cirugía ambulatoria. En esta situación la emergencia será reconocida bajo las condiciones de gastos de hospitalización o gastos ambulatorios según corresponda, desde el primer día de la atención.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados

En el extranjero		
Asistencia al Viajero en el extranjero en caso de emergencias accidentales o médicas. Llamando al Operador Internacional AXA ASSISTANCE 1 (866) 986-5518. Mayor detalle de las coberturas revisar el condicionado General.	Sin Copago Hasta US$ 15,000 en países no Schengen. Hasta €30,000 en países Schengen	Sin Coaseguro

pacífico

ATENCION A DOMICILIO Comuníquese con Pacífico Asiste al (01) 415-1515 desde Lima o provincia	COPAGO	COASEGURO
Médico a domicilio Atención programada desde la comodidad de su hogar.		
En Lima:		
- Medicina general, medicina interna y pediatría.	S/. 50	Sin Coaseguro
- Cardiología, dermatología, gastroenterología y geriatría.	S/. 80	Sin Coaseguro
Límites: - **Por el norte:** Hasta Comas, Independencia. - **Por el sur:** Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador. - **Por el este:** Hasta Chaclacayo y Lurigancho – Chosica (hasta Puente Los Ángeles). - **Por el oeste:** Hasta La Punta – Callao.		
En Provincias (*):		
- Medicina general.	S/. 30	Sin Coaseguro
(*)Servicio en la zona urbana de las ciudades de Piura, Talara, Cajamarca, Trujillo, Cusco y Arequipa. Esta cobertura está condicionada a la disponibilidad de los médicos en el lugar del domicilio del asegurado.		

TIPOS DE ATENCION		
ATENCION AMBULATORIA	**COPAGO**	**COASEGURO**
En la red de proveedores médicos afiliados.		
- Red 1	S/. 30	10%
- Red 2	S/. 35	10%
- Red 3	S/. 40	15%
- Red 4	S/. 60	25%
- Red 5	S/. 70	30%
- Red 6	S/. 80	40%
- Red 7	S/. 90	40%
Atención a reembolso		
- En Lima (Tarifa A + 200%)	S/. 105	35%
- En Lima con medicamentos adquiridos en FASA	S/. 105	30%
- En provincias (Tarifa A + 200%)	S/. 40	15%

AEO446420002

Atención en Centro Salud Pacífico		
- Sólo en Lima (medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia en las instalaciones de la Clínica Tezza).	S/. 30	Sin Coaseguro
Cuidado continuo de la salud		
Programa de atención y control para enfermedades crónicas (asma, hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo II). Sujeto a evaluación. Para acceder a este servicio debe llamar a la Central de Información y Ventas (01) 513- 5000, en donde podrá obtener una cita en Centro Salud Pacífico Tezza, Cl. San Borja o Médicos a domicilio. Una vez que el paciente acepte ingresar al programa podrá elegir dónde realizar sus próximos controles: Centro Salud Pacífico Tezza, Cl. San Borja, o a través de Médico a domicilio.	Sin copago	Sin coaseguro
Cirugía ambulatoria		
Intervención quirúrgica que utiliza sala de operaciones y que no requiere de hospitalización.	Según condiciones hospitalarias de la red	
Atención al Crédito		
- Atención a Reembolso (Tarifa A + 200%)	S/.1,300	35%

ATENCIÓN HOSPITALARIA	COPAGO	COASEGURO
En la red de proveedores médicos afiliados. Los **copagos y coaseguros aplican a cada hospitalización para los primeros S/.30,000**. Si los gastos hospitalarios cubiertos superan los S/.30,000, éstos serán asumidos por la compañía al 100%.		
Red 1	Sin copago	5%
- Red 2	Sin copago	10%
Red 3	Sin copago	10%
- Red 4	1 día de habitación	10%
Red 5	1 día de habitación	15%
- Red 6	1 día de habitación	20%
Red 7	1 día de habitación	25%
Atención a reembolso		
En Lima	S/. 1300	35%
- En provincias	Sin Copago	10%
Aplica Tarifario Pacífico: Tarifa "A" + 200%. El copago y el coaseguro se aplican al monto equivalente a la Tarifa "A" + 200%.		

AEO446420002

pacífico

PROGRAMA DE MATERNIDAD Aplica periodo de espera 18 meses	COPAGO	COASEGURO
En el Perú		
Parto normal (incluye suite), cesárea y/o parto múltiple, aborto o amenaza de aborto y los gastos de atención inmediata del recién nacido normal sin complicaciones (pediatra en sala de PARTOS o sala de operaciones, sala de bebes de recién nacido normal, exámenes de laboratorio: grupo y factor, hematocrito, glucosa).	Sin copago	Sin coaseguro
Complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio		
Para todos los proveedores médicos afiliados.	Al 100% hasta S/. 9,000	
Atención a reembolso		
Parto normal, cesárea y/o parto múltiple, aborto o amenaza de aborto, complicaciones durante el embarazo *Reembolso máximo por embarazo: S/. 12,000 (incluye honorarios).* *Límites de honorarios:* - *Parto normal, aborto o amenaza de aborto, complicaciones del embarazo hasta S/. 3,000.* - *Cesárea o parto múltiple hasta S/. 4,500.*	Sin copago	Sin coaseguro

Control prenatal (Incluye perfil prenatal)	COPAGO	COASEGURO
Control prenatal	S/. 105	Sin coaseguro

Al crédito, en **red prenatal** (*) incluye consultas y vitaminas.
Las prescripciones de presentaciones en polvo y ampollas bebibles deben tener sustento registrado en la historia clínica y son sujetas a auditoria médica de Pacífico.

Incluye:

a) Consulta
- 1 consulta mensual en los 7 primeros meses (1 a 32 semanas de gestación)
- 1 consulta quincenal durante el 8vo mes (33 a 36 semanas de gestación)
- 1 consulta semanal durante el 9no mes (37 semanas hasta el parto)

b) Esquemas profilácticos aceptados
- **Ácido fólico:** En tabletas, solamente durante el primer trimestre.
- **Polivitamínicos:** A partir del segundo trimestre. En tabletas, cápsulas o comprimidos para administración vía oral.
- Suplementos vitamínicos, minerales y oligoelementos profilácticos, como tratamiento preventivo de condiciones no mórbidas.

c) Esquemas terapéuticos aceptados
- **Hierro (en caso de anemia):** En tabletas, comprimidos o jarabes para administración vía oral, o ampollas parenterales. Puede recetarse solo o combinado con Ácido Fólico.
- **Calcio más vitamina D**: En tabletas o comprimidos.
- **No se cubren** polivitamínicos cuando se requieran dosis terapéuticas de hierro más calcio.

Atención a **reembolso** (no incluye vitaminas) *Reembolso máximo: S/. 1,000 por embarazo, incluye consulta.*	Sin copago	Sin coaseguro
Servicios prenatales (Perfil prenatal)	Sin copago	20%

Al crédito, en **red prenatal** (*) incluye laboratorio, 1 PAP, 3 ecografías y 3 dosis de vacuna antitetánica.

Detalle perfil prenatal	1ra. consulta	19 a 22 semanas	27 a 29 semanas	32 a 35 semanas
Hemograma completo (Incluye como mínimo Numeración y fórmula leucocitaria; Hemoglobina, Hematocrito, Recuento de plaquetas)	✓	-	-	✓
Grupo sanguíneo y Factor Rh	✓	-	-	-
Glicemia basal	✓	-	✓	-
Creatinina	✓	-	-	-
VDRL ó RPR	✓	-	-	✓
ELISA VIH1-VIH2	✓	-	-	✓
Papanicolaou[1]	✓	-	-	-
Ecografía Bidimensional (tres ecografías) [2]	✓	-	-	-
Examen odontológico[3]	✓	-	-	-
Inmunización Antitetánica	Tres dosis hasta los 45 días post parto.			
Examen de orina[4]	✓	Solo como intercurrencia		
Urocultivo	Solo como intercurrencia			
HBAgS (Antígeno Australiano)	Según criterio médico			
Coombs indirecto[5]	Según criterio médico			
Isoinmunización Factor RH (-)	Según criterio médico			

[1] Sólo para gestantes que no se hayan realizado un PAP en el último año.
[2] Fecha de 2da y 3ra ecografía de acuerdo a criterio médico.
[3] En prestadores de la Red Odontológica preventiva, según su póliza.
[4] Examen de orina adicional solo en caso de intercurrencia.
[5] Sólo para gestantes con riesgo de incompatibilidad sanguínea.

(*) **Red prenatal**: **Lima:** Cl. San Borja, Cl. Santa Isabel, Cl. Ricardo Palma – Central, Cl. San Pablo - Central. **Arequipa:** CM, Galeno, Cl. Arequipa. **Cajamarca:** Cl. Limatambo. **Chiclayo:** Cl. del Pacífico. **Trujillo:** Cl. Sánchez Ferrer, Cl. Peruano Americana. **Piura:** Cl. Belén, Cl. Administradora San Miguel.

Importante: En **otros proveedores** médicos **afiliados** de red 1 a red 6 (sólo consulta, no incluye vitaminas). Según condiciones ambulatorias de la red de proveedores afiliados.

AEC446420002

pacífico

Programa Madre-Niño	COPAGO	COASEGURO
Sólo en proveedores indicados (*). - **En Lima:** **Opción 1: Prenatal** 7 sesiones de psicoprofilaxis, 8 sesiones de yoga prenatal, 8 sesiones de Pilates prenatal, 3 sesiones de taller postparto, 1 sesión de consultoría en lactancia materna. **Opción 2: Escuela para embarazadas** 7 sesiones de psicoprofilaxis, 8 sesiones de yoga prenatal, 4 sesiones de natación, 3 sesiones de taller postparto, 1 sesión de consultoría en lactancia materna. - **En provincias:** 7 sesiones de psicoprofilaxis.	Copago único S/. 500 Copago único S/. 400 Copago por sesión S/. 25	
(*) **Proveedores: Lima:** Prenatal, Escuela para embarazadas. **Piura:** Cl. San Miguel y C.M. Pediátrico Carita Feliz. **Cajamarca:** Cl. Los Fresnos y Cl. Limatambo Cajamarca. **Trujillo:** Cl. Peruano Americana. **Arequipa:** Cl. Hogar Clínica San Juan de Dios.		
Screening neonatal		
En Metabolic Test by Step One (Servicios de Salud & Asociados).	Copago único S/. 630	
Vacunas del programa ampliado de inmunización del Ministerio de Salud		
En el centro de vacunación de la Cl. Javier Prado al 100%.	Sin Copago	Sin Coaseguro

AEO446420002

COBERTURAS ADICIONALES		
Oncología (Cáncer)	**COPAGO**	**COASEGURO**
En el Perú – Al crédito		
- Atención ambulatoria - Atención hospitalaria	Sin copago Sin copago	Sin coaseguro Sin coaseguro
A reembolso		
En proveedores médicos no afiliados	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Tratamientos oncológicos cubiertos		
Quimioterapia	✓	
Radioterapia	✓	
Radiocirugía	✓	
Cirugía oncológica	✓	
Cirugía de hallazgo	✓	
Segundo cáncer primario	✓	
Cirugía reconstructiva por cirugía oncológica mutilante	✓	
Consejería oncológica	✓	
Alimentación para acompañante	✓	
Ambulancia terrestre al alta hospitalaria	✓	
Nutrición parenteral	✓	
PET Scan (2 al año)	✓	
Terapia biológica: Anticuerpos monoclonales, Antiangiogénicos, Inhibidores del Proteosoma, Inhibidores de la Tirosin Kinasa, Factores estimulantes de colonia, Tratamiento con Interferón.	✓	
(*) Red oncológica: Lima: Centro Oncológico Aliada, Cl. San Borja, Cl. El Golf, INEN, Centro de Radioterapia de Lima, Instituto Oncológico Miraflores, Instituto Oncológico de Lima, Neomedic, Cl. Vesalio, Cl. Good Hope, Cl. Stella Maris, Cl. Javier Prado, Cl. San Pablo – Central, Cl. Ricardo Palma - Central. **Arequipa:** Cl. Hogar Clínica San Juan de Dios, Centro Especializado de Enfermedades Neoplásicas, CM Monte Carmelo, Cl. Arequipa. **Chiclayo:** Unidad Oncológica. **Cuzco:** Cl. San José, CM Pardo. **Huancayo:** Cl. Cayetano Heredia. **Piura:** Cl. Administradora San Miguel, Cl. Belén, Cl. Miraflores. **Trujillo:** Cl. Peruano Americana, Cl. Sánchez Ferrer.		
Reconstrucción mamaria En caso de mastectomía radical o total por cáncer.		
En Cl. Javier Prado y Cl. Stella Maris		
- Atención ambulatoria - Atención hospitalaria	Sin copago Sin copago	Sin coaseguro Sin coaseguro

pacífico

Odontología		
Atenciones y consultas relativas al cuidado de la salud bucal, en centros odontológicos afiliados. Copago por pieza tratada y terminada.	S/. 30	15%
Incluye: - **Consultas:** Examen clínico y odontograma - **Prevención:** Consulta preventiva odontológica, profilaxis, destartraje simple, aplicación de Flúor hasta los 12 años. - **Cirugía bucal:** Exodoncia simple. - **Restauraciones directas:** Obturación con amalgama simple, compuesta, compleja; obturación anterior con resina simple, compuesta y compleja; obturación posterior con resina simple, compuesta y compleja. - **Rayos X:** Bite wig, periapical, oclusal. - **Endodoncias:** Endodoncias de incisivos y caninos, premolares y molares, pulpotomía, pulpectomía.		
Prótesis dental Sólo al crédito. En casos de emergencias accidentales (golpes, caídas, asaltos, accidentes automovilísticos) en el COA.	Sin copago	Sin coaseguro
Oftalmología		
- Red oftalmológica 1 - Red oftalmológica 2	S/. 30 S/. 35	10% 10%
- En proveedores médicos afiliados de red 1 a red 7	Según condiciones ambulatorias de la red de proveedores médicos afiliados	
Medición de vista en el Perú (una vez al año) - En **Lima:** En redes oftalmológicas 1 y 2. - En **provincias:** En centros oftalmológicos	Sin copago	Sin coaseguro
Enfermedades congénitas del recién nacido en póliza		
Límite máximo anual: S/. 80,000 por persona. Para hijos recién nacidos de madres cuyo parto tenga derecho de cobertura y que hayan sido inscritos en la póliza de seguro dentro de 30 días a partir de la fecha de nacimiento.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Enfermedades congénitas no diagnosticadas		
Límite máximo de por vida: S/. 80,000 por persona. Enfermedades congénitas y de tipo genético hereditario no diagnosticadas antes de ingresar a la póliza de seguro.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	

Enfermedades epidémicas	COPAGO	COASEGURO
Límite máximo anual: S/. 60,000 por persona.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	
Osteoporosis		
Al crédito al 100%, sólo con diagnóstico de osteoporosis post menopáusica por densitometría ósea.	Sin copago	Sin coaseguro
Vacuna virus del Papiloma Humano		
Al crédito al 100% en la red de chequeos preventivos integrales. Aplica reembolso luego de culminar las 3 dosis, hasta S/. 600. Para mujeres entre 10 y 17 años. Sólo en Lima.	Sin Copago	Sin coaseguro
Trasplante de órganos **Aplica periodo de espera 24 meses**		
Límite máximo anual de S/. 1'600,000 por persona. En establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del Ministerio de Salud.	Según condiciones hospitalarias de la clínica	
Prótesis y Stent		
Límite máximo anual: S/. 35,000 por persona. Incluye prótesis internas que sean quirúrgicamente necesarias. Excluye prótesis externas y dentales.	Sin copago	Sin coaseguro
Segunda opinion médica nacional (para cirugías programadas)		
Sólo consulta, previa coordinación con Pacífico	Sin copago	Sin coaseguro.
Segunda opinión médica internacional (para cirugías programadas)		
Al crédito, previa coordinación con Pacífico. Sólo envío de expedientes al extranjero y exámenes auxiliares en el Perú.	Sin copago	Sin coaseguro
Enfermedades relacionadas con el virus VIH		
Período de Espera: 3 años. Límite máximo anual: S/. 50,000 por persona.	Según condiciones ambulatorias / hospitalarias de la red de proveedores médicos afiliados	

AE0446420002

pacífico

Transporte por evacuación dentro del Perú	COPAGO	COASEGURO
En casos de: - **Emergencia accidental o Emergencia médico-quirúrgica.** En caso de que en el lugar de atención no haya resolución médica. Hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de siete asientos (vuelo nacional). Previa coordinación y aprobación de Pacífico.	Sin copago	Sin coaseguro
- **Hospitalización (sólo en provincias).** Sólo para casos de hospitalización donde no haya resolución médica en el lugar de la atención. Hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos (vuelo nacional). Hasta S/. 1,500 por transporte. Previa coordinación y aprobación de Pacífico.	Sin copago	Sin coaseguro
Liberación de pago de primas para los dependientes asegurados por fallecimiento del asegurado titular		
Por un año a partir del fallecimiento siempre que la muerte sea causada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza de seguro. Cumplido el año pueden continuar con el producto pagando la prima correspondiente.	Sin copago	Sin coaseguro
Sepelio en el Perú		
Paquete VIP hasta S/. 9,000, incluye sepultura y servicio funerario.	Sin copago	Sin coaseguro
Sepultura	**Funeraria Merino**	**Otras Funerarias**
En campo santo Huachipa		
Incluye: Monto por el fondo de conservación y mantenimiento perpetuo	✓	-
En los cementerios a elección de la familia: Campo Fe, Parque del Recuerdo, Jardines de la Paz, Jardines del Buen Retiro, entre otros.		
No incluye: Cuota de aporte al fondo de conservación y mantenimiento.	✓	✓
Servicio funerario	**Funeraria Merino**	**Otras Funerarias**
Asistencia de director funerario	✓	✓
Ataúd	Modelo natural con adornos de bronce	Modelo natural Roma o Duco Amadeus, adornos propios, acolchado en poliseda

AEO446420002

Capilla ardiente	Candelabros de madera, bronce o niquelado con cirios o luces, tarjetero, estampas de oración, reclinatorio, manto, alfombra, Cristo resucitado, urna para agua bendita, soportes de ataúd y porta cartel para salón velatorio.	Candelabros de bronce, iluminados o con velas naturales, tarjetero, manto especial, alfombra, Cristo resucitado posterior, soportes de ataúd.
Preparación tanatológica del fallecido	✓	✓
Salón velatorio	✓	✓
Tramitación, traslado e instalación del servicio	✓	✓
Trámite de inscripción de la partida de defunción según exigencia municipal	✓	✓
Carroza de lujo	✓	✓
Carro para ofrendas florales	✓	✓
Cargadores (seis cargadores uniformados con smoking negro)	✓	✓
Obituario (2 x 1) Diario "El Comercio" de Lunes a Sábado	Necropsia de ley	Necropsia de ley
Vehículo de acompañamiento (24 pasajeros)	✓	✓
Arreglo floral (lágrima)	✓	✓
Salón velatorio (01 noche a elección no aplicable al velatorio de Jardines de la Paz - La Molina)	✓	-
Coordinaciones paras el Certificado de Defunción, retiro del fallecido, contratación de salón velatorios y cementerios.	✓	-
Cremación	**Funeraria Merino**	**Otras Funerarias**
No incluye cinerario	Ni columbario	✓
Urna para cenizas	De bronce, madera y/o mármol de Carrera	De bronce, mármol travertino o madera con adornos de bronce
Horno crematorio	Hasta US$530.00	✓
Derecho de salubridad	✓	✓
Necropsia de ley	✓	✓

AE446420002

pacífico

PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCION
Separe su cita llamando a la Central de Información y Ventas (01) 513-5000.

Chequeo preventivo pediátrico y juvenil (*) en red preventiva
Una vez al año y de manera gratuita (sin copago y sin coaseguro), tus hijos dependientes tienen derecho a:

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

(*) Red preventiva: Lima: Cl. Vesalio, Cl. Limatambo San Isidro, CM Jockey Salud, Suiza Lab, San Pablo (sede central).
Arequipa: CM Galeno, Monte Carmelo, Suiza Lab. **Chiclayo:** Servimédicos. **Cuzco:** CM Pardo.
Piura: Cl. Belén. **Tacna:** Promedic. **Trujillo:** Cl. Sánchez Ferrer.

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

Evaluación integral	Mujeres (años)		Hombres (años)	
	18 a 39	40 a más	18 a 39	40 a más
Clínica	✓	✓	✓	✓
Odontológica	✓	✓	✓	✓
Oftalmológica	✓	✓	✓	✓
Medición de presión intraocular	-	✓	-	✓
Hemograma	✓	✓	✓	✓
Glicemia	-	✓	-	✓
Colesterol total	-	✓	-	✓
Ginecológico	✓	✓	-	-
Papanicolau	✓	✓	-	-
Mamografía	-	✓	-	-
Antígeno prostático	-	-	-	✓
Examen completo de orina	✓	✓	✓	✓
Creatinina	✓	✓	✓	✓
Electrocardiograma	-	✓	-	✓
Transaminasa glutámico pirúvica (TGP)	✓	✓	✓	✓
Thevenon	-	✓	-	✓
Triglicéridos	-	✓	-	✓

(*) **Red preventiva: Lima:** Cl. San Borja, Cl. Vesalio, Cl. Limatambo San Isidro, CSP Tezza, CM Jockey Salud, Suiza Lab, San Pablo (sede central), Control Vital.
Arequipa: CM Galeno, Monte Carmelo, Suiza Lab. **Chiclayo:** Servimédicos. **Cuzco:** CM Pardo.
Piura: Cl. Belén. **Tacna:** Promedic. **Trujillo:** Cl. Sánchez Ferrer.

Exámenes complementarios al chequeo preventivo integral
Los siguientes chequeos médicos, complementarán su evaluación de riesgo, con tarifas preferenciales. Incluyen:

LIMA			
Exámenes	**Suiza Lab**	**Vesalio**	**Control Vital**
Fosfatasa alcalina Radiografía de tórax Endoscopía gástrica Ecodoppler carotídeo Colonoscopía	**Precio Pacífico:** S/. 1,067.00 **Precio Normal:** S/. 1,276.00 Descuento: 16%	**Precio Pacífico:** S/. 2,018.38 **Precio Normal:** S/. 2,654.20 Descuento: 24%	**Precio Pacífico:** S/. 1,622.00 **Precio Normal:** S/. 1,720.00 Descuento: 6%
Exámenes	**CSP Tezza**	**San Pablo**	
Fosfatasa alcalina Radiografía de tórax Endoscopía gástrica Ecodoppler carotídeo Colonoscopía	**Precio Pacífico:** S/. 1,154.00 **Precio Normal:** S/. 2,725.46 Descuento: 58%	**Precio Pacífico:** S/. 1,809.00 **Precio Normal:** S/. 2.673.14 Descuento: 33%	

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

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

AEO446420002

pacífico

CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN LIMA

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

Nombre de la Clínica ó Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Red 1			
Cl. El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miro Quesada N° 1030	319-1500
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
Cl. Good Hope	Miraflores	Av. Malecón Balta N° 956	610-7300
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Cl. Limatambo - San Juan de Lurigancho	San Juan de Lurigancho	Av. Proceres de la Independencia N° 2701	415-1600
Cl .San Juan Bautista	San Juan de Lurigancho	Av. Proceres de la Independencia N° 1764	610-4545
Cl. Santa María del Sur	San Juan de Miraflores	Av. Belisario Suárez N° 998 Zona C	466-1928
C.M. San Judas Tadeo	San Miguel	Calle Manuel Raygada N° 170	219-1100
Red 2			
C.M. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Cl. Centenario Peruano Japonesa	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 675	218-1017
Cl. San Gabriel	San Miguel	Av. La Marina N° 2965	614-2222
Cl. San Jose Reaño	Callao	Av. Las Gaviotas N° 207	451-3454
Cl. Montefiori	La Molina	Av. Separadora Industrial N° 380	437-5151
C.M.. Medex	San Isidro	Av. República de Panamá N° 3065 1° y 2° piso	442-6284
Cl. Ricardo Palma Plaza Lima Sur	Chorrillos	Prolongación Paseo de la República s/n, Urb. Matellini	617-8200
Cl. Ricardo Palma Norte	Comas	Av. Túpac Amaru N° 391	525-6969
Cl. Cayetano Heredia	San Martín de Porres	Av. Honorio Delgado N° 370	482-3088
Cl. San Vicente	San Martín de Porres	Av. Perú N° 3220	568-2535
Cl. Materno Infantil Virgen del Rosario	Magdalena	Jr. Castilla N° 976	263-0776
Policlínico Organización de Salud Intercontinental (OSI)	Miraflores	Calle Gónzales Prada N° 385	446-3693
Policlínico Organización de Salud Intercontinental (OSI)	Surco	Av. Del Pinar N° 198	241-8188
Cl. Providencia	San Miguel	Calle Carlos Gonzales 250-260	660-6000

AEO446420002

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Red 3			
Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337	702-4300
Cl. Jesús del Norte	Los Olivos	Av. Carlos Yzaguirre N° 149 -153	613-4444
Cl. Tezza	Surco	Av. El Polo N° 570	610-5050
Cl. Maison de Sante - Chorrillos	Chorrillos	Av. Chorrilos N° 171	619-6000
Cl. Maison de Sante - Lima	Lima	Jr. Miguel Aljovín N° 208	428-8345
Cl. Especialidade Médicas	San Borja	Jr. Eduardo Ordoñez N° 468	225-5477
Red 4			
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Cl. Internacional - Lima	Lima	Jr. Washington N° 1471	619-6161
Cl. Internacional - San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 385	619-6161
Cl. Internacional Medicentro San Borja	San Borja	Av. Morelli Cdra. 2	619-6161 anexo 3151
Cl. Internacional Medicentro San Isidro	San Isidro	Av. Paseo de la República N° 3058	619-6161 anexo 4151
Cl. Internacional Medicentro El Polo	Surco	Av. La Encalada N° 960	619-6161 anexo 5851
C.M. Especializado Avendaño	Miraflores	Cl. Leónidas Avendaño N° 116	241-3006
Cl. Novocardio	San Isidro	Av. Salaverry N° 2665	628-8132
Red 5			
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. Santa Isabel	San Borja	Av. Guardia Civil N° 135	475-7777
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789,	610-3333
Oncocare (sólo ginecología)	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 1044	224-4088
Red 6			
Cl. British American Hospital	San Isidro	Calle Alfredo Salazar cdra. 3	616-8900
C.M. British American Hospital	La Molina	Av. La Fontana N° 362	437-7782
Red 7			
Cl. San Felipe	Jesús María	Av. Gregorio Escobedo N° 650	219-0000
C.M. San Felipe	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4833	219-0000
Cl. Montesur	Surco	Av. El Polo N° 505	317-4000
Cl. Concebir (Servicios y Promociones de Salud - SERPROSA)	San Isidro	Calle Los Olivos N° 364	221-4214
Red Pre y Post - Natal			
Cl. Montesur	Surco	Av. El Polo N° 505	317-4000
Cl. Santa Isabel	San Borja	Av. Guardia Civil N° 135	475-7777
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789	610-3333

AEO446420002

pacifico

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Clínicas y Centros Oncológicos			
Cl. San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 337	702-4300
Oncocare	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 1044	224-4088
Centro de Radioterapia de Lima	San Borja	Calle 22 No. 202	224-9310
Instituto Oncológico Miraflores	Miraflores	Jr. Independencia N° 1055	222-2208
Instituto Oncológico de Lima	San Borja	Calle 22 N° 202	225-7085
Neomedic	San Isidro	Av. José Galvez Barranechea N° 387	475-0085
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)	Surquillo	Av. Angamos Este N° 2520	201-6500
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
Cl. Good Hope	Miraflroes	Av. Malecón Balta N° 956	610-7300
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Cl. El Golf	San Isidro	Av. Aurelio Miro Quesada N° 1030	319-1500
Cl. Ricardo Palma - Central	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1066	224-2224
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789	610-3333
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
C.M. San Judas Tadeo	San Miguel	Calle Manuel Raygada N° 170	219-1100
Cl. Centenario Peruano Japonesa	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 675	218-1017
Cl. San Gabriel	San Miguel	Av. La Marina N° 2965	614-2222
Cl. Montefiori	La Molina	Av. Separadora Industrial N° 380	437-5151
C.M. Medex	San Isidro	Av. República de Panamá N° 3065 - 1° y 2° piso	442-6284
Cl. Ricardo Palma Plaza Lima Sur	Chorrillos	Prolongación Paseo de la República s/n	617-8200
Cl. Cayetano Heredia	San Martín de Porres	Av. Honorio Delgado N° 370	482-3088
Cl. Materno Infantil Virgen del Rosario	Magdalena	Jr. Castilla N° 976	263-0776
Cl. Jesús del Norte	Los Olivos	Av. Carlos Yzaguirre N° 149 -153	613-4444
Cl. Tezza	Surco	Av. El Polo N° 570	610-5050
Cl. Maison de Sante - Chorrillos	Chorrillos	Av. Chorrilos N° 171	619-6000
Cl. Maison de Sante - Lima	Lima	Jr. Miguel Aljovín N° 208	428-8345
Cl. Especialidade Médicas	San Borja	Jr. Eduardo Ordoñez N° 468	225-5477
Cl. Internacional - Lima	Lima	Jr. Washington N° 1471	619-6161
Cl. Internacional - San Borja	San Borja	Av. Guardia Civil N° 385	619-6161
Cl. British American Hospital	San Isidro	Calle Alfredo Salazar cdra. 3	616-8900
Cl. San Felipe	Jesús María	Av. Gregorio Escobedo N° 650	219-0000
Nota: Adicionalmente a estos proveedores, las atenciones oncológicas podrán realizarse en clínicas y centros afiliados de red 1 a red 7.			

AFO446420002

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Clínicas y Centros de Reconstrucción Mamaria			
Cl. Javier Prado	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 499	440-2000
Cl. Stella Maris	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 923	463-6666
Centros Odontológicos			
C.M. Odontológico Americano (COA)	Callao	Av. Guardia Chalaca N° 1362	453-3276
	La Molina	Calle Santa Sofía N° 109	434-2600
	Lima	Jr. Camaná N° 780 - Oficina 508	427-0158
	Los Olivos	Av. Antunes de Mayolo N° 1387	523-2190
	Miraflores	Av. Rooselvet (Ex Republica de Panamá) N° 5806	447-5190
	San Borja	Av. Joaquin Madrid N° 235 - 1er Piso	225-0809
	San Isidro	Av. Juan de Arona N° 425	421-6323
	San Isidro	Calle Manuel A. Fuentes N° 260	421-6323
	San Juan de Miraflores	Av. Guillermo Bilinghurst N° 619 Mz G Lt 33	466-1128
	San Miguel	Calle Monseñor Jorge Dintilhac N° 717 , 1er Piso	451-5553
	SJ. de Lurigancho	Calle Las Chulpas N° 296 Oficina 201-202	458-6472
	Surco	Calle Monserrate Este N° 208	275-4687
	La Victoria	Jr. Juan Voto Bernales N° 399	471-3998
	Pueblo Libre	Av. Juan Pablo Fernandini 1573	421-6323
	Surquillo	Calle Las Tiendas N° 331 Dpto. 101	440-1021
Centro Dental San José	San Borja	Av. Géminis N° E-27	225-9510
	San Isidro	Av. Las Camelias N° 741 -B 3er piso	422-8306
	Los Olivos	Av. Antunez de Mayolo N° 1008, Dpto 301	522-1511
	Callao	Av. Colonial N° 5016, Dpto 402 Torre F	452-5396
	San Miguel	Calle A N° 134	452-2498
CERDENT	San Isidro	Calle Lord Cochrane N° 240	421-6631
	Miraflores	Jr. Coronel Inclan N° 540 - 2do. Piso	445-7909
	San Borja	Av. San Borja Norte N° 563 Oficina 402	226-2188
	San Miguel	Jr. Chachani N° 145 - Cons. 3	452-4281
	Chorrillos	Av. Defensores del Morro(ex Huaylas) N° 917, Of 202	252-3383
	Los Olivos	Av. Carlos A. Izaguirre N° 1122	485-1051
	San Miguel	Av. La Marina N° 2270 - INT. 301 3er. Piso	452-2339
	Jesus María	Av. Brasil N° 1435	424-4685

pacífico

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Centros Odontológicos			
Cl. San Pablo - Central	Surco	AV. Manuel Olguín N° 901	436-7350
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
	San Borja	Av. Angamos Este N°F-68 2do Piso	226-3366
ODONTOCENTER	Miraflores	Av. Aramburu N°118, Oficina 6	422-3619
	San Miguel	Av.La Mar N° 2350	452-7078
C.M. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Cl. Dental Las Palmeras	San Isidro	Av. Javier Prado Oeste N° 1465, 2do piso	222-7769
Clínicas y Centros Oftalmológicos Red Oftalmológica 1			
Oftalmic Service	San Borja	Av. Géminis H-17 Urb. Papa Juan XXIII	225-0469
Opeluce (Organización Peruana de Lucha contra la Ceguera)	Lince	Av. Arequipa N° 1885	472-8829
Norvisión	Pueblo Libre	Av. Paso de los Andes N° 850	333-1920
Visual Center	San Miguel	Av. Elmer Faucett N° 132	4521372
Optima Visión	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 884	447-9956
Oculaser	Lima	Av. Arenales N° 1181 Santa Beatriz	265-4833
Instituto Oftalmológico Especializado Dr. Wong Cam	San Isidro	Av. Guardia Civil 554 Urb. Corpac	226-4452
Instituto Oftalmológico Especializado Dr. Wong Cam	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N° 739 Primer Piso	5237777
Instituto de Ojos Sacro Cuore		Calle Grau N° 288	446-2332
Arbrayss Láser	Surco	Calle Francisco Cuellar N° 253	437-1447
Mácula D&T	San Isidro	Calle Carlos Ferreyros N° 120, Oficina 301	226-3801
Omnia Visión	Surco	Jr. Intihuatana s/n (4ta. Cuadra)	449-2112
Red Oftalmológica 2			
Instituto Oftalmo Salud	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1142	512-1212
Instituto Oftalmo Salud	Los Olivos	Av. Carlos Izaguirre N° 552	523-7777
Oftalmica - Instituto de la Visión	San Borja	Av. San Borja Norte # 783	476-8318
Confía Instituto Oftalmológico	San Isidro	Av. José Galvez Barrenechea N° 356	475-3320
Instituto Peruano de la Visión	Jesús María	Jr. Mayta Cápac N° 1398	266-0659
T.G. Láser	San Isidro	Av. 2 de Mayo N° 666	410-6565
Futuro Visión	San Borja	Av. San Borja Sur N° 536	476-0319

AEO446420002

Nombre de la Clínica o Centro Médico	Distrito	Dirección	Teléfono
Red Chequeos Médicos Preventivos			
C.M. Jockey Salud	Surco	Av. Javier Prado Este N° 4200	712-3456
Suiza Lab	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 300	612-6666
Suiza Lab	Surco	Av. El Polo N° 434	312-6055
Cl. San Pablo - Central	Surco	Av. El Polo N° 789, Urb	610-3333
Cl. Limatambo - San Isidro	San Isidro	Av. Rep. de Panamá N° 3606	442-4670
Cl. Vesalio	San Borja	Calle Uno N° 140	618-9999
Control Vital	Miraflores	Av. Angamos Oeste N° 151	243-0801
CSP Tezza	Surco	Av. El Polo N° 570	518-4000
Centros de Resonancia Magnética			
DPI	San Isidro	Av. Dos de Mayo N° 602	202-3333
Cimedic	San Isidro	Av. Arequipa N° 3362	442-2222
RESOCENTRO-Resonancia Médica	Miraflores	Av. Pettit Thouars N° 4443	221-1630
BRAZZINI	San Isidro	Av. Jorge Basadre N° 223	221-6161
CEREMA	San Borja	Esq. Cl. Velasquez N° 109 y Av. Javier Prado Este cdra. 27	225-0030
MEDLAB	Miraflores	Av. Andres Santa Cruz N° 361-367	203-5900
RESOMASA - Resonancia Magnética	San Isidro	Av. Javier Prado Este N° 1178 -1180	212-2034
Tomografía Médica	Surco	Cl. La Conquista N° 145	610-3333
Medicina Nuclear	Surco	Av. Prolong. Benavides, 5362	619-6000
Centro de Diagnóstico PET CT Perú	Miraflores	Av. Petit Thouars N° 4340	652-3815
Centro de imágenes Mediperu	Independencia	Av. Carlos Yzaguirre 271 - 275 locales 7 y 8	711-2100
Centro de imágenes Mediperu	San Isidro	Av. Guardia Civil N° 664	711-2100
Centro de imagenes médicas	Lima	Av. Alfonso Ugarte N° 560	423-2309
Funerarias			
Funeraria La Molina S.A.	San Borja	Av. Javier Prado Este N° 2248	225-1060
Funeraria Jardines de la Paz	San Borja	Av. San Borja Sur N° 1190 pisos 4 y 5	710-5000
Finisterre	Lince	Jr. Domingo Cueto 305	472-7072
Agustín Merino	Lince	Jr. Domingo Cueto 305	471-0105
Funeraria San Isidro	San Isidro	Av. Javier Prado N° 1516	226-4444

pacífico

CLINICAS Y CENTROS MEDICOS AFILIADOS EN PROVINCIA

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Red 2		
Apurimac:		
Cl. Vida y Salud (Clínica Peruana de Los Andes)	Av. Pedro Casafranca N° 182	(083) 422-466
Arequipa:		
C.M. Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119 - Urb. La Victoria	(054) 28-7048
García Bragagnini	Av. Trinidad Morán Mz J lote 2 Urb. León XIII - Cayma	(054) 27-2614
C.M. Galeno Im	Av. Bolognesi N° 134 - Yanahuara	(054) 60-7322
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército N° 1020 - Cayma	(054) 38-2400
Remasur (imágenes)	León Velarde 108 Yanahuara	(054) 25-5792
Sedimed (imágenes)	Plaza Juan Manuel Polar 103 Ovalo de Vallecito	(054) 20-0070
Fisiovida Centro de Rehabilitación	Calle Juan de Dios Salazar N° 172 Urbanización La Perla	(054) 28-6555
Consultorio Dra. Rosemarie Ocola Murillo	Calle Dean Valdivia N° 371, Mollendo - Islay	(054) 9969124 / (054) 533109
Ayacucho:		
Cl. el Nazareno	Jr. Quinua N° 428 - Huamanga	(066) 31-4517
Cl. de la Esperanza del Hospital Regional de Ayacucho	Av. Independencia N° 355 - Huamanga	(066) 31-7436
Cajamarca:		
Cl. Limatambo Cajamarca	Jr. Puno N° 265	(076) 36-4241
Cardiomedic (Servicios Médicos y Cardiológicos del Norte)	Av. Mario Urteaga N° 587	(076) 34-1655
Cl. San Francisco de Asís	Jr. Miguel Grau N° 851	(076) 36-2050
Cl. Servicio de Salud Los Fresnos	Jr. Los Nogales N° 179 - Urb. El Ingenio	(076) 36-4046
Cañete:		
Cl. Campos	Av. Mariscal Benavides N° 554 San Vicente de Cañete	581-2082
Chiclayo:		
C.M. Servimédicos	Calle Manuel María Izaga 621	(074) 22-1945
Cl. Millenium (Famident)	Jr. Daniel Alcides Carrión N° 151	(074) 22-6494
C.M. Gastrosalud	Calle Alfonso Ugarte N° 660	(074) 222575
Hospital Metropolitano	Cl. Conquista N° 420 - Urb. Latina - José Leonardo Ortiz	(074) 25-7777
	Cl. Manuel María Izaga N° 154	(074)27-2728

AEO446420002

Nombre de la clínica	Dirección	Teléfono
Red 2		
Chimbote:		
Cl. Robles	Jr. Manuel Villavicencio N° 512	(043) 32-2453
Cl. San Pedro	Jr. Manuel Villavicencio N° 479-481	(043) 32-1930
Chincha:		
Consultorio Soldevilla	Av. Unión N° 741 Pueblo Nuevo	(056) 268855
Cl. Daniel A. Carrión	Av. San Idelfonso N° 226	(056) 26-2667
Cuzco:		
Cl. Dr. Víctor Paredes	Calle Lechugal N° 405	(084) 22-5265
Cl. San José	Av. Los Incas N° 1408 Wanchaq	(084) 24-3367
Cl. Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710 - Wanchaq	(084) 24-0387
Cl. Mac Salud	Av. De La Cultura N° 1410 Wanchaq	(084) 505554
C.M. Cima	Av. Pardo N° 978 Urb. Centro Histórico Cusco	(084) 255550
Huacho:		
Cl. Inversiones Médicas Galeno	Av. Echenique N° 641	232-4841
Huancayo:		
Cl. Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N°745	(064) 24-7087
Cl. Santo Domingo	Av. Francisco Solano N° 274 Urb. San Carlos	(064) 23-4012
Cl. Ortega	Av. Daniel A. Carrión N° 1124	(064) 23-5430
Huánuco:		
Cl. Huánuco	Jr. Constitución N° 980	(062) 51-4026
Cl. Especializada Santa Lucila	Av. Ucayali N° 637 Tingo María	(062) 561-020
Huaral:		
Policlínico Sakura	Calle Julio C. Tello N° 300	246-1768
Policlínico Nueva Esperanza	Av. Solar N° 295	246-1586
Huaraz:		
Cl. Nuestra Señora de las Mercedes	Av. Prolongación Centenario N° 502 - Independencia	(043) 42-1879
Policlínico FMC Medical Center Centro de Diagnóstico	Jr. Federico Sal y Rosas N° 741	(043) 42-7801
Hospital de Apoyo "Víctor Ramos Guardia"	Av. Luzuriaga s/n	(043) 42-7508
Cl. San Pablo	Jr. Huaylas N° 172	(043) 42-8806
Iquitos:		
Cl. Especializada Sargento Lores	Calle Sargento Lores N° 425 - 429	(065) 24-2680
Servicios Médicos Generales San Juan	Calle Ricardo Palma N° 838	(065) 60-7306
Servicios Médicos Clínica Santa Anita	Jr. Bolognesi N° 1223	(065) 26-6003
Juliaca:		
Cl. Americana	Jr. Loreto N° 315	(051) 32-1001
Cl. Monte Sinaí Juliaca	Jr. Loreto N° 343	(051) 32-1482
Junín:		
C.M. El Milagro	Av. Juan Santos Atahualpa Mz. I Lt. 5, Urb. El Milagro - San Ramón - Chachamayo	(064) 33-1279

AEO446420002

pacífico

Cl. Elera	Calle Tarma N° 194 - San Ramón - Chanchamayo	(064) 33-1527
Moquegua:		
Servicios Médicos Múltiples Servimedco	Av. Balta Nª 297 2do piso	(053) 46-3222
Policlínico Santa Catalina	Av. Simón Bolívar D27 Urb. Santa Catalina	(053) 4610-15
Pasco:		
Cl. Gonzales (Magol)	Av. Daniel A. Carrión N° 099 - Yanacancha	(063) 42-1515
Natclar	Av. El Minero Sector I - Yanacancha	(063) 42-2886
Pisco:		
Cl. San Jorge	Calle Juan Osores N° 440 - Urb. San Jorge	(056) 53-6100
Cl. Américas (Ecolab Perú)	Av. Las Américas N° 901, Urb. Los Bancarios D-32	(056)-532679
Piura:		
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267 urb. El Chipe	(073) 30-8030
Cl. El Chipe	Av. Fortunato Chirichigno N° 321 - Urb. El Chipe	073) 32-9198
Cl. Miraflores	Cl. Las Dalias N° A-12, Urb. Miraflores - Castilla	(073) 34-3037
Grupo Carita Feliz	Jr. Huancavelica N°1039, Urb. 04 de Enero	(073) 32-3017
	Jr. Huancavelica N° 925	(073) 30-1636
Hospital Privado del Perú (imágenes)	Sector Puyuntalá Mz S-N lote 2, Caserío Simbila, (km 5 carretera a Piura) - Catacaos	(073) 28-5570
C.M. Universidad de Piura	Av. Ramón Mujica N° 131 Urb. San Eduardo	(073) 284500
C.M. Simedic Diagnóstica	Av. Grau N° 750	(073) 32-1847
Pucallpa:		
Cl. Amazónica	Jr. 28 De Julio N° 401 - Calleria - Coronel Portillo	(061) 57-8432
Cl. Monte Horeb	Jr. Inmaculada N° 529	(061) 57-1689
Policlínico Cayetano Heredia	Jr. Zavala N° 457	(061) 57-9399
Hospital Regional de Pucallpa	Jr. Agustín Cauper N° 285	(061) 57-5209
Puno:		
Cl. Puno (Instituto Médico Especializado Puno)	Jr. Ramón Castilla N° 178	(051) 36-8835
Corporación Roca Perú	Jr. Moquegua N° 191 Central	(051)365909
Sullana:		
Cl. Virgen del Pilar	Cl. Bolívar N° 285	(073) 50-2278
Tacna:		
Promedic (Protección Medica)	Blondell N° 425	(052) 42-7239
Centro de Litotricia Sin Fronteras (Org. Médica y Servicios Santa Anita)	Blondell N° 355	(052) 24-2662
C.M. San Pedro	Calle Arica N° 246	(052) 42-6700
Servicios Integrales de Salud Santa Ana	Calle Arica N° 151	(052)-414661

AEO446420002

Talara:		
Administradora Clínica Tresa	Av. "A" N° 108 - 110- Pariñas	(073) 38-2213
Policlínico More	Av. Angamos N° 271 - Barrio Particular Talara	(073) 38-1691
Cl. Torres	Av. "A" N° 98 - 2do Piso - Pariñas	(073) 38-1967
Cl. Vigo 2000	Av. "H" N° 7 - Pariñas	(073) 38-3461
C.M. Belén - El Alto	Calle Plaza de Armas s/n - El Alto	(073) 25-6466
Grupo Médico Empresarial	Av. A-2 - 2piso - Pariñas	(073) 38-6781
Jorge Madrid Ortiz (ginecología).	Urb. Los Pinos H-15 - Pariñas	(073) 38-1434
C.M. Simedic Diagnóstica	Av. Grau A- 112 Pariñas	(073) 383597
Tarapoto:		
Cl. Nor Oriente	Jr. Alonso de Alvarado N° 209 - 205	(042) 52-1250
C.M. Clínica San Marcos (Corporación Sefijo)	Jr. Augusto B. Leguía N°604	(042) 52-3838
Cl. San Martín (Serv. Médicos Lionel Flores E Hijos)	Jr. San Martín N° 274	(042) 52-3680
Trujillo:		
Cl. Sánchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436 - Urb. California - Víctor Larco Herrera	(044) 28-5541
Cl. De la Mujer	Calle León XIII N° 280 - Urb. San Andrés	(044) 20-4652
Cl. Sociedad Virgen de La Puerta	Av. M. Vera Enríquez N° 777 - Urb. Primavera	(044) 24-1505
Cl. San Antonio	Av. Víctor Larco N° 630, Urb. San Andrés	(044) 20-2597
Centro de Litotricia Trujillo	Los Rubíes N° 103 Of. 101- 102 Trujillo	(044) 29-5715
Tumbes:		
Cl. de la Familia	Av. Tumbes Norte N° 1079	(072) 52-1251
Cl. Feijoo	Av. Mariscal Castilla N° 305	(072) 52-5341
Red 3		
Arequipa:		
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Chiclayo:		
Cl. del Pacífico	Av. Leonardo Ortiz N° 420	(074) 23-6378
Hospital de Clinicas Chiclayo	Calle Francisco Cabrera N° 611	(074) 221111
Ica:		
Cl. Señor de Luren	Av. San Martin N° 536	(056) 21-1989
Cl. Tataje Barriga	Av. Conde de Nieva N° 360 - Urb. Luren	(056) 23-2042
C.M. AndinaMed	Calle Conde de Nieva N° 317 Urb. Luren	(056) 22-9078
Iquitos:		
Adventista Ana Stahl	Av. La Marina N° 285	(065) 25-2528
Pisco		
Servicios Medicos Integrales FAMISALUD	Av. El Progreso N° 211	(056) 534281
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153 - Urb. Club Grau	(073) 30-9300

AEO446420002

pacífico

Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Red Pre y Post - Natal		
Arequipa:		
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Cajamarca:		
Cl. Limatambo Cajamarca	Jr. Puno N° 265	(076) 36-4241
Chiclayo:		
Cl. Del Pacífico	Av. Leonardo Ortíz N° 420	(074) 23-6378
Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153	(073) 30-9300
Clínicas y Centros Oncológicos		
Arequipa:		
Hogar Clínica San Juan de Dios	Av. Ejército N° 1020 - Cayma	(054) 38-2400
Centro Especializado en Enfermedades Neoplásicas	Av. Parra N° 211	(054) 25-7900
C.M. Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119 - Urb. La Victoria	(054) 28-7048
Cl. Arequipa	Esq. Puente Grau y Av. Bolognesi s/n	(054) 59-9000
Chiclayo:		
Unidad Oncológica	Av.José Leonardo Ortiz 423	(074) 22-5437
Cuzco:		
Cl. San José	Av. Los Incas N° 1408 Wanchaq	(084) 24-3367
Cl. Centro Médico Pardo	Av. De la Cultura N° 710 Wanchaq	(084) 24-0387
Huancayo:		
Cl. Cayetano Heredia	Av. Huancavelica N°745	(064) 24-7087
Piura:		
Cl. Administradora San Miguel	Av. Los Cocos N° 111 - 153 - Urb. Club Grau	(073) 30-9300
Cl. Belén	Calle San Cristóbal # 267 urb. El Chipe	(073) 30-8030
Cl. Miraflores	Cl. Las Dalias N° A-12, Urb. Miraflores - Castilla	(073) 34-3037
Trujillo:		
Cl. Peruano Americana	Av. Mansiche N° 810	(044) 24-2400
Cl. Sánchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436 - Urb. California - Víctor Larco Herrera	(044) 28-5541
Centros Odontológicos		
Apurimac:		
Cl. Vida y Salud (Clínica Peruana de Los Andes)	Av. Pedro Casafranca N° 182 - Andahuaylas - Andahuaylas	(083) 422-466
Arequipa:		
Cerdent	Calle San José N° 214 - A	(054) 20-4016
	Urb. La Señorial A - 8 - Cayma	(054) 25-9934

AEO446420002

C.M. Odontológico Americano	Calle Sevilla N° 107 - Urb. Los Sauces - Cayma	(054) 27-2716
	Coop.Lanificio Mza B Lote 2 Int. L037- J. L. Bustamante y Rivero	(054) 42-3457
Centro Odontológico Especializado	Calle José Santos Chocano N° 209 Urb. Umacollo - Yanahuara	(054) 25-7448
Centro Dental San José	Av. Abelardo Quiñones N° B5 - Umacollo - Yanahuara	(054) 25-9669
Ayacucho:		
Cl. El Nazareno	Jr. Quinua N° 428 - Huamanga	(066) 31-4517
Cl. Dental Zaga	Calle Teodoro Jáuregui N° 125 Urb. Jardin 2da. Etapa	(066) 319945
Cajamarca:		
C.M. Odontológico Americano	Av. 2 de Mayo N° 360	(076) 36-9456
Centro Dental San José	Jr. Los Fresnos 326, Urb. Los Rosales	(076) 34-3693
Cl. Servicio de Salud Los Fresnos	Jr. Los Nogales N° 179 Urb. El Ingenio	(076) 36-4046
Chanchamayo:		
Comudents	Jr. Ayacucho N° 182 - Chanchamayo	(064) 53-2284
Chiclayo:		
C.M. Odontológico Americano	Av. Manuel María Izaga N° 778 - Chiclayo - Lambayeque	(074) 22-3877
Chimbote:		
Cl. Dental Bolognesi	Av. Francisco Bolognesi N° 175 - Chimbote - Santa - Ancash	(043) 32-7335
Cuzco:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Abraham Valdelomar N° A-17, Urb. Santa Mónica	(084) 24-8124
Cerdent	Av. El Sol N° 457 - Of. 303 - Cuzco	(084) 24-3386
Centro Dental San José	Av. El Sol 346 Of 303 Cuzco - Cuzco	(084) 22-4445
Huacho:		
Cl. Inversiones Médicas Galeno	Av. Echenique N° 641 - Huacho-Huaura -Lima	232-4841
Dentiplus (Od. Graciela Rojas)	Av. 28 de Julio N° 311 Of. 202	2321-626
Huancayo:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Ancash N° 231 - Huancayo	(064) 21-1004
Huánuco:		
Cl. Dental Aleceari	Jr. Crespo y Castillo n° 784	(062) 51-3377
Huaraz:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. San Martín N° 679 - Huaraz	(043) 42-1746
Centro Dental San José	Jr. Simón Bolívar N° 794 - 2do Piso - Huaraz - Ancash	(043) 42-2135
Ica:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Domingo Elías N° 129 - Urb. Luren - Ica	(056) 21-6345
Cl. Odontológica Salazar	Mz K Lt 2 Urb. Santo Domingo de Marcona	(056) 21-7314

AEO446420002

pacífico

C.M. Odontológico Puente Blanco	Calle Dignatario Mz. B Lt. 5	(056) 21-4700
Iquitos:		
Cerdent	Calle Huallaga N° 200 - 204	(065) 24-1943
Cl. Dental Urrunaga	Calle Fitzcarrald N° 201	(065) 23-5016
Juliaca:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Piura N° 482	(051) 32-5462
Moquegua:		
Policlínico Santa Catalina	Av. Simón Bolívar D27	(053) 46-1015
C.M. Odontológico Americano	17. Urb. El Huayco Mz. D Lt. 1	(053) 46-3446
Piura:		
C.M. Odontológico Americano	Av. Grau N° 1050	(073) 30-5820
Centro Dental San José	Av. Mártires De Uchuraccay N° 130	(073) 32-0883
	Jr. San Martin N° 146	(073) 21-2387
Cerdent	Av. Vice M - 14	(073) 30-8691
Pucallpa:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Atahualpa N° 139	(061) 57-3075
Puno:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Deustua N° 754	(051) 36-6390
Tacna:		
C.M. Odontológico Americano	Av. Billinghurst N° 358	(052) 41-6136
Servicios Integrales de Salud Santa Ana	Calle Arica N° 151	(052) 41-4661
Talara:		
Cl. Odontológica Cano - Alvarez	Jr. Arica N° 116 Barrio Particular	(073) 38-2660
Tarapoto:		
C.M. Odontológico Americano	Jr. Ricardo Palma N°262	(042) 52-0016
Trujillo:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Santa Úrsula N° 109 Esq. Con Av. América Sur.	(044) 28-6921
Centro Dental San José	Calle Estados Unidos N° 119	(044) 22-1170
Segundo Roberto Becerril Rodríguez	Calle Los Rubíes N° 103 - Of. 301	(044) 25-5562
Tumbes:		
C.M. Odontológico Americano	Calle Los Andes N° 121	(072) 52-2771
Centros Oftalmológicos		
Arequipa:		
Oftalmosalud	Av. Mariscal Benavides 307	(054) 28-7373

AEO446420002

Huancayo:		
Clínica Oftalmológica Regional	Calle Los Alelíes N° 113, 2do piso	(064) 20-1255
Piura		
Clínica Oftalmológica de Piura	Av. Grau N° 1026	(073) 32-5708
Talara:		
Centro Oftalmológico Talara	Av. "B" N° 121 Pariñas	(073) 38-2563
Trujillo:		
Clínica de Ojos California	Calle Estados Unidos N° 194	(044) 29-4555
Oftalmovisión	Av. América Norte N° 2120	(044) 25-0922
C.M. Oftalmológico Laser	Av. Mansiche N° 844 Int. 102	(044) 20-5629

Nombre de la Clínica	Dirección	Teléfono
Clínicas y Centros para Chequeos Preventivos		
Arequipa:		
Suiza Lab	Av. Cayma 503	(054) 25-9525
Cl. Galeno IEM	Av. Bolognesi N° 134	(054) 60-7322
C.M. Monte Carmelo	Calle Francisco Gómez de la Torre N° 119	(054) 28-7048
Chiclayo:		
Servimédicos	Calle Manuel Maria Izaga 621	(074) 22-1945
Cuzco:		
C.M. Pardo	Av. De la Cultura N° 710	(084) 24-0387
Tacna:		
Promedic (Protección Medica)	Blondell N° 425	(052) 42-7239
Trujillo:		
Cl. Sanchez Ferrer	Cl. Los Laureles N° 436	(044) 28-5541
Centros de Resonancia Magnética		
Trujillo:		
Tomografía Computarizada (Imágenes)	Calle Colombia 109	(044) 20-7111
Laboratorio Escalabs	Jr. Bolognesi N° 334	(044) 20-5937
Cajamarca:		
Tomonorte (Imágenes)	Av. Mario Urteagaq N° 445	(076) 368-629
Laboratorio Labbio Dx	Jr. Puno N° 265	(076) 722488
Laboratorio Labbio Dx	Jr. Los Nogales 130	(076) 367417
Arequipa:		
Remasur (Imágenes)	León Velarde 108	(054) 255-792
Sedimed (Imágenes)	Plaza Juan Manuel Polar 103	(054) 20-0070

AEO446420002

pacifico

Funerarias		
Arequipa:		
Funeraria Julio B. Valdivia	Calle Los Ruiseñores 112	(054) 28-2889
Funeraria Santa María	Av. Tahuaycani K-1	(054) 60-4848
Funeraria Luz de Paz	Calle Renato Morales 99	(054) 25-2245
Funeraria La Fé	Calle Peral 604	(054) 28-4561
Cajamarca:		
Servicios Funerales Rojas	Av. Mario Urteaga 501	(076) 36-3290
Piura:		
Funeraria Ramos	Av. Independencia 246	(073) 34-0991
Trujillo:		
Funeraria Salas	Jr. Pablo de Olavide 263	(044) 42-5383

NOTA:

1. Verifica la relación de clínicas y centros médicos afiliados antes de atenderte.
2. Sujeto a médicos del staff que trabajen bajo el sistema de seguros.
3. Las clínicas y centros médicos afiliados indicados en este encarte se encuentran sujetos a modificación.
4. En las provincias donde no se indique proveedor, sedeberá coordinar con las funerarias de Lima (Funerarias La Molina, Funeraria Jardinez de la Paz, Finisterre, Agustín Merino)
5. En el caso de atención médica en el extranjero, el conjunto de prestadores de salud es bajo convenio con el Operador Internacional de la COMPAÑÍA.

AEO446420002

Anexo a la Póliza Seguro de Salud Total

CONDICIONES DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA MEDICA Y DEL VIAJERO EN EL EXTRANJERO

Este beneficio incluyen los Servicios de Asistencia que se citan a continuación a través de **"AXA ASSISTANCE",** empresa especializada en programas de asistencia. Los beneficios enunciados no están sujetos a ningún Deducible Anual, Copago o Coaseguro.

ARTICULO I.- DEFINICIONES
Para este beneficio se consideran las siguientes definiciones de forma adicional a las ya citadas en las que puedan estar establecidas en las Condiciones Generales, Particulares o Especiales del Contrato de seguro.

1. Accidente: Todo acontecimiento que provoque daños corporales a un beneficiario, causado única y directamente por una causa externa, fortuita y evidente (excluyendo la Enfermedad) que ocurra durante el Período de vigencia y en la Territorialidad de validez del bono de asistencia.

2. Beneficiarios: Toda persona titular principal de una póliza de Seguro de Salud Total y emitida por El contratante, que tenga residencia permanente en Perú, así como su cónyuge, hijos menores de 23 años con permanencia hasta los 26 años.

3. Equipo médico de "AXA ASSISTANCE" El personal médico y asistencial con título emitido y otorgado de acuerdo a la legislación nacional del país de origen que lo habilite para el ejercicio profesional para el cual realiza las prestaciones materia de este contrato que esté prestando asistencia por cuenta de **"AXA ASSISTANCE",** a un Beneficiario.

4. Enfermedad: Cualquier Enfermedad contraída por un Beneficiario, originada después de la fecha de salida, del Beneficiario, de su ciudad de Residencia permanente, que ocurra durante el Período de vigencia y en la Territorialidad de validez del Bono de asistencia.

5. Países incluidos en el acuerdo Schengen:
Países que conforman el acuerdo Schengen Francia, España, Alemania, Italia, Austria, Suecia, Dinamarca, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Grecia, Portugal, Bélgica, Finlandia e Islandia, y en general, todo país que solicite cubrimiento de 30.000 Euros o su equivalente en dólares para expedición de visas con el fin de otorgar permiso de entrada a este mismo.

6. Países no incluidos en el acuerdo Schengen:
El resto de países no incluidos en la definición anterior, punto número 5.

7. Período de vigencia: Período durante el cual un Beneficiario tiene derecho a los Servicios de asistencia y que está indicado en el Bono de asistencia o en los

documentos que le acompañan. En este caso el Período de vigencia será igual al Período de vigencia de la póliza de **PACÍFICO SEGUROS**.

8. Servicios de asistencia: Los servicios asistenciales que presta **"AXA ASSISTANCE"** a los Beneficiarios en los términos y condiciones de este documento. Estos Servicios de asistencia pueden también ser denominados Producto de asistencia, Servicio de asistencia o Programa de asistencia.

9. Situación de asistencia: Cualquier suceso, situación o hecho de los descritos en este documento que dé derecho al Beneficiario a recibir los Servicios de asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el Período de vigencia y en la Territorialidad de validez.

10. Residencia permanente: El domicilio habitual de un Beneficiario que en este caso debe ser en Perú.

11. Territorialidad de validez:
País donde **"AXA ASSISTANCE"** proporcionará los Servicios de asistencia a un Beneficiario y que en éste caso corresponde a todos los países del mundo con excepción de Perú, según las condiciones descritas en este documento.

ARTICULO II.- SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE

2. CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Servicios de asistencia a las personas en caso de accidente o enfermedad del Beneficiario, en todo el mundo excepto en Perú, caso en el cual los servicios a los cuales tienen derecho los Beneficiarios son los siguientes:

2.1. TRASLADO MEDICO
En caso de Accidente o Enfermedad del Beneficiario y una vez éste notifique a **"AXA ASSISTANCE", "AXA ASSISTANCE"** organizará, y pagará hasta un monto total ilimitado:

a. El control previo del Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** en contacto con el médico que atiende al Beneficiario herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más cercano y adecuado.
b. El traslado al centro hospitalario más apropiado y cercano, de acuerdo con el criterio del médico tratante y el Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** según la naturaleza de las heridas o la Enfermedad, por vehículo, ambulancia, avión de línea regular o cualquier otro tipo de avión. El avión sanitario se utilizará en caso que las heridas o enfermedad sean de tal gravedad que este medio sea el más adecuado según el criterio del médico tratante y del Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"**. No se podrá utilizar avión sanitario para transportes intercontinentales.

c. El traslado del Beneficiario en avión de línea regular y si las condiciones médicas lo permiten, al hospital o centro médico adecuado más cercano a su residencia permanente. Según las circunstancias, un médico o una enfermera acompañarán al paciente.

2.2. TRASLADO A DOMICILIO

Si el Beneficiario, después del tratamiento local, según el criterio del Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"**, no puede regresar a su domicilio como pasajero normal, **"AXA ASSISTANCE"** organizará su traslado por avión de línea regular u otro medio que considere adecuado y se hará cargo de todos los gastos suplementarios de ambulancias locales en aeropuerto, si fuese necesario, y en el caso que el tiquete de regreso no fuese válido para tal propósito hasta un monto total Ilimitado.

No se podrá utilizar ambulancia aérea para transportes intercontinentales.

2.3. TRASLADO EN CASO DE FALLECIMIENTO / ENTIERRO LOCAL

En caso de fallecimiento del Beneficiario, **"AXA ASSISTANCE"** hará los arreglos que sean necesarios (incluyendo las acciones necesarias para cumplir las formalidades oficiales que le fueran permitidas), organizará y pagará hasta un monto total ilimitado:

a. El traslado del cuerpo o de sus cenizas al lugar de sepultura en la ciudad de Residencia permanente (No quedan incluidos los gastos funerarios, ni de entierro o cremación); o,
b. A solicitud de los herederos o representantes del Beneficiario, el entierro local del Beneficiario, en el entendido que la responsabilidad financiera de **"AXA ASSISTANCE"**, por dicho entierro a nivel local, estará limitada al equivalente del costo del traslado de los restos conforme a lo establecido en este inciso.

2.4. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

"AXA ASSISTANCE" pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital y si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local o el Equipo médico de "**AXA ASSISTANCE"**. Esta garantía quedará limitada a US$ 150.00 (Ciento cincuenta y 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América) por noche y por Beneficiario, con un máximo de diez (10) noches. No se cubren los gastos adicionales al alojamiento tales como: alimentación, teléfono, bebidas y demás servicios diferentes al alojamiento, estos gastos deben ser asumidos por el Beneficiario.

2.5. REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

"AXA ASSISTANCE" organizará y tomará a su cargo los gastos suplementarios derivados del regreso anticipado del Beneficiario por avión de línea regular en caso de fallecimiento súbito y accidental de un familiar en primer grado (Padres o hijos) o su cónyuge en el país de Residencia permanente, siempre que no pueda utilizar su tiquete inicial de regreso.

2.6. TIQUETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR
Si el Beneficiario debe permanecer hospitalizado por un periodo superior a cinco (5) días, **"AXA ASSISTANCE"** facilitará a un familiar o persona designada por el mismo y residente en Perú, un tiquete de ida y vuelta para visitarle. (Avión de línea regular con tarifa en clase económica en primera prioridad, taxi, autobús u otro medio apropiado según los criterios de **"AXA ASSISTANCE"**. En caso de requerirse visa o cualquier otra exigencia para el viaje, será tramitada o costeada por el beneficiario del tiquete.

2.7. GASTOS DE HOTEL PARA UN ACOMPAÑANTE
En caso de hospitalización del Beneficiario por un periodo superior a cinco (5) días, **"AXA ASSISTANCE"** pagará los gastos de estancia en un hotel para un acompañante escogido por el Beneficiario. Esta garantía quedará limitada a 150 USD por noche y por Beneficiario, con un máximo de diez (10) noches. No se cubren los gastos adicionales al alojamiento tales como: alimentación, teléfono, bebidas y demás servicios diferentes al alojamiento, estos gastos deben ser asumidos por el Beneficiario.

2.8. ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES DE 15 AÑOS
En caso de Enfermedad o Accidente del Beneficiario, que deba permanecer hospitalizado y que se encontrare acompañado por menores de 15 años, **"AXA ASSISTANCE"** se hará cargo y pagará por:

- El tiquete de avión, en tarifa en clase económica, de regreso al domicilio en el caso que el tiquete no fuera válido para tal propósito.
- Del acompañamiento de los menores hasta el aeropuerto.
- De las formalidades de embarque de dichos menores.
- De la coordinación con la aerolínea para que dicho menor pueda viajar en condición de menor no acompañado.
- De proporcionar a los familiares de dichos menores las informaciones relativas al retorno de dicho menor.

2.9. TRASLADO DE ACOMPAÑANTES FAMILIARES
En caso de fallecimiento del Beneficiario, y que se encontrare acompañado por sus familiares en primer grado (padres, hijos, cónyuge), **"AXA ASSISTANCE"** se hará cargo y pagará por:

- El tiquete de avión, en tarifa en clase económica, de regreso al domicilio en el caso que el tiquete no fuera válido para tal propósito.

2.10. REFERENCIA MÉDICA
En caso de Accidente o Enfermedad del Beneficiario y una vez éste notifique a **"AXA ASSISTANCE"**, el Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** dará una contestación inicial a la petición de asistencia del Beneficiario y le asesorará con respecto a los inmediatos pasos que él deberá seguir. El equipo médico de **"AXA**

ASSISTANCE" no hará un diagnóstico, pero a petición del Beneficiario, se ocupará para que se realice un diagnóstico apropiado:

a. Mediante la visita personal de un médico
b. Concertando cita para el Beneficiario en un centro médico apropiado.

2.11. GASTOS FARMACEUTICOS DE URGENCIA
"AXA ASSISTANCE" se hará cargo de los costos de los medicamentos recetados por el médico tratante y aprobados previamente por el Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** hasta un monto total de US$ 500.00 (Quinientos y 00/100 dólares de los Estados Unidos de América).

2.12. GASTOS ODONTOGICOS DE URGENCIA
"AXA ASSISTANCE" se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia, limitada exclusivamente al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria, hasta un monto total de US$500.00 (Quinientos y 00/100 dólares de los Estados Unidos de América).

2.13. ENVIO DE MEDICAMENTOS URGENTES
Si el Beneficiario requiere un medicamento urgente como consecuencia de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible, **"AXA ASSISTANCE"**, procurará localizar y enviar dicho medicamento por el medio más adecuado y en el menor tiempo posible, de acuerdo a la disponibilidad del medicamento o servicio de correo y mensajería.
Los costos de los medicamentos estarán por cuenta del Beneficiario. Lo anterior no implica responsabilidad alguna de **"AXA ASSISTANCE"** en caso que el medicamento no llegare oportunamente, cualquiera que fuese la causa.

2.14. GASTOS MEDICOS EN PAISES NO INCLUIDOS EN EL ACUERDO SCHENGEN
En caso de que el Beneficiario sufra un Accidente o una Enfermedad súbita durante el período de validez de la garantía, **"AXA ASSISTANCE"** organizará y pagará por los servicios médicos, gastos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y productos farmacéuticos, hasta un monto total de US$ 15,000.00 (Quince mil y 00/100 dólares de los Estados Unidos de América).

2.15. GASTOS MEDICOS EN PAISES INCLUIDOS EN EL ACUERDO SCHENGEN
En caso de que el Beneficiario sufra un Accidente o una Enfermedad súbita durante el período de validez de la garantía, en un País denominado Schengen, **"AXA ASSISTANCE"** organizará y pagará por los servicios médicos, gastos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas y productos farmacéuticos hasta un monto total de €30,000.00 (Treinta mil y 00/100 Euros).

2.16. BUSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES
En caso de robo o extravío de equipajes y efectos personales, **"AXA ASSISTANCE"** prestará asesoramiento al Beneficiario para la denuncia de los hechos y ayudará en su búsqueda. Si los objetos fueran recuperados, **"AXA**

pacífico

ASSISTANCE" se encargará de su transporte hasta el lugar donde se encuentre el Beneficiario en viaje o hasta su domicilio.

2.17. ADELANTO DE FONDO EN CASO DE PÉRDIDA DE EQUIPAJE
Si el Beneficiario sufriera la pérdida de su equipaje durante su transporte internacional en avión de línea comercial, y que el mismo no fuera recuperado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, **"AXA ASSISTANCE"** abonará al Beneficiario el importe máximo de US$300, cualquiera que fuere el número de piezas (maletas):

Para tener derecho a dicho importe el Beneficiario deberá:

a. Informar a **"AXA ASSISTANCE"** inmediatamente de dicha pérdida.
b. Entregar a **"AXA ASSISTANCE"** copia de la declaración de pérdida hecha frente a la compañía aérea.

La cantidad abonada será deducida del importe que será pagado al Beneficiario en caso de aplicación de la condición "Indemnización complementaria por pérdida de equipaje (Numeral 1.20., siguiente).

Este beneficio de adelanto de fondo en caso de pérdida de equipaje, estará limitado a dos (2) eventos por año y por Beneficiario.

2.18. INDEMNIZACION COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE
Si el Beneficiario sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante un transporte internacional en avión de línea comercial, **"AXA ASSISTANCE"** indemnizará complementariamente al Beneficiario, hasta un monto total de US$ 1,200.00 (Mil doscientos y 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América):

Para que se haga efectiva la indemnización se deben cumplir las siguientes condiciones:

a. Que la pérdida sea del bulto entero y que la línea comercial se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado al pasajero la indemnización correspondiente.
b. Que antes de las primeras 24 horas a partir de la llegada del vuelo a su destino y del momento en que el Beneficiario haya percatado la ausencia de su equipaje se comunique a una central de alarma de **"AXA ASSISTANCE"**, e informe acerca de dicha pérdida.
c. El Beneficiario debe presentar a **"AXA ASSISTANCE"**:

   - Fotocopia de la denuncia ante la compañía aérea.
   - Fotocopia del tiquete de la compañía aérea que ampara el equipaje perdido.
   - Comprobante fehaciente del pago de la compañía aérea de la indemnización correspondiente.

Este beneficio de indemnización complementaria en caso de pérdida de equipaje, estará limitado a dos (2) eventos por año y por Beneficiario.

2.19. REFERENCIA LEGAL
A solicitud del Beneficiario, **"AXA ASSISTANCE"** referirá a un abogado local y/o un perito para que este ejerza la defensa y/o preste sus servicios ha dicho Beneficiario en caso de cualquier denuncia o demanda en su contra.

"AXA ASSISTANCE" no será responsable ni tendrá obligación alguna frente a dicho Beneficiario con respecto de los servicios prestados por dicho abogado, para ello le comunicará telefónicamente y por correo electrónico al Beneficiario antes de referirlo.

Queda excluida cualquier reclamación que se derive de un riesgo ocupacional, o por implicaciones en trafico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o cualquier otra acción criminal.

Previamente al desembolso de cualquier avance de pago por **"AXA ASSISTANCE"**, el Beneficiario o su representante deberán otorgar a **"AXA ASSISTANCE"** autorización para debitar a su propia cuenta el importe equivalente.

La cantidad adelantada será debitada en la cuenta del Beneficiario en un plazo de 90 (noventa) días de otorgada, salvo que antes de transcurrido dicho plazo sea devuelta por las autoridades correspondientes al Beneficiario, en cuyo caso deberá ser reintegrada inmediatamente.

2.20. TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES
"AXA ASSISTANCE" se encargará de transmitir telefónicamente o al medio que le indique, los mensajes urgentes que le encargue el Beneficiario, derivados de los servicios prestados en virtud de los presentes Servicios de asistencia.

2.21. ASISTENCIA ADMINISTRATIVA
En caso de pérdida o robo de un documento esencial para la continuación del viaje del Beneficiario (como, por ejemplo pasaporte, tarjeta VISA, tiquete de compañía aérea...), **"AXA ASSISTANCE"** proporcionará al Beneficiario las informaciones necesarias para que el mismo pueda cumplir las formalidades con las autoridades competentes en la ciudad de ocurrencia para reemplazar dichos documentos perdidos o robados.

2.22. INFORMACIÓN PARA EJECUTIVOS
Renta de equipos: celulares y computadores portátiles
Referencia de traductores

2.23. INFORMACIÓN TURISTICA
A solicitud del Beneficiario, **"AXA ASSISTANCE"** le informará o comunicará al Beneficiario sobre los siguientes servicios:

- Teléfonos y direcciones de los consulados y embajadas extranjeras
- Teléfonos y direcciones de las principales compañías aéreas
- Información de itinerarios y tarifas de vuelos regulares internacionales
- Tarifas de los principales hoteles a nivel internacional
- Impuestos de aeropuerto

2.24. EXCLUSIONES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA A LAS PERSONAS EN VIAJE

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

a. Autolesiones o la participación del Beneficiario en actos criminales.
b. La práctica de deportes como profesional o la participación en competencias oficiales o exhibiciones.
c. La participación del Beneficiario en carreras de caballos, de bicicletas, y en cualquier clase de coches y exhibiciones, u otros deportes peligrosos o de alto riesgo.
d. Cualquier enfermedad o estado patológico preexistente al viaje, crónica o recurrente y sus complicaciones, conocida o no por el Beneficiario. La convalecencia se considerará como parte de la enfermedad. No se cubrirá la urgencia vital que se derive de un estado patológico preexistente.
e. No se cubrirá enfermedades coronarias y sus complicaciones tal es el caso del infarto agudo al miocardio.
f. Embarazos durante los últimos tres meses antes de la fecha prevista del parto, así como este último y los exámenes prenatales.
g. Enfermedades mentales o alienación.
h. Enfermedades o estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), embriaguez, narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin la prescripción médica.
i. Suicidio, así como enfermedad y lesiones resultantes del intento de suicidio.
j. Enfermedad ocurrida durante un viaje realizado contra la prescripción médica o durante viajes o vacaciones con duración superior a noventa (90) días calendario, no dan derecho a los servicio de asistencia suministrados. La asistencia se excluye a partir del día noventa y uno (91).
k. SIDA y las enfermedades derivadas del mismo.

ARTICULO III.- EXCLUSIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

Las siguientes exclusiones aplican para todos los Servicios de asistencia previstos en el respectivo contrato.

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

a. Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, actos de terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones y movimientos populares.

b. Liberación de calor, irradiaciones o explosiones provenientes de fusión de átomos o radioactividad e incluso de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas.
c. Irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
d. Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caída de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
e. La participación del Beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.
f. Daños ocasionados por plagas.

No serán garantizados, en ningún caso, los gastos que el Beneficiario tenga que soportar por consecuencia directa o indirecta de:

g. Expropiación, requisa o daños producidos en los bienes del Beneficiario por orden del gobierno, de derecho o de facto, o de cualquier autoridad instituida.
h. Actos u omisiones dolosas de personas por las que sea civilmente responsable.
i. Operaciones de búsqueda, recuperación y salvamento de objetos, bienes, personas después de ocurrido un evento.

No serán cubiertas las siguientes reclamaciones:

j. Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daño, materiales o personales, es decir los daños patrimoniales puros o los daños morales.
k. Reclamaciones por eventos ocurridos dentro del territorio nacional, o del territorio establecido puntualmente para cada situación de asistencia.
l. Reclamaciones en las que impida expresa o implícitamente, la debida tramitación del Servicio de asistencia, cuando el impedimento provenga del Beneficiario afectado, de personas u órganos con poder público u otras personas grupos u órganos con el poder legal o coacción del hecho.

ARTICULO IV.- OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO / PROCEDIMIENTOS

4.1. SOLICITUD DE ASISTENCIA
En caso de presentarse una Situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, el Beneficiario deberá llamar a la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"** prevista, con servicio las 24 horas del día, y proporcionará los siguientes datos:

- Su nombre y número de póliza, así como la vigencia de la misma.
- El lugar donde se encuentra y el número de teléfono donde **"AXA ASSISTANCE"** podrá contactar al Beneficiario o su representante.
- Descripción del problema y del tipo de ayuda que necesita.

- Antes de prestar los Servicios de asistencia, **"AXA ASSISTANCE"** podrá comprobar la veracidad de los anteriores datos. El Equipo médico de **"AXA ASSISTANCE"** tendrá libre acceso a la historia clínica del Beneficiario del servicio para enterarse de su condición. Si no hubiere justificación razonable del Beneficiario para negar a **"AXA ASSISTANCE"** el acceso necesario para dicha comprobación, se entenderá que el Beneficiario renuncia a su derecho de recibir asistencia.

Queda también establecido que en caso que el Beneficiario no hubiese llamado e informado dentro de los tres (3) días siguientes al acontecimiento a la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"** prevista, no tendrá derecho a ningún reembolso por parte de **"AXA ASSISTANCE"** por los gastos ocasionados (salvo los casos descritos en la condición 4.2. abajo).

4.2. FALTA DE NOTIFICACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO A "INTER PARTNER ASSISTANCE"

a. A/ Situación de peligro de la vida.
   Las situaciones de peligro de vida en las que puede encontrarse el Beneficiario de los Servicios de asistencia, hacen referencia a los casos de vida o muerte, peligro o desastre, que requieren una atención o acción inmediata, de tal urgencia que sin esta atención el Beneficiario pueda tener un daño severo en una o más funciones corporales u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general. En esta situación existe un peligro inmediato, real o potencial, para la vida del Beneficiario o un riesgo de que se generen secuelas graves y permanentes, al no recibir atención médica calificada.

   No obstante cualquier otra disposición de esta condición general o de la presente contrato, en caso que peligre su vida, el Beneficiario o su representante deberán siempre procurar tomar las medidas necesarias para ser transferido de emergencia a un hospital cercano al lugar de los acontecimientos, y a través de los medios más inmediatos, y una vez hecho, tan pronto como sea prácticamente posible, deberá llamar a la central de alarma de **"AXA ASSISTANCE"** a fin de proporcionar la información apropiada.

b. Hospitalización antes del aviso de **"AXA ASSISTANCE".**

c. La hospitalización del Beneficiario, es el ingreso a un centro médico para recibir un tratamiento, cuidado o atención médica para la condición que presenta el Beneficiario.
   Si se presenta un daño corporal que tenga por resultado la hospitalización del Beneficiario antes de poder notificar a **"AXA ASSISTANCE"**, el Beneficiario o su representante, tan pronto como sea posible, deberán contactarse con la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"**, dentro de los tres (3) días siguientes al acontecimiento de dicho daño corporal. A falta de dichos avisos, **"AXA ASSISTANCE"** no tendrá ninguna responsabilidad y el Beneficiario no

tendrá derecho a ningún reembolso por los gastos ocasionados que pudieran ser cubiertos por el presente Programa de asistencia.

4.3. TRASLADO MEDICO Y REPATRIACION
Si el Beneficiario solicita su traslado médico o repatriación, deberá cumplir con las siguientes normas:

a. Con el fin de ayudar a **"AXA ASSISTANCE"** a tomar las medidas necesarias lo antes posible, el Beneficiario o la persona que actúe por parte del mismo deberá facilitar los siguientes datos:

   - Nombre, dirección y teléfono del centro hospitalario donde se encuentre internado el Beneficiario.
   - Nombre, dirección y teléfono del médico local y, en caso necesario del médico de cabecera.

b. En cada caso, **"AXA ASSISTANCE"** de acuerdo con el médico local, decidirá si el traslado debe ser efectuado, así como la fecha y el medio de transporte.

c. En caso de que **"AXA ASSISTANCE"** tuviera que pagar el costo del transporte del Beneficiario, éste último deberá entregar el cupón no utilizado de su tiquete original o su contravalor, si tiene derecho a reembolso del mismo.

4.4. PROCEDIMIENTO PARA REEMBOLSOS
En caso de que los gastos amparados en el presente Programa de asistencia, se paguen antes de que el Beneficiario pueda ponerse en contacto con la central de alarma de **"AXA ASSISTANCE"**, la solicitud de reembolso de estos gastos tendrá que ser presentada a **"AXA ASSISTANCE"** para su aprobación junto con los documentos siguientes:

a. Carta de solicitud del reembolso indicando nombre completo del Beneficiario, cédula, fecha de ocurrencia del evento, teléfonos y dirección de contacto con el Beneficiario.
b. Facturas originales de la atención prestada.
c. Cualquier otro documento que sea necesario para que **"AXA ASSISTANCE"** efectué el trámite del reembolso solicitado por el Beneficiario.

Para que la reclamación sea válida, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Central de Alarma **"AXA ASSISTANCE"**, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de la intervención médica hospitalaria o cualquier tipo de intervención médica.

4.5. EXCEDENTES
Los costos de servicios asistenciales adicionales no discriminados en el presente contrato de Servicios de asistencia o pagos de excedentes necesarios para la culminación de los servicios, cubriendo **"AXA ASSISTANCE"** los topes establecidos en las coberturas de los servicios, serán a cargo del Beneficiario o su

representante. **"AXA ASSISTANCE"** indicará previamente al Beneficiario o su representante dichos costos y/o excedentes.

4.6. APLICACIÓN DE COBERTURAS
Los cubrimientos en dólares o euros son convertidos a su equivalente en la moneda del país donde se presente la emergencia del Beneficiario.

ARTICULO V - OBLIGACIONES GENERALES DEL BENEFICIARIO

5.1. LIMITACION
En cuanto se produzca un incidente que pueda motivar una intervención asistencial, el Beneficiario deberá tomar todas las medidas necesarias para limitar sus consecuencias.

5.2. COOPERACION
El Beneficiario cooperará siempre con **"AXA ASSISTANCE"** a fin de permitir el buen desarrollo de la asistencia prevista y se entenderá que el

Beneficiario renunciará a su derecho de recibir asistencia en el caso de que no acepte cooperar ni acepte las instrucciones dadas por el personal de **"AXA ASSISTANCE"**. Dicha cooperación incluirá la entrega a **"AXA ASSISTANCE"** de los documentos y recibos que sean necesarios para dichos efectos, y el apoyo a **"AXA ASSISTANCE"**, con cargo a **"AXA ASSISTANCE"**, para cumplir las formalidades necesarias.

5.3. PRESCRIPCION Y CADUCIDAD
Cualquier requerimiento o reclamación, referente a la prestación de los Servicios de asistencia, o el trámite de reembolsos para los casos previstos en los numerales 3.1, 3.2. A, B, 3.3 y 4.8, debe ser presentada dentro de noventa (90) días calendario de la fecha en que se produzca la solicitud del servicio, previo cumplimiento de los términos mencionados en el artículo III y el numeral 4.8., prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

5.4. SUBROGACIÓN
"INTER PARTNER ASSISTANCE" se subrogará al Beneficiario hasta el límite de los gastos realizados o de las cantidades pagadas, en los derechos y acciones que correspondan al mismo contra cualquier responsable de un accidente que haya dado lugar a la prestación de alguna de las garantías descritas.

Cuando los servicios facilitados por **"AXA ASSISTANCE"** estén cubiertos en su totalidad o en parte por una póliza de seguros, **"AXA ASSISTANCE"** se subrogará en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario contra dicha póliza.

5.5. FUERZA MAYOR

"AXA ASSISTANCE" no será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones, en los casos de fuerza mayor que impidan tal cumplimiento.

Se entiende por fuerza mayor las causas conforme a lo siguiente pero no limitado a: Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan en forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos playas, etc., sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y demás accidentes de terreno o lugar.

5.6. RESPONSABILIDAD

La mayor parte de los proveedores de los servicios asistenciales son contratistas independientes y no empleados de **"AXA ASSISTANCE"**, esta no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de dichos proveedores que estén debidamente autorizados (cuando sea aplicable) y que sean competentes para proporcionar los servicios a un nivel igual a los estándares de cuidado normales en el área en donde dichos servicios se proporcionen. Sin embargo **"AXA ASSISTANCE"** será responsable de la supervisión y exigencia del mantenimiento de los estándares de calidad de los proveedores de los servicios asistenciales. Según se usa en este inciso, "proveedores" significará: ambulancias, médicos, hospitales, clínicas, abogados y cualquier otra entidad proveedora de la asistencia de acuerdo con una referencia de **"AXA ASSISTANCE"** a un Beneficiario.

5.7. LIMITACION DE RESPONSABILIDAD

Las obligaciones que asume **"AXA ASSISTANCE"** conforme a la presente documento quedarán limitadas a la prestación de los Servicios de asistencia aquí previstos, excluyéndose en todo caso, daños morales o emergentes, de imagen comercial, daños indirectos, lucro cesante (que ni **"AXA ASSISTANCE"** ni **PACÍFICO SEGUROS** podrán reclamarse), multas o sanciones así como cualquier prestación establecida que tenga naturaleza punitiva o de ejemplaridad. Además la responsabilidad de **"AXA ASSISTANCE"** cesará automáticamente y para cada caso en particular, cuando cada uno de los beneficios y/o servicios previstos sean proporcionados.

5.8. LIMITACION PARA REEMBOLSOS

El BENEFICIARIO tendrá derecho al reembolso de los diversos gastos cubiertos en este Programa de asistencia únicamente en caso de notificación y acuerdo

previo de **"AXA ASSISTANCE"** y según las estipulaciones indicadas en el artículo III del presente contrato.

5.9. DECLARACION
El uso del Servicio de asistencia implica la conformidad con el presente programa y el Beneficiario declara aceptar sus términos y condiciones.

5.10. DURACION DE VIAJES
Serán cubiertos los perjuicios ocurridos relativos a la prestación de los servicios de asistencia mencionados en éste documento durante viajes inferiores a noventa (90) días calendarios.

ARTICULO VI.- CENTRAL DE ALARMA

En cuanto se produzca un incidente que pueda motivar una intervención asistencial, el Beneficiario podrá llamar a la Central de Alarma de **"AXA ASSISTANCE"** las 24 horas del día durante todo el año.

SE ASIGNARAN LAS SIGUIENTES LINEAS TELEFONICAS:

Línea dedicada a Pacifico: 1 866 9865518
Latinoamérica:
Colombia (571)644 4496
Buenos Aires:(5411)437 08400
Europa: Barcelona (3493)2287632
Extremo Oriente: Singapur (65)622 00500
Resto del Mundo: 1866 681 9023

SEGURO DE SALUD TOTAL

CONDICIONES GENERALES

INDICE

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES TÉCNICAS

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

CONDICIONES OPERATIVAS

10. Procedimiento para solicitar la cobertura en el Perú
11. Relación de proveedores médicos afiliados a la compañía en el Perú
12. Pago de beneficios
13. Tarifa para pagos por atención bajo la modalidad de reembolso

CONDICIONES LEGALES

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

pacífico

INTRODUCCIÓN

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

CONDICIONES TÉCNICAS

Artículo 1°
OBJETO DEL SEGURO
En virtud del presente Contrato de Seguro, la COMPAÑÍA conviene en pagar los gastos médicos cubiertos que sufra el ASEGURADO a consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD, que requiera tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la Póliza en el Perú, de acuerdo a lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y hasta los límites y condiciones señalados en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

Artículo 2°
EVALUACIÓN DE ASEGURABILIDAD
La COMPAÑIA define, para fines de ASEGURABILIDAD, las políticas y los procesos de SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD y emisión de la póliza, teniendo como documento base la Declaración de Salud firmada por el ASEGURADO, cuya veracidad y exactitud exigen la manifestación más completa de sus antecedentes, síntomas, dolencias, enfermedades y tratamientos, así como también los de sus DEPENDIENTES, lo cual es importante para la estimación del riesgo y es base para la celebración del contrato.

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

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

Artículo 3°
PERSONAS ASEGURADAS
Esta PÓLIZA cubre al ASEGURADO TITULAR y sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza, sujeto al límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona establecido en las CONDICIONES PARTICULARES con tal de que residan en el Perú, gocen de buena salud al momento de su inclusión en la PÓLIZA y en el caso de los DEPENDIENTES además convivan con o dependan económicamente del ASEGURADO TITULAR, siempre que se haya pagado la prima correspondiente.

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

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

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

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

Artículo 4°
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA
Los gastos pagados por la COMPAÑÍA durante la vigencia anual de la Póliza, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como BENEFICIO MÁXIMO ANUAL especificado en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

pacífico

Artículo 5°
PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA

a) Período de Carencia
Es el período de tiempo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, contado desde la fecha de ingreso del ASEGURADO a la Póliza para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro.

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

Sólo están exceptuadas del período de carencia las EMERGENCIAS ACCIDENTALES y las atenciones en los casos de las EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS siguientes: apendicitis, ENFERMEDAD cerebro vascular aguda (isquémico o hemorrágico), infarto agudo de miocardio, salvo que las enfermedades mencionadas sean consideradas preexistentes.

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

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

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

1. Para toda condición de gestación o EMBARAZO, incluyendo las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO así como las del PARTO y del PUERPERIO, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES.

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

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

    1. Enfermedades del útero y/o anexos.
    2. Quistes y prolapsos génito urinarios que requieran tratamiento quirúrgico.
    3. Enfermedades de la mama (con excepción de cáncer de mama el mismo que iniciará luego de terminado el período de carencia) Hernias de cualquier clase, incluida la hernia de núcleo pulposo de la columna vertebral.

4. Hemorroides.
5. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar; enfermedades de la vesícula biliar.
6. Cirrosis hepática.
7. Litiasis del sistema urinario.
8. Adenoma de próstata.
9. Catarata, glaucoma.
10. Enfermedades tiroideas.
11. ENFERMEDAD cerebrovascular aguda isquémico o hemorrágico (con excepción del accidente cerebro vascular). (Debe ser igual a lo que viene para el período de carencia: "ENFERMEDAD cerebrovascular aguda (isquémico o hemorrágico)".)
12. ENFERMEDAD cardiovascular incluida la dislipidemia (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable).
13. Hipertensión arterial.
14. Asma.
15. Diabetes Mellitus.
16. Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
17. Procedimiento de Artroscopía.
18. Procedimiento de Litotricia.
19. Hiperhidrosis.
20. Polisomnografía.

4. Las enfermedades relacionadas con el Virus del VIH, el período de espera será el que se establezca en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza.

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

Artículo 6°
GASTOS CUBIERTOS
Esta Póliza cubre los gastos necesarios correspondientes exclusivamente al tratamiento de una ENFERMEDAD, condición médica o ACCIDENTE bajo cobertura, sea de atención médica hospitalaria o ambulatoria, hasta el límite del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por ASEGURADO, según los COPAGOS y COASEGUROS establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES para cada una de las coberturas y después de haberse alcanzado el DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el Plan de Seguro contratado por cada ASEGURADO contemple dicho deducible. También están incluidos bajo este seguro, las coberturas según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

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

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

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

Artículo 7°
COBERTURAS
En todos los casos, los pagos por estas coberturas formarán parte del BENEFICIO MÁXIMO ANUAL por persona y se cubrirán hasta por los límites y condiciones establecidos para cada una de ellas en la TABLA DE BENEFICIOS y de acuerdo al tipo de atención, sea ambulatoria y/u hospitalaria, siempre que no se encuentren excluidos conforme a lo establecido por la presente Póliza y siempre que se haya consumido el DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que el plan de seguro del ASEGURADO contemple dicho deducible.

a. <u>ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS</u>:

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

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

2. Que los procedimientos oncológicos (cirugía oncológica, radioterapia, exámenes auxiliares) se encuentren dentro de los protocolos establecidos por la NCCN, según las categorías 1 o 2A.

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

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

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

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

b. <u>TRASPLANTE DE ÓRGANOS</u>:

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

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

1. Se otorgará luego del período de carencia y de espera señalados en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza.
2. Se otorgará sólo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y TRASPLANTE) del MINSA o de la entidad oficial encargada.
3. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.
4. En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para TRASPLANTE de órganos humanos del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.

5. Los únicos TRASPLANTES de órganos que están cubiertos para este beneficio son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea (Autólogo) e hígado. Los beneficios están limitados al monto de la cobertura señalado en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las CONDICIONES PARTICULARES. Un TRASPLANTE de dos órganos o tejidos realizados durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo TRASPLANTE. Los beneficios para la repetición de TRASPLANTE de un mismo órgano o tejido (un TRASPLANTE realizado por segunda vez debido al fracaso de un TRASPLANTE inicial), solo serán pagaderos si la COMPAÑÍA lo aprueba como MÉDICAMENTE NECESARIO.
6. Las exclusiones que tiene esta cobertura, adicionales a las establecidas en esta Póliza, por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, son:
   a) Aquellas condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un TRASPLANTE que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por la COMPAÑIA.
   b) Los TRASPLANTES considerados como experimentales.
   c) Cuando el órgano sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
   d) Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes.

c. <u>PRÓTESIS QUIRÚRGICAS</u>:

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

d. <u>ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO EN PÓLIZA</u>:

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

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

e. <u>ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS</u>:

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas así como aquellas de tipo genético hereditario, no diagnosticadas antes de ingresar a la Póliza. Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como atención hospitalaria o gastos de atención ambulatoria según corresponda, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

f. OFTALMOLOGÍA:

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

g. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS:

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

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

h. CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS EN EL PERÚ:

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

i. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VIRUS VIH:

Todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus VIH serán cubiertas como hospitalario o ambulatorio, una vez superado el periodo de espera, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza.

j. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA EN EL PERÚ:

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

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

k. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN EN EL PERÚ:

1. EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O EMERGENCIA ACCIDENTAL:

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

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

2. EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN (SÓLO EN PROVINCIAS):

Cubre los gastos por traslado en avión de línea comercial de pasajeros dentro del territorio peruano únicamente para casos de hospitalización donde no haya resolución médica en el lugar de la atención, previa coordinación y aprobación de la COMPAÑÍA, según las condiciones precisadas en la TABLA DE BENEFICIOS. Se cubre por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de dos asientos.

Tanto en caso de emergencia accidental o emergencia médico quirúrgica como en caso de hospitalización, se cubren los gastos de transporte de un acompañante cuando se trate de pacientes menores de edad o de pacientes cuya gravedad demande la asistencia de un profesional de la salud. No se cubren gastos de hospedaje o alimentación para el asegurado ni acompañante.

l. SEPELIO EN EL PERÚ:

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral de acuerdo al paquete descrito en la TABLA DE BENEFICIOS de la Póliza. Este beneficio se otorgará

siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por esta Póliza.

m. PROGRAMA DE MATERNIDAD:

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

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

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

Este beneficio cubre los gastos del PARTO, sea vaginal o por cesárea, las COMPLICACIONES DEL EMBARAZO y los gastos de atención inmediata del recién nacido normal sin complicaciones (pediatra en sala de PARTOS o sala de operaciones, sala de bebes de recién nacido normal, exámenes de laboratorio: grupo y factor, hematocrito, glucosa) hasta los límites especificados en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

n. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA NACIONAL (para cirugías programadas):

Se brinda la oportunidad de reevaluar la necesidad de una cirugía propuesta por el médico del ASEGURADO. Para ello, la COMPAÑÍA presentará una terna de médicos especialistas para que el ASEGURADO elija a uno de ellos.

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

o. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL:

Debido a que algunos casos presentan dificultad diagnóstica o terapéutica (previa validación de Auditoría Médica de la COMPAÑÍA), ya sean médicos o quirúrgicos, se brinda la oportunidad de obtener la opinión y sugerencias de médicos especialistas en el tema que laboran en el extranjero los cuales forman parte de un grupo consultor sugerido por el OPERADOR INTERNACIONAL de la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO no puede realizar el proceso indicado precedentemente en forma directa. Este beneficio no está sujeto a reembolso.

Adicionalmente, se cubrirá al 100% los exámenes auxiliares sugeridos por esta segunda opinión, siempre que estén disponibles en el Perú.

Este beneficio no incluye el viaje ni la evaluación del ASEGURADO, sólo envía el expediente médico.

p. LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS PARA LOS DEPENDIENTES ASEGURADOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR:

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

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

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

q. ODONTOLOGÍA EN EL PERÚ:

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

r. ASISTENCIA AL VIAJERO EN EL EXTRANJERO:

A través del OPERADOR INTERNACIONAL, se otorga atención por enfermedades, emergencias médicas o accidentales en el extranjero, traslados médicos, asistencia por pérdida de equipaje, entre otros, cuando el ASEGURADO se encuentre de viaje y su estadía en el exterior no supere 90 días consecutivos.

Los alcances de esta cobertura se detallan en el Anexo "Condiciones del Beneficio de Asistencia Médica y del Viajero en el Extranjero" de esta Póliza.

s. CENTROSALUD

Servicio de atención médica ambulatoria programada en consultorios de la COMPAÑÍA ubicados en la Clínica Tezza, atendidos por médicos en las especialidades de Medicina Interna[PM1], Pediatría y Gineco Obstetricia, para lo cual el ASEGURADO deberá comunicarse con la Central de Información y Ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.

t. CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD

Programa de atención médica ambulatoria especialmente diseñado para el manejo, prevención y control de ASEGURADOS que durante la vigencia de la Póliza, se les diagnostiquen las siguientes ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus II y Dislipidemia, a cargo de especialistas en Cardiología, Neumología y Endocrinología según corresponda. La cobertura se inicia luego de realizada la primera consulta en el CENTROSALUD o en la Clínica San Borja, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.
El ingreso al programa estará sujeto a la evaluación médica y aceptación de la COMPAÑÍA.

u. ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

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

- ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO
  Servicio de atención médica ambulatoria programada a domicilio, a través del cual el ASEGURADO podrá atenderse con un médico en las especialidades señaladas en la TABLA DE BENEFICIOS, debiendo pagar el COPAGO establecido por consulta.

- ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA
  Servicio de unidades móviles para la atención de EMERGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS o EMERGENCIAS ACCIDENTALES a domicilio dentro de las ciudades establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS, durante las 24 horas y todos los días del año, sin aplicación de COPAGO o COASEGURO alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados.

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

  Son considerados una EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA O ACCIDENTAL los gastos médicos como consecuencia de:
  - Paro cardíaco y/o respiratorio
  - Dolor torácico de origen cardiovascular (coronario)
  - Pérdida de conocimiento súbito
  - Traumatismos agudos, fracturas, luxaciones
  - Heridas cortantes

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

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

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

Artículo 8°
GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES
Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

a) PREEXISTENCIAS, entendidas como aquéllas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o asistencia médica emitida por la COMPAÑÍA u otra registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la presente Póliza.

b) Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles.

c) MEDICINA ALTERNATIVA y/o Complementaria.

d) Cuidados particulares de enfermería.

e) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados.

f) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell), salvo que se requiera para TRASPLANTE de médula ósea.

g) En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

h) Medicamentos, productos, tratamientos y otros precisados a continuación:

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

heparinas, metformin, montelukast en asma, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios, los cuales sí se cubrirán).

15. Inmunoestimulantes. Vacunas (excepto vacuna indicada por isoinmunización materno-fetal y vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica).
16. Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.
17. Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.
18. Plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.
19. PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.
20. Dispositivos o IMPLANTES médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: IMPLANTE coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales si se cubrirán.
21. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extrahospitalario y con fines DIAGNÓSTICOS o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, glucómetro y muletas.

i) Estudios o procedimientos DIAGNÓSTICOS o terapéuticos, tratamientos (médicos o quirúrgicos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

1. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas congénitas del recién nacido y de enfermedades congénitas no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.
2. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diastasis de los músculos rectos abdominales.
3. Ginecomastia y Gigantomastia.
4. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por Cáncer de Mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta Póliza, para la cobertura Oncológica o en los casos de ACCIDENTES cubiertos por la Póliza, debidamente reportados a la COMPAÑÍA.
5. Vasectomía y Bloqueo Tubario.
6. Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales, así como gastos de maternidad y del recién nacido (prematuridad y enfermedades congénitas) en aquellos casos en que el EMBARAZO sea consecuencia de los procedimientos de fertilización indicados en esta exclusión o procedimientos similares cuyo fin es la concepción.
7. Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.

8. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de PRÓTESIS.
9. Tratamiento de alopecia androgénica.
10. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.
11. Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
12. Accidentes sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por un profesional de la salud en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda.
    En caso de ACCIDENTE vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo.
    Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si se niega a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda o, cuando habiéndosele practicado, éste arroje un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE.
    Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0.15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.
13. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.
14. Cirugía odontológica, enfermedad periodontal, ortodoncia, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética, cirugía bucal (exodoncia impactada, apicectomía y similares), PRÓTESIS dentales, IMPLANTES dentales y todo lo relacionado a ellos, salvo las atenciones indicadas en el artículo de Beneficios y Gastos Cubiertos como "Gastos Odontológicos".
15. Problemas de la mandíbula incluyendo el SÍNDROME témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.
16. Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales.
17. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de actividades, competencias o deportes peligrosos. La siguiente relación es nominativa no excluyente: carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, ala delta, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería de fieras, pesca submarina, equitación, parapente, surfing, puenting, motos acuáticas, deportes extremos o de aventura, prácticas olímpicas o cualquier deporte practicado de manera profesional.
18. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos

e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.

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

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

Artículo 9°
PAGOS A CARGO DEL ASEGURADO (COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL)

Para todo gasto cubierto incurrido a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE amparados por la póliza, así como en el caso de las coberturas cubiertas por la Póliza, el

ASEGURADO tendrá como obligación el pago del DEDUCIBLE ANUAL, en el caso de que su Plan de Seguro contemple dicho deducible, y de los COPAGOS y COASEGUROS establecidos para cada una de las coberturas, según se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS de la póliza. Las definiciones de COPAGO, COASEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL, se encuentran señaladas en el GLOSARIO de la Póliza.

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

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

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

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

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

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

CONDICIONES OPERATIVAS

Artículo 10°
PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA EN EL PERÚ
En caso de requerir atención médica conforme a las condiciones y coberturas establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS y después de haber alcanzado el monto establecido como DEDUCIBLE ANUAL, en el caso que su Plan de Seguro contemple dicho deducible, el ASEGURADO podrá optar por alguna de las siguientes modalidades:

a) **ATENCIÓN AL CREDITO (EN PROVEEDORES MEDICOS AFILIADOS A LA RED DE LA COMPAÑÍA)**
Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de la COMPAÑÍA, pagando solamente los COPAGOS y/o COASEGUROS que se establezca en la TABLA DE BENEFICIOS y gastos no cubiertos por la póliza.

Las formas de atención son las siguientes:

pacífico

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

Las situaciones de EMERGENCIA ACCIDENTAL Ambulatoria serán cubiertas al 100% sin COPAGO según lo establecido para dicha cobertura en estas CONDICIONES GENERALES.

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

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

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

3) **ATENCION EN CENTROSALUD**
El ASEGURADO deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita médica.

4) **CUIDADO CONTINUO DE LA SALUD**
La cobertura se inicia luego de realizada la primera consulta en el CENTROSALUD o en la Clínica San Borja, pudiendo continuar la atención en dichos establecimientos o en el domicilio del ASEGURADO, para lo cual deberá comunicarse con la central de información y ventas de la COMPAÑÍA para programar su cita.
El ingreso al programa estará sujeto a la evaluación médica y aceptación de la COMPAÑÍA.

5) **ATENCIÓN A DOMICILIO**
- **ATENCIÓN PROGRAMADA DE UN MÉDICO A DOMICILIO**
Para acceder a este servicio el ASEGURADO deberá comunicarse con Pacífico Asiste al teléfono que aparece en el carnet del ASEGURADO. Este beneficio tiene limitaciones geográficas, las cuales se establecen en la TABLA DE BENEFICIOS.

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

b) **ATENCIÓN A REEMBOLSO (FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS)**
En el caso de atención médica por proveedores médicos o médicos no afiliados a la red de la COMPAÑÍA indicada en la TABLA DE BENEFICIOS, el ASEGURADO asumirá la totalidad de los gastos y luego podrá solicitar a la COMPAÑÍA el reembolso correspondiente de los gastos cubiertos, los que serán liquidados de acuerdo al TARIFARIO PACÍFICO, según lo establecido en estas CONDICIONES GENERALES y las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIO inserta en la Póliza que se encuentra a su disposición en la página web de la COMPAÑÍA: www.pacificoseguros.com

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

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

La COMPAÑIA se reserva el derecho de solicitar al ASEGURADO que presente un Informe Médico ampliatorio, en aquellos casos en los que sea necesaria información adicional que permita documentar mejor la situación de salud y facilite la atención de la SOLICITUD DE REEMBOLSO

Las facturas de los gastos efectuados por servicios médicos serán emitidas a nombre de El PACIFICO-PERUANO SUIZA Compañía de Seguros y Reaseguros, RUC N°20100035392. En caso de tratarse de recibos por honorarios profesionales, deberán emitirse a nombre del ASEGURADO. Las facturas por medicamentos siempre deberán ser sustentadas con las recetas correspondientes.

Presentada esta documentación y encontrada conforme por la COMPAÑIA, es decir medicamentos y/o exámenes auxiliares y/o procedimientos relacionados directamente con el DIAGNÓSTICO, se efectuará el pago de los beneficios cubiertos de acuerdo a lo establecido según el TARIFARIO PACIFICO, dentro de los 30 días hábiles desde la fecha de recepción. El reembolso referido puede no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

Artículo 11°
RELACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS A LA COMPAÑÍA EN EL PERU
La relación de los PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS a la COMPAÑIA se muestra en un Anexo de la PÓLIZA DE SEGURO.

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

Artículo 12°
PAGO DE BENEFICIOS
LA COMPAÑÍA, reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el Perú.

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza, serán pagados directamente al proveedor médico afiliado a la red, donde el ASEGURADO recibió la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente, , aún cuando haya contratado el DEDUCIBLE ANUAL, en cuyo caso, éste deberá ser asumido primero directamente por el ASEGURADO y de acuerdo con el procedimiento establecido en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

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

Si durante los 30 días calendarios posteriores a una hospitalización se efectuaran gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad o ACCIDENTE, estos serán cubiertos como gastos hospitalarios.

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

Artículo 13°
TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO
Los gastos por atención hospitalaria o ambulatoria en el Perú que el ASEGURADO haya pagado directamente a clínicas y/o médicos no afiliados a la red de proveedores de la COMPAÑÍA, serán reembolsados con base en el TARIFARIO PACÍFICO y según las condiciones establecidas en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en la Póliza.

El ASEGURADO tiene a su disposición el TARIFARIO PACÍFICO, en la página web de la COMPAÑÍA: www.pacificoseguros.com, y puede consultar llamando a la Central de Información y Ventas cuyo número se indica en su carnet de ASEGURADO.

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

CONDICIONES LEGALES

Artículo 14°
DEL CONTRATO DE SEGURO
El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual la COMPAÑÍA se obliga mediante el pago de la prima, a indemnizar al ASEGURADO, dentro de los límites y condiciones estipulados en la PÓLIZA DE SEGURO; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. Es parte del Contrato de Seguro, las CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES, Especiales, Cláusulas adicionales, Endosos, Anexos así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, con ocasión de la contratación del Seguro.

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

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

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

pacífico

Artículo 15°
DECLARACIONES
La SOLICITUD DE SEGURO y la Póliza, y sus eventuales endosos, firmados por el ASEGURADO y los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, respectivamente, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

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

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

Artículo 16°
AVISOS Y COMUNICACIONES
Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza intercambien las partes CONTRATANTES deberán ser formulados por escrito.
El CORREDOR DE SEGUROS, en su caso, representa al ASEGURADO. La carta de nombramiento que el ASEGURADO extiende a un corredor de seguro, faculta a éste para realizar actos administrativos de representación, más no de disposición.

Artículo 17°
RESIDENCIA
Esta póliza ha sido diseñada para personas que residan permanentemente en el territorio peruano, por ello para gozar del beneficio que otorga esta póliza, se requerirá siempre que el ASEGURADO TITULAR y los DEPENDIENTES residan en el Perú.

Artículo 18°
VIGENCIA, AJUSTE DE PRIMA Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA
La Póliza tendrá vigencia anual pero la COMPAÑÍA cada año otorgará la cobertura al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES inscritos, siempre y cuando acepte los nuevos términos y condiciones del contrato que cada año podrá establecer la COMPAÑÍA, incluyendo el aumento de primas, COPAGOS, COASEGUROS, y del DEDUCIBLE ANUAL en el caso que el Plan de Seguro contratado contemple dicho deducible, así como el cambio del TARIFARIO PACÍFICO. El cambio de las primas, COPAGOS, COASEGUROS, DEL DEDUCIBLE ANUAL de haberse contratado y el cambio del TARIFARIO PACÍFICO se realizarán cuando los resultados del programa lo requieran.

La edad alcanzada en cada emisión de Póliza determinará el rango para el cálculo de las nuevas primas y los términos de las condiciones.

Treinta (30) días antes del vencimiento de cada vigencia, la COMPAÑÍA enviará al ASEGURADO TITULAR la Póliza con los términos y condiciones que regirán en el año

siguiente, salvo que el ASEGURADO TITULAR haya comunicado previamente a la COMPAÑÍA, su voluntad de no continuar con el contrato.

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

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

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

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

Queda establecido que los plazos de espera y de carencia se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores.

Asimismo no será necesario que se presente una nueva declaración de salud. Ambas concesiones se darán en tanto exista relación de continuidad.

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

Artículo 19°
OBSERVACIONES A LA PÓLIZA

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

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

aceptar o rechazar la Póliza, vencido dicho plazo sin su pronunciamiento se tendrá por aceptada la Póliza en los términos en que fue emitida originalmente.

Artículo 20°
PAGO DE LA PRIMA
De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los contratos de seguros, la Póliza se emite bajo las siguientes reglas:

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

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

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

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

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

Artículo 21°
NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO
El Contrato de Seguro será nulo de pleno derecho, en lo que respecta al ASEGURADO, en los siguientes casos:

a) Por la mala fe probada de alguna de las partes al momento de celebrarse el contrato.
b) Por la inexacta declaración del ASEGURADO, aún hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.

c) Por la omisión u ocultación, por el ASEGURADO, de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.

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

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

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

Artículo 22°
RESOLUCIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO

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

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

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

Artículo 23°
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

a) Con la resolución automática del Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

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

Artículo 24°
REVISIÓN DE LOS SINIESTROS
La COMPAÑÍA tiene derecho a hacer examinar a el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos, por los médicos designados por ella, a costo de la COMPAÑÍA y las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier SINIESTRO.

El ASEGURADO está en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos ampliatorios que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de la información adicional solicitada, sea para pagos de reembolsos, beneficios y auditorías, dispensando al médico

tratante y/o establecimiento de salud de la reserva de información. La COMPAÑÍA manejará con total confidencialidad esta información.

Artículo 25°
DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE

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

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios médicos en colusión con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato.

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

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

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

Artículo 26°
SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

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

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

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

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

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

En los casos en los que el ASEGURADO tenga la cobertura de otro seguro médico que tenga los mismos beneficios en la misma COMPAÑÍA u otra, el ASEGURADO tendrá la libertad de elegir cuál de sus seguros se activará en un principio. Si el ASEGURADO decide activar primero el otro seguro, el presente seguro podrá reconocer al 100% el reembolso de los gastos incurridos por concepto de COPAGOS y COASEGUROS según las condiciones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES inserta en la Póliza. No se reembolsarán los gastos no cubiertos bajo el presente seguro.

Artículo 27°
PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA
Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana. La COMPAÑÍA quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el SINIESTRO, a menos que esté en tramitación una acción judicial relacionada con la reclamación.

Artículo 28°
PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS
En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza, en orden descendente de jerarquía, las Cláusulas Especiales prevalecen sobre las CONDICIONES PARTICULARES, las CONDICIONES PARTICULARES sobre las CONDICIONES GENERALES, y las primeras sobre las últimas.

Artículo 29°
DEFENSORÍA DEL ASEGURADO
La presente Cláusula establece el derecho del ASEGURADO y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para procurar resolver las controversias que surjan entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA según los alcances de su competencia de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

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

De acuerdo al Reglamento de la Defensoría, se debe tener en cuenta lo siguiente:
a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los ASEGURADOS o usuarios de los servicios de seguro, procurando la solución de reclamos por SINIESTROS que los ASEGURADOS sometan para su pronunciamiento.
b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO y/o usuario.

c) Procede sólo para atender reclamos por SINIESTROS formulados por asegurados que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de la COMPAÑÍA.
d) Quedan excluidos del ámbito de competencia de la Defensoría, todos los reclamos provenientes de SINIESTROS del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio del Sistema Nacional de Pensiones y de los Seguros de Invalidez, Sobrevivencia, Gastos de Sepelio y Rentas de Jubilación del Sistema Privado de Pensiones.
e) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de 180 días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por la COMPAÑÍA.
f) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de noventa (30) días hábiles después de completado el expediente. La resolución no obliga al ASEGURADO ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.
g) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para la COMPAÑÍA cuando es aceptada por el ASEGURADO en un plazo de sesenta (60) días hábiles de notificada, siempre y cuando no exista ningún pedido de revisión pendiente.
h) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de cinco (05) días hábiles de su notificación, debiendo indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión general. La Defensoría del Asegurado resuelve dentro del plazo de diez (10) días hábiles.
i) En caso se interponga un recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el inciso anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.

Artículo 30°
SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

Artículo 31°
RECLAMOS POR INSATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS

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

pacífico

Artículo 32°
TRIBUTOS
Todos los tributos presentes y futuros que graven esta Póliza, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por SINIESTROS, serán de cargo del ASEGURADO.

Artículo 33°
GLOSARIO: TÉRMINOS Y DEFINICIONES
Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

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

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

- **AMBULANCIA AÉREA**
  Avión especialmente equipado con personal médico, paramédico e instrumental, capaz de asistir cualquier emergencia médica.

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

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

- **ASEGURADO TITULAR**
  Es el CONTRATANTE del seguro obligado al pago de la prima, y el único con derecho a modificar las condiciones de la Póliza.

- **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL**
  Cantidad total anual asegurada bajo esta Póliza con respecto a cada ASEGURADO y a cada DEPENDIENTE inscrito.

- **CANCER**
  ENFERMEDAD que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y a la proliferación de células malignas así como a la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas circulatorios o linfáticos, incluyendo Leucemia.

- **CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**
  Conjunto de circunstancias que deben concurrir en un riesgo para que la cobertura pueda ser aceptada por la COMPAÑIA. Con este propósito, los

aseguradores suelen disponer la evaluación del riesgo y/o la práctica de exámenes especiales, por médicos u otros profesionales designados para cada caso.

- **CIRUGÍA AMBULATORIA**
  Intervención quirúrgica que utiliza Sala de Operaciones y que no requiere de hospitalización.

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

- **CHEQUEOS PREVENTIVOS**
  Exámenes médicos determinados por la COMPAÑÍA, que el ASEGURADO puede realizarse, de manera gratuita una vez al año.

- **COASEGURO**
  El Coaseguro es el porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado a la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Coaseguros se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares.

- **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**
  Eventos presentados durante la gestación y que ponen en riesgo la continuidad de la misma. Se consideran así a los abortos, EMBARAZO ectópico, incompatibilidad de Rh, problemas con la placenta, hiperemesis, preeclampsia y eclampsia, así como PARTO pretérmino y rotura de membranas.
  A partir de la semana veintiuno (21), se considerará como una amenaza de PARTO pre-término.

- **CONDICIONES GENERALES**
  Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas por LA COMPAÑÍA para regir el contrato de seguro. Su aplicación puede ser modificada por otras cláusulas contractuales incluidas en la PÓLIZA DE SEGURO.

- **CONDICIONES PARTICULARES**
  Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, en particular, el nombre y el domicilio de las partes contratantes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la suma asegurada o alcance de la cobertura, el importe de la prima, recargos e impuestos, vencimiento de las primas, lugar y forma de pago, vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, contiene la TABLA DE BENEFICIOS. Estas condiciones son las que se aplican específicamente al plan adquirido por el ASEGURADO.

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

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

- **COPAGO**
  El Copago es el monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en la TABLA DE BENEFICIOS inserta en las Condiciones Particulares. Una misma atención puede estar afecta a Copago y Coaseguro.

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

- **COSMÉTICO**
  Producto cosmético es toda sustancia o fórmula de aplicación local a ser usada en las diversas superficies externas del cuerpo humano y sus anexos, incluyendo mucosa bucal y dientes, con el fin de limpiarlos, perfumarlos, mejorar su aspecto y protegerlos o mantenerlos. Los productos de higiene personal se consideran productos cosméticos.
  El producto cosmético que, en razón de su composición o absorción, tenga efectos farmacológicos deberá registrarse como producto farmacéutico. Igual disposición rige para los cosméticos a los que se les atribuye propiedades terapéuticas.
  Se considera grupo cosmético a:
  a) Los productos cosméticos con la misma composición básica cualitativa-cuantitativa, uso y denominación genérica y comercial que poseen distintas propiedades organolépticas.
  b) Los tintes con la misma composición cualitativa de sus colorantes.
  c) Los cosméticos de perfumería con la misma fragancia.
  d) Los productos cosméticos para maquillaje de la misma composición básica y diferente tonalidad.

- **DEDUCIBLE ANUAL**
  Es el importe anual que dependiendo del Plan de Seguro elegido, corresponderá asumir directa e íntegramente al ASEGURADO, durante cada vigencia anual de la Póliza hasta consumirlo luego de lo cual, la COMPAÑÍA procederá a cubrir los gastos médicos de acuerdo a lo establecido en las CONDICIONES PARTICULARES. Para el cómputo del monto del Deducible Anual se considerarán sólo los Gastos Cubiertos por la Póliza.

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

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

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

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

- **EMERGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA**
  Aquel problema de salud que se presenta en forma súbita, como manifestación de una ENFERMEDAD AGUDA o como recurrencia, progresión o complicación de una afección crónica, y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

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

- **ENFERMEDAD ADQUIRIDA AL NACER**
  Alteración del estado de salud no congénita cuyo origen se establece desde el momento del nacimiento.

- **ENFERMEDAD AGUDA**
  Enfermedad de curso menor o igual a un mes.

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

- **ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO DIAGNOSTICADAS**
  Aquellas condiciones de salud potencialmente patológicas (anomalías en la estructura, función o metabolismo) originadas antes del nacimiento, mas no necesariamente manifestadas o identificadas en dicho momento, no siendo conocidas (ni siquiera parcialmente) por el asegurado en el momento de ingreso a su póliza.

- **ENFERMEDAD CRÓNICA**
  Enfermedad de curso mayor a un mes.

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

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

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

- **EVENTO HOSPITALARIO**
  Se considera como EVENTO HOSPITALARIO cada reclusión o internamiento de una persona registrada como paciente en un HOSPITAL O CLÍNICA por 24 horas consecutivas o más a consecuencia de una enfermedad, accidente o emergencia médica, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

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

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

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

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

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

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

- **FECHA DE INICIO DEL SEGURO**
  Fecha que aparece en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza como fecha de vigencia, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro, sujeto a los periodos de carencia o espera establecidos en la misma.

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

- **HOTEL**
  Establecimiento de hostelería capaz de alojar a huéspedes o viajeros.

- **IMPLANTE**
  Puede referirse a: aparatos como implante coclear, marcapaso, etc.; PRÓTESIS o sustancias en el cuerpo como: Cadera, rodilla, siliconas, dental, capilar/cabello, huesos de titanio, sustancias radioactivas, hormonas, etc; todas con la finalidad de mejorar alguna función o con un fin estético.

- **MEDICAMENTE NECESARIO**
  Es un tratamiento, medicamento o estancia en una clínica que
  a) Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la ENFERMEDAD, EMBARAZO, ACCIDENTE o EMERGENCIA MÉDICA del ASEGURADO.
  b) No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
  c) Haya sido prescrito por un médico.
  d) Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional.

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

- **MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA**
  Grupo de diferentes sistemas de cuidados de la salud, práctica y productos, que no son considerados como parte de la medicina científica. La Medicina Complementaria se emplea en simultáneo con la medicina científica. La MEDICINA ALTERNATIVA se utiliza en reemplazo de la medicina científica.
  Incluye, pero no se limita:

- Acupuntura
- Aromaterapia
- Ayurveda
- Cromoterapia
- Dietética
- Fitoterapia
- Hidroterapia
- Hipnosis
- Homeopatia
- Kinesiologia
- Medicina folklorica
- Medicina holística
- Medicina Naturopática
- Medicina Osteopática
- Medicina tradicional oriental
- Quiromasaje, Quiropráctica
- Qi gong
- Reiki
- Reflexoterapia
- Sanación pranika
- Sofrologia
- Terapia floral
- Terapia de toque
- Watsu
- Yoga

- **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**
  Es el uso consciente, explícito y razonable de la mejor evidencia o prueba científica disponible para la toma de decisiones sobre la atención y cuidado de pacientes.

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

- **OPERADOR INTERNACIONAL**
  Para la cobertura especial en el extranjero, es la entidad encargada de atender al ASEGURADO. Ver anexo: "Condiciones del beneficio de asistencia médica y del viajero en el extranjero"

- **PARTO**
  Salida del feto del cuerpo materno, dando por finalizado el embarazo.

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

- **PREEXISTENCIA**
  Toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, SÍNDROME o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos del ASEGURADO, previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.
  No se considerará como PREEXISTENCIAS a las enfermedades por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de enfermedades o Asistencia Médica emitida por la COMPAÑÍA u otra registrada en la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, en el período inmediatamente anterior a la presente póliza.

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

- **PRÓTESIS**
  Es una extensión artificial, que sustituye parte del cuerpo, su utilidad puede ser funcional o estética.
  Ejemplos de PRÓTESIS: Ortopédicas, auditivas, ocular, genital, dental.

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

- **RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS**
  Conjunto de prestadores de salud tales como clínicas, centros médicos, hospitales que se encuentran afiliados a la COMPAÑÍA y que se detallan en la póliza del ASEGURADO en un anexo de la póliza..

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

- **SALUD**
  Completo estado de bienestar físico y mental del individuo.

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

- **SINIESTRO**
  Reclamo o solicitud de cobertura efectuado por el ASEGURADO.

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

- **SOLICITUD DE SEGURO**
  Documento pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, en el cual consignando la identificación del ASEGURADO y dependientes, se define el tipo de seguro que se desea, los otros seguros que se tienen, la forma de pago que se desea y, bajo juramento, se efectúa la Declaración de SALUD de los solicitantes.

- **SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS DE SALUD**
  Políticas y procesos definidos por la Compañía para fines de asumir o no el riesgo; entre sus instrumentos se incluyen: Declaración de Salud; Examen de

Asegurabilidad, interrogatorio ginecológico, perfil de exámenes auxiliares por edad y sexo. Puede incluir además: exámenes adicionales y/o informes médicos.

- **TABLA DE BENEFICIOS**
  Cuadro inserto en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza que contiene las especificaciones de las coberturas, los límites de las sumas aseguradas, el COPAGO, COASEGURO y DEDUCIBLE ANUAL a cargo del ASEGURADO, así como la RED DE PROVEEDORES MÉDICOS AFILIADOS de la COMPAÑÍA. Forma parte de las Condiciones Particulares.

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

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

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

220166

ANEXO 3-D

pacifico

Reclamos Reclamos <reclamos@pacifico.com.pe>

Nueva queja/reclamo

1 mensaje

Reclamos Pacífico Seguros <segurosweb@pacifico.com.pe> 23 de agosto de 2013 18:46
Para: reclamos@pacifico.com.pe

pacifico

SOLICITUD DE QUEJA/RECLAMO

No. 000/0719/2013

DATOS INICIALES

Tipo de atención	Reclamo
Empresa	PPS
Lugar donde se presenta la queja/reclamo	No aplica

DATOS DE LA PERSONA POR LA QUE SE PRESENTA EL RECLAMO

Nombre(s)	OSCAR EZEQUIEL
Apellido Paterno	SEGOVIA
Apellido Materno	TRAUCO
Razón Social	
Tipo de documento	DNI
Nro de documento	41161228
Dirección de correspondencia	CALLE OCHO Nº 256 INTERCOMUNICADOR 6 URB. MONTERRICO NORTE
Departamento	LIMA
Provincia	LIMA
Distrito	SAN BORJA
Teléfono Fijo	4365789
Teléfono Celular	945066173
Correo Electrónico	oesego@gmail.com
¿Es asegurado?	Sí
¿Es asegurado titular?	Sí
¿Es el reclamante?	Sí
Nombre(s) del titular del seguro	OSCAR EZEQUIEL

000170

Apellido paterno	SEGOVIA
Apellido Materno	TRAUCO
Tipo de documento	DNI
Nro de documento	41161228
Nombre(s) del reclamante	OSCAR EZEQUIEL
Apellido paterno	SEGOVIA
Apellido Materno	TRAUCO
-->	
Tipo de documento	DNI
Nro de documento	41161228
INFORMACIÓN DEL INCIDENTE	
Fecha del incidente	2013/08/17
Lugar del incidente	CLINICA JOCKEY SALUD
Persona que realizó la atención	DR CONNAN HOYLE
Queja/Reclamo presentado anteriormente	No
Tipo de seguro	Salud
Lugar donde se contrató el seguro	No aplica
Fecha de la ocurrencia	2013/08/17
Diagnóstico / Operación	
Medicamento	
Motivo de la queja/reclamo	Disconforme con preexistencia
Detalle de lo ocurrido	Me han consignado dos pre-existencias (rinitis alergica y hemorroides). Al respecto debo indicar indicar que yo no he indicado padecer tales males en el formulario de afiliacion ni tampco la aseguradora me ha informado al respecto antes de yo proceder a la firma del contrato. Se ha contravenido la Resolución de la SBS N°3203-2013. Encima no me permitiron comprar un medicamento recetado.
Lo que se espera por parte de Pacífico	Es importante precisar que la Ley N° 28770 ha dispuesto que si luego de finalizar un contrato de seguro de asistencia médica (en mi caso EPS), el asegurado contrata otra póliza de seguro de salud con la misma aseguradora u otra, no se considerarán como enfermedades preexistentes aquellas que se hayan generado o hayan sido cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior. Exhorto a PACIFICO a rectificarse por la violación a la ley.
Archivo adjunto	Ninguno
Deseo recibir la respuesta a través de:	Correo electrónico. Correspondencia.

Fecha: 24.08.2013
Hora: 00.46 Hrs.

Reclamo.pdf
14K

ANEXO 3-E

Lima, 27 de Agosto del 2013
PPS-33116/2013-2

pacífico

CARGO
Recibido en Área de Reclamos

Señor (a)(ita)
Oscar Ezequiel Segovia Trauco

Calle Ocho Nº 256 Intercomunicador 6 Urb. Montemico Norte
San Borja

Ref: Carta de respuesta reclamo PPS-33116/2013-2

Estimado señor(a)(ita) Segovia

Su opinión y satisfacción con el servicio que brindamos es muy impo
eso le comunicamos que hemos revisado su reclamo, el mismo que fue recibido el pasado
8/26/2013, cuya respuesta adjuntamos.

Cordialmente

Jose Antonio Alva
Gestion de Reclamos y Mejoras
Area de Operaciones

JM

Recibido por:				
Nombres:				
Parentesco:		Fecha:		
DNI:		Hora:		
Firma:				
Tipo de Entrega:	Directa	Bajo Puerta 1ºVisita		
Fecha:	Características de Inmueble:			
Hora:	Tipo de Inmueble	N°Pisos	Color	Puerta
Se Entrega Dejo de Trabajar Ahí:	Casa	Uno	Verde	Metálica
Dirección De Entrega Dirección Errada:	Departamento	Dos	Amarillo	Madera
Dirección de Entrega Incompleta:	Edificio	Tres	Celeste	Vidrio
Rechazado:	Quinta	Cuatro	Blanco	Otros:
Rechazado Fuera de Plazo de Entrega:	Tienda	Cinco	Otros:	

21100

000173

pacifico

Jose Flores <joflores@pacifico.com.pe>

respuesta de reclamo PPS-33116/2013

Reclamos Reclamos <reclamos@pacifico.com.pe> 5 de septiembre de 2013 13:53
Para: esego@gmail.com
Cco: joflores@pacifico.com.pe

Buenos días,

Estimado Sr.(a)

Aprovechamos la oportunidad para saludarlo(a) y a la vez dar respuesta a su solicitud de reclamo, la cual adjuntamos y haremos llegar impresa a la dirección que tenemos registrada en nuestro sistema

En caso la dirección señalada en el adjunto no se encuentre actualizada agradeceremos se comunique con nuestra Central de Información y Consultas al 513-5000 en Lima y 0-800-1-0155 en provincias a fin de poder actualizar sus datos.

Reiteramos nuestro compromiso de seguir trabajando para darle el servicio que usted y su familia merecen.

Cordialmente

Gestión de Reclamos y Mejoras

Para cualquier consulta o información adicional ponemos a su disposición nuestra Central de Información y Consultas: 513-5000 en Lima y 0-800-1-0155 en provincias (servicio gratuito) y nuestras Plataformas de Atención al Cliente.

==========
El sistema de correo electrónico de Pacífico Seguros y/o Pacífico Salud
está destinado únicamente para fines del negocio, cualquier otro uso
contraviene las políticas de la empresa.

Se comunica al receptor de este correo que lo señalado en el mismo NO
constituye una oferta de seguros ni expresa la intención de la COMPAÑÍA
de aceptar la celebración del contrato de seguro. Este correo se debe
considerar como una tratativa de negociación y solo podrá entenderse que
expresa el consentimiento de la COMPAÑÍA a contratar el seguro cuando
expresamente lo señale de esa manera.

Toda la información del negocio contenida en este mensaje es confidencial
y de uso exclusivo de Pacífico Seguros y/o Pacífico Salud. Su divulgación,
copia y/o adulteración están prohibidas bajo responsabilidad y sólo debe
ser conocida por la persona a quien se dirige este mensaje.

Si Ud. ha recibido este mensaje por error por favor proceda a eliminarlo
y notificar al remitente.
==========

img-904145522-0001.pdf
32K

000175

pacífico

Lima, 27 de Agosto del 2013
PPS-33116/2013-2

Señor
Oscar Ezequiel Segovia Trauco
Calle Ocho N° 256 Intercomunicador 6 Urb. Monterrico Norte
San Borja – Lima

CONFIDENCIAL

Ref.: **Contratante Segovia Trauco Oscar Ezequiel**
Póliza de Asistencia Médica N° 9598588-1
Asegurado: Segovia Trauco Oscar Ezequiel (titular masculino)

Estimado Sr. Segovia:
Comprometidos con la transparencia en nuestras comunicaciones, le informamos que hemos revisado el reclamo recibido el pasado 24/08/2013 y en el que manifiesta su disconformidad con las preexistencias de Rinitis Alérgica y Hemorroides.

Al respecto, Pacífico Seguros ha evaluado su requerimiento, por lo que debemos comunicarle que existen dos sistemas diferentes de financiadores privados de las prestaciones de salud que sean requeridos por sus asegurados, regidos cada uno por sus respectivas normas legales y no aplicables de manera cruzada:
- Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que brindan servicios complementarios de la seguridad social en salud y supervisados por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).
- Las Empresas de Seguros, que brindan coberturas a los riesgos de enfermedad que pudieran sufrir sus asegurados supervisado por la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS).

Por el caso que nos ocupa, se solicitó información al Area de Suscripción, en respuesta precisan lo siguiente

- El cliente envía la solicitud de ingreso, con declaración de salud limpia de antecedentes.
- Proviene del Plan de Salud de EPS y en la relación de atenciones se encuentran los antecedentes ahora excluidos: Hemorroides y Rinitis Alérgica
- Se dispone de registros escritos de la confirmación de ambos diagnósticos por parte del asegurado, así como del conocimiento oportuno que tuvo con respecto a los mismos como preexistencias y no sujetos a cobertura.

Lamentamos el malestar generado, pero debemos ratificar que los diagnósticos de Rinitis Alérgica y Hemorroides corresponden a preexistencias, por lo que han sido excluidas de cobertura.

Para cualquier consulta o información adicional ponemos a su disposición nuestra Central de Información y Ventas: (01) 513-5000 en Lima y 0-800-1-0155 en provincias (servicio gratuito) y nuestras Plataformas de Atención al Cliente.

Cordialmente,

José Antonio Alva L.
Jefe de Servicio de Atención al Cliente
Area de Operaciones

PACIFICO V° B° Dr. Carlos Chuayhualla Area de Reclamos

PACIFICOseguros
Gerencia de Operaciones
Area de Quejas y Reclamos
27 AGO. 2013
Dr. JULIO MUÑOZ TAPIA
Médico Auditor
C.M.P. 23652 R.N.E. 11332 R.N.A. 0009

Adicionalmente le informamos que de no estar conforme con la respuesta brindada por nuestra Compañía, tiene usted la opción de acudir a La Defensoría del Asegurado (teléfono 4469158), INDECOPI (teléfono 2247777) y/o a la Plataforma de atención al Usuario de la Superintendencia de Banca y Seguros. Organismo independiente que atiende los reclamos de los asegurados, sin costo alguno, con la documentación sustentatoria necesaria. La mencionada institución está ubicada en Jr. Junín 270 Lima

JM

ANEXO 3-F

000177

pacifico

Mariela Velasquez <mavelasquez@pacifico.com.pe>

Slip. 2261088 Oscar Segovia

1 mensaje

Maria del Pilar Arrisueño <marrisueno@pacifico.com.pe> 7 de septiembre de 2012 11:26
Para: Mariela Velasquez <mavelasquez@pacifico.com.pe>

Mariela, adjunto correo del cliente solicitado por auditoría médica.
Slds,

——— Mensaje reenviado ———
De: **Oscar Segovia** <oesego@gmail.com>
Fecha: 7 de septiembre de 2012 11:15
Asunto: Re: Pacifico Seguros
Para: Maria del Pilar Arrisueño <marrisueno@pacifico.com.pe>

María Del Pilar, buenos días. Como te comenté me recetaron antihistamínicos por la alergía que es eventual y en época de invierno; esto es reciente. Respecto a la hemorroides, es cierto, incluso lo había olvidado; es tan leve que me molestó en una oportunidad y ni medicación necesitó; esto también es reciente y corroborable en el historial.
Espero esta información te pueda servir.
Gracias.
--
Atte.,

Ing. Oscar Segovia T.
Cel. : 945066173/RPM:*552508

El 7 de septiembre de 2012 11:04, Maria del Pilar Arrisueño <marrisueno@pacifico.com.pe> escribió:

> Hola Oscar, auditoría médica me está pidiendo que aclares por medio de un correo las atenciones que has tenido por rinitis alérgica y emorroides, y me lo envías.
> Slds,
>
> --
> Pilar Arrisueño Polo
> Area de Negocios Directos
> Cel. 999857352 RPM #531662
> T 518-4000
> Anexo 6829
> E marrisueno@pacifico.com.pe

==========
El sistema de correo electrónico de Pacífico Seguros y/o Pacífico Salud
está destinado únicamente para fines del negocio, cualquier otro uso
contraviene las políticas de la empresa.

Toda la información del negocio contenida en este mensaje es confidencial
y de uso exclusivo de Pacífico Seguros y/o Pacífico Salud. Su divulgación,
copia y/o adulteración están prohibidas bajo responsabilidad y sólo debe
ser conocida por la persona a quien se dirige este mensaje.
Si Ud. ha recibido este mensaje por error por favor proceda a eliminarlo y
notificar al remitente.
==========

--
Pilar Arrisueño Polo
Area de Negocios Directos
Cel. 999857352 RPM #531662
T 518-4000
Anexo 6829
E marrisueno@pacifico.com.pe

000178

==========
El sistema de correo electrónico de Pacífico Seguros y/o Pacífico Salud
está destinado únicamente para fines del negocio, cualquier otro uso
contraviene las políticas de la empresa.

Toda la información del negocio contenida en este mensaje es confidencial
y de uso exclusivo de Pacífico Seguros y/o Pacífico Salud. Su divulgación,
copia y/o adulteración están prohibidas bajo responsabilidad y sólo debe
ser conocida por la persona a quien se dirige este mensaje.
Si Ud. ha recibido este mensaje por error por favor proceda a eliminarlo y
notificar al remitente.
==========

PITS 14 2013-10-1421/10/2013
SEGOVIA TRAUCO, OSCAR EZEQUIEL
AV. 10 DE JUNIO S/N ALT. 8 CONDOMINIO LOS PARQUES DE SAN MARTIN DE PORRES DPTO. E-
9797782-000034PPV141013-2013-10
SAN MARTIN LIMA
001 - 0000216 - 000034

Póliza: 9797782

Cliente:

SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL

18-10-13
Yo NICANOR VARGOSE con
0/7/23 DNI° 10435053 y conformidad
293376 de la entrega del documento.
12.20 N Vargose
Firma

Dirección:

AV. 10 DE JUNIO S/N CDRA. 8 - CONDOMINIO LOS PARQUES DE SAN MARTIN DE PORRES DPTO. E-1004.
Distrito: San Martin de Porres

Piso - 5
Cocina - Melon
Cuenta - Fierro
Ventana - Fierro

Folio 4 Copias 1

157467

Indecopi

Bleja 201183 CC1

San Borja, 06 de diciembre de 2013

2013 DIC 6 PM 12 46

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE
DOCUMENTARIO

Sres. COMISION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR N°01 DEL INDECOPI

Referencia: Expediente: N° 582-2013/CC1

Yo, OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO, identificado con DNI N° 41161228, con domicilio en la Av. 10 de Junio s/n Cdra. 8 – Condominio Los Parques de San Martín de Porres – Dpto. E-1004, San Martín de Porres – Lima, ante Uds. presento mis descargos al documento presentado por Pacífico Peruano Suiza-Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros) al INDECOPI el 15.Nov.2013 (según sello de cargo del INDECOPI) y que se me fue notificado el día 25.Nov.2013 de acuerdo a la resolución N° 03 del expediente N° 582-2013/CC1 (se entiende que es la cuarta resolución del INDECOPI respecto al presente expediente, pues la tercera que recibí fue la que le extendió el plazo a Pacífico Seguros para contestar la denuncia).

Respecto a lo manifestado por Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. (Pacífico Seguros) tengo que decir:

Según lo señalado en el punto 1: donde con superíndice "1" se indica el link (http://www.pacificoseguros.com/site/Personas/Salud/Seguro-de-Continuidad.aspx) que señala el producto Seguro de continuidad, ingresado al explorador de internet se encuentra la siguiente definición:

Seguro de Continuidad

El Seguro de Continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a la EPS o Seguro Médico Grupal. Con su contratación puedes tener la tranquilidad de saber que las enfermedades que puedan aparecer a lo largo de tu carrera profesional estarán cubiertas también en el futuro en caso de que decidas cambiar de trabajo y por ende de EPS, **con lo cual toda preexistencia será también cubierta por tu próximo seguro de salud.**

Indecopi
COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1
09 DIC 2013
Por: Hora:
RECIBIDO

¿QUÉ TE OFRECEMOS?

- Garantiza la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación.
- Permite ampliar el Beneficio Máximo Anual que te brinda la EPS, esto quiere decir que si enfrentaras un evento médico cuyo costo es superior a tu cobertura de EPS, el Seguro de Continuidad cubriría la diferencia.
- De acuerdo al producto de salud elegido como asociado a tu Seguro de Continuidad, tendrás un descuento de hasta un 80% sobre la prima total de dicho producto.
- En caso decidas cambiar de trabajo y no cuentes con EPS, **te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindados por el producto de salud que elegiste afiliar a tu seguro de continuidad.**

TODO SOBRE ESTE SEGURO:

¿Qué cubrimos?

Este seguro cubre todas las enfermedades que puedan haber sido detectadas mientras trabajabas y tenías una EPS y garantiza su cobertura futura en caso cambies de trabajo (y en consecuencia de EPS).

Claramente, en la definición, específica la no exclusión de toda preexistencia.

Se adjunta impresión de la imagen de la pantalla del link http://www.pacificoseguros.com/site/Personas/Salud/Seguro-de-Continuidad.aspx donde aparece lo indicado líneas arriba. **Ver Anexo A.**

Según lo señalado en el punto 2: De lo expuesto en dicho punto, reitero que no tuve copia de la solicitud (tal como lo indiqué en el escrito presentado al INDECOPI el 06.Set.2013), según Pacífico Seguros solicitud con número N°0565352 de fecha 04.Set.2012, la misma en la que se solicitó el Seguro de Continuidad que originó la póliza N° 7664910, no obstante, vuelvo a manifestar que sí se informó al momento de la afiliación que mi persona era tratada de Rinitis alérgica y Hemorroides. Tan es así, que luego de lo acontecido en la Clínica Jockey Salud (17.Ago.2013) descrito al realizar la denuncia y hecho mi reclamo el 24.Ago.2013 ante la aseguradora, Pacífico Seguros en su respuesta del 05.Set.2013 indica: **"-Se dispone de registros escritos de la confirmación de ambos diagnósticos por parte del asegurado (...)".**

Adicionalmente, en la comunicación cursada al INDECOPI el 06.Set.2013 es mi persona quién indica, expresamente por escrito, en el penúltimo párrafo de la primera hora que yo consigné ya desde el 2012, al solicitar el seguro de continuidad, las preexistencias.

Respecto a la póliza N°9709474, mencionado por Pacífico Seguros en su escrito N°3, la desconozco.

Respecto al contrato de seguros de fecha 22 de octubre de 2011, mencionado por Pacífico Seguros en su escrito N°3, lo desconozco.

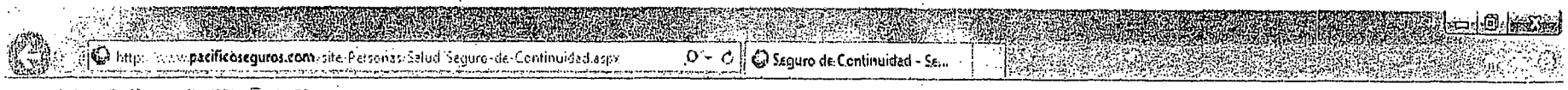
Respecto al anexo 5-B, mencionado por Pacífico Seguros en su escrito N°3, éste no aparece en la documentación alcanzada en el documento recibido el 25.Nov.2013. Por lo expuesto, se evidencia que Pacífico Seguros no cumplió con lo ofrecido. Asimismo, se rechaza la afirmación en la que se indica que mi persona haya actuado de mala fe.

Respecto a la póliza N°9797782, ésta recién fue recepcionada el 18.Oct.2013 después que yo me atendí en el Jockey Salud (el 17.Ago.2013), fecha además, posterior a la denuncia interpuesta al INDECOPI contra Pacífico Seguros (28.Ago.2013 y ampliada el 06.Set.2013). Es decir, después de 79 días desde el inicio de su vigencia (31Jul.2013).

Atentamente,

Oscar E. Segovia Trauco
DNI N° 41161228

Anexo A



Seguro de Continuidad

El Seguro de Continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a la EPS o Seguro Médico Grupal. Con su contratación puedes tener la tranquilidad de saber que las enfermedades que puedan aparecer a lo largo de su carrera profesional estarán cubiertas también en el futuro en caso de que decidas cambiar de trabajo y por ende de EPS, con lo cual toda preexistencia será también cubierta por tu próximo seguro de salud.

Central de Emergencia y Asistencia
01 415-1515
01 513-5000

Pacífico Vida

¿QUÉ TE OFRECEMOS?

- Garantiza la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación.
- Permite ampliar el Beneficio Máximo Anual que te brinda la EPS, esto quiere decir que si enfrentaras un evento médico cuyo costo es superior a tu cobertura de EPS, el Seguro de Continuidad cubriría la diferencia.
- De acuerdo al producto de salud elegido como asociado a tu Seguro de Continuidad, tendrás un descuento de hasta un 80% sobre la prima total de dicho producto.
- En caso decidas cambiar de trabajo y no cuentes con EPS, te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindadas por el producto de salud que elegiste afiliar a tu seguro de continuidad.

TODO SOBRE ESTE SEGURO

¿Qué cubrimos?

Este seguro cubre todas las enfermedades que puedan haber sido detectadas mientras trabajabas y tenías una EPS y garantiza su cobertura futura en caso cambies de trabajo (y en consecuencia de EPS).

¿Qué no cubrimos?

¿Cómo usar tu seguro?

93003

RESOLUCIÓN FINAL N° 501-2014/CC1

DENUNCIANTE	:	OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO (EL SEÑOR SEGOVIA)
DENUNCIADA	:	EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.[1] (PACÍFICO SEGUROS)
MATERIAS	:	PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR IDONEIDAD INFORMACIÓN MEDIDA CORRECTIVA GRADUACIÓN DE LA SANCIÓN COSTAS Y COSTOS
ACTIVIDAD	:	PLANES DE SEGUROS GENERALES

SUMILLA: en el procedimiento iniciado por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., la Comisión ha resuelto lo siguiente:

(i) Declarar fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS.

(ii) Declarar fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción al literal a) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que no proporcionó al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud.

(iii) Ordenar como medida correctiva a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado desde el día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

(iv) Ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que cumpla con pagar al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco las costas y costos del procedimiento.

SANCIÓN: 30 UIT
1 UIT

[1] Con Registro Único de Contribuyente (RUC) N° 20100035392.

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Calle De la Prosa 104, San Borja, Lima 41 - Perú Telf: 224 7800 / Fax: 224 0348
E-mail: postmaster@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe

Lima, 21 de mayo de 2014.

I. ANTECEDENTES

1.1 De la denuncia

1. Mediante escritos del 28 de agosto y 6 de setiembre de 2013, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por presuntas infracciones de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor[2] (en adelante, el Código), señalando lo siguiente:

   (i) Entre los meses de setiembre de 2011 y julio de 2013 contrató un seguro de salud con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, Pacífico EPS), que cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, los cuales fueron diagnosticados el 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, respectivamente.

   (ii) En agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, solicitó un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910) a Pacífico Seguros, la cual le indicó que el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides —cubierto por Pacífico EPS— no sería excluido. Esta póliza fue posteriormente anulada el 31 de julio de 2013.

   (iii) El 31 de julio de 2013, al concluir el contrato del seguro con Pacífico EPS, suscribió con Pacífico Seguros un nuevo contrato de seguro (Póliza N° 9797782).

   (iv) El 17 de agosto de 2013 acudió a la Clínica Jockey Salud para continuar con el tratamiento que venía recibiendo. Sin embargo, personal médico de dicho establecimiento de salud le indicó que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y que, por tanto, no serían cubiertas por el seguro contratado.

   (v) Pese a haber suscrito con Pacífico Seguros la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, a la fecha de la interposición de la presente denuncia no ha recibido copia de dicho documento.

2. En ese sentido, el señor Segovia solicitó en calidad de medida correctiva, lo siguiente:

   (i) Se ordene a Pacífico Seguros otorgar la cobertura correspondiente ante cualquier enfermedad que pueda padecer, en la medida que no tiene preexistencias.
   (ii) Se ordene a Pacífico Seguros que cumpla con proporcionar los medicamentos necesarios para su tratamiento.
   (iii) La aplicación de una sanción ejemplar a Pacífico Seguros.
   (iv) El pago de las costas y costos del procedimiento.

1.2 De la admisión a trámite de la denuncia

[2] Publicada el 2 de setiembre de 2010 en el diario oficial El Peruano y vigente a partir del 2 de octubre de 2010.

3. Mediante Resolución Nº 1 del 26 de setiembre de 2013, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 (en adelante, la Comisión) admitió a trámite la denuncia, considerando como presuntas infracciones las siguientes:

> *"(i) Por presunta infracción de los artículos 18º y 19º de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.*
>
> *(ii) Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado."*

1.3 De la contestación de Pacifico Seguros

4. El 15 de noviembre de 2013, Pacífico Seguros presentó sus descargos señalando lo siguiente:

(i) Es una compañía de seguros que dentro de sus servicios ofrece el beneficio denominado "Seguro de Continuidad", el cual brinda cobertura en atenciones médicas en forma paralela a un seguro de salud ofrecida por Pacífico EPS, permitiendo que las atenciones médicas realizadas mediante la cobertura de su EPS —a partir de su contratación— no se consideren como enfermedades preexistentes, teniendo presente que Pacífico Seguros no es una EPS y no ofrece Planes de salud dentro de sus servicios.

(ii) Asimismo, indicó que el 5 de setiembre de 2012, el señor Segovia, haciendo uso del beneficio de continuidad, contrató un "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 7664910), consignándose como exclusión la cobertura por tratamientos médicos relacionados a su diagnóstico de rinitis alérgica y hemorroides.

(iii) El 31 de julio de 2013, luego de que el señor Segovia cesó de laborar, solicitó el inicio del beneficio de continuidad para su "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 9797782), consignándose las mismas exclusiones contenidas en la póliza anterior.

(iv) Pacífico Seguros y Pacífico EPS son personas jurídicas distintas que no mantienen entre sí ninguna obligación legal de considerar las atenciones médicas cubiertas por sus pólizas o planes de salud como diagnósticos sujetos a mantener continuidad entre ellos.

(v) El derecho de continuidad previsto en la Ley N° 28770[3] aplica solo cuando se realiza el cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS a otra, respectivamente, no aplicando cuando el cambio se dé de una EPS a un seguro de salud o viceversa. Por ello, indicó que resulta válida la exclusión de cobertura de los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides formulada por la compañía aseguradora, en la medida que estos encajarían dentro de lo que se define como una preexistencia, sin importar que hayan sido atendidas bajo la cobertura de Pacífico EPS.

(vi) El 18 de octubre de 2013 se hizo entrega de la póliza del seguro contratado y sus anexos al domicilio del señor Segovia.

II. CUESTIONES EN DISCUSIÓN

5. Será materia de análisis en la presente resolución determinar:

(i) si Pacífico Seguros, al negarse a brindar la cobertura del seguro contratado con el señor Segovia aduciendo que el tratamiento que solicita implicaba enfermedades preexistentes, infringió el deber de idoneidad previsto en los artículos 18° y 19° del Código;

(ii) si Pacífico Seguros, al no haber proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la póliza del seguro de salud contratado, infringió el literal e) del artículo 47° del Código;

(iii) si corresponde ordenar medidas correctivas;

(iv) si corresponde imponer una sanción; y,

(v) si corresponde ordenar el pago de costas y costos del procedimiento.

III. ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES EN DISCUSIÓN

3.1 Sobre el deber de idoneidad

6. En la medida que todo proveedor ofrece una garantía respecto de la idoneidad de los bienes y servicios que ofrece en el mercado, en función de la información transmitida expresa o tácitamente, para acreditar la infracción administrativa el consumidor, o la autoridad administrativa, debe probar la existencia del defecto, y será el proveedor el que tendrá que demostrar que dicho defecto no le es imputable para ser eximido de responsabilidad. La acreditación del defecto origina la presunción de responsabilidad —culpabilidad— del proveedor, pero esta presunción puede ser desvirtuada por el propio proveedor[4].

---

[3] Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior.

[4] **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 18°.- Idoneidad
Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.
La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

7. En efecto, una vez que se ha probado el defecto, sea con los medios probatorios presentados por el consumidor, o por los aportados de oficio por la Secretaría Técnica de la Comisión, si el proveedor pretende ser eximido de responsabilidad, deberá aportar pruebas que acrediten la fractura del nexo causal o que actuó con la diligencia requerida.

8. El señor Segovia indicó que en setiembre de 2011 contrató un seguro de salud con Pacífico EPS, el cual venía cubriendo su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides; y que adicionalmente, en agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, contrató un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910) con Pacífico Seguros, informándosele que el tratamiento de las referidas enfermedades no sería excluido de la cobertura de un seguro que posteriormente podría contratar con la compañía. En julio de 2013, al concluir el contrato del seguro con Pacífico EPS, suscribió con Pacífico Seguros un nuevo contrato de seguro de salud (Póliza N° 9797782) en el cual se consideraban como preexistencias dichas enfermedades, pese a lo que se le había ofrecido anteriormente.

9. Pacífico señaló que el derecho de continuidad previsto en la Ley N° 28770 aplica solo cuando se realiza el cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS a otra, respectivamente, no aplicando cuando el cambio se dé de una EPS a un seguro de salud o viceversa. Por ello, indicó que resultaría válida la exclusión de cobertura de los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides del señor Segovia formulada por la compañía aseguradora, en la medida que estos encajarían dentro de lo que se define como una preexistencia, sin importar que hayan sido atendidas bajo la cobertura de Pacífico EPS.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor."

Artículo 19°.- Obligación de los proveedores
El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y estos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda."

Artículo 104°.- Responsabilidad administrativa del proveedor
El proveedor es administrativamente responsable por la falta de idoneidad o calidad, el riesgo injustificado o la omisión o defecto de información, o cualquier otra infracción a lo establecido en el presente Código y demás normas complementarias de protección al consumidor, sobre un producto o servicio determinado.
El proveedor es exonerado de responsabilidad administrativa si logra acreditar la existencia de una causa objetiva, justificada y no previsible que configure ruptura del nexo causal por caso fortuito o fuerza mayor, de hecho determinante de un tercero o de la imprudencia del propio consumidor afectado.
En la prestación de servicios, la autoridad administrativa considera, para analizar la idoneidad del servicio, si la prestación asumida por el proveedor es de medios o de resultado, conforme al artículo 18.
A criterio de la Comisión, las normas reseñadas establecen un supuesto de responsabilidad administrativa, conforme al cual los proveedores son responsables por la calidad e idoneidad de los servicios que ofrecen en el mercado. Ello no impone al proveedor el deber de brindar una determinada calidad de producto a los consumidores, sino simplemente el deber de entregarlos en las condiciones ofrecidas y acordadas, expresa o implícitamente.
Ante la denuncia de un consumidor insatisfecho que pruebe el defecto de un producto o servicio, se presume *iuris tantum* que el proveedor es responsable por la falta de idoneidad y calidad del producto o servicio que pone en circulación en el mercado. Sin embargo, el proveedor podrá demostrar su falta de responsabilidad desvirtuando dicha presunción, es decir, acreditando que empleó la diligencia requerida en el caso concreto (y que actuó cumpliendo con las normas pertinentes) o probando la ruptura del nexo causal por caso fortuito, fuerza mayor, hecho determinante de un tercero o negligencia del propio consumidor afectado.
Lo anterior implica que la responsabilidad administrativa por infracción a las normas de protección al consumidor no consiste, en rigor, en una responsabilidad objetiva (propia de la responsabilidad civil), sino que, conservando la presencia de un factor subjetivo de responsabilidad (culpabilidad), opera a través de un proceso de inversión de la carga de la prueba respecto de la idoneidad de los bienes y servicios que se transan en el mercado, sin que ello signifique una infracción al principio de licitud."

10. Adicionalmente, Pacífico indicó en sus descargos que el señor Segovia, al contratar el producto denominado "Seguro de continuidad", había aceptado que la rinitis alérgica y las hemorroides que padece serían consideradas enfermedades preexistentes.

11. El artículo 1° de la Ley N° 28770 - Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior[5], vigente a partir del 5 de julio de 2006, establece expresamente lo siguiente:

> *"**Artículo 1°.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica***
> *En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica 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 diferente.*
> *(...)".*

12. La norma citada es clara al establecer que cuando una compañía de seguros emita una nueva póliza —sea por renovación o por traslado de un seguro colectivo o grupal a uno individual— no puede considerar como preexistentes aquellas enfermedades que fueron cubiertas por la póliza anterior.

13. Ahora bien, desde el 27 de mayo de 2013, se encuentra vigente la Ley N° 29946 -Ley del Contrato de Seguro, cuyo Artículo I del Título I (Disposiciones Generales) dispone que dicho texto legal, se aplica con carácter imperativo a todas las clases de seguro existentes en el mercado, e inclusive a los seguros obligatorios y aquellos regulados por leyes especiales, en los cuales la ley se aplica de manera supletoria[6].

14. En lo referido a las enfermedades preexistentes, la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro, ha dispuesto en su artículo 118° lo siguiente:

> *"**Artículo 118°.- Preexistencias***
> *Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.*
> *Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud".*

---

5 Publicada el 4 de julio de 2006 en el diario oficial El Peruano.

6 **LEY N° 29946 - LEY DEL CONTRATO DE SEGURO.-**
TÍTULO I (DISPOSICIONES GENERALES)
Artículo I.- La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.
En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.
(...)

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Calle De la Prosa 104, San Borja, Lima 41 - Perú Telf: 224 7800 / Fax: 224 0348
E-mail: postmaster@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe

15. Como se puede apreciar, en lo que se refiere a las preexistencias, la Ley N° 29946 —que regula el contrato de seguro y, como consecuencia, todos las clases de seguros (emitidos por compañías de seguros o EPS)— va más allá que la Ley N° 28870 —que únicamente regula las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro con la misma compañía—, pues la Ley del Contrato de Seguro establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una compañía del sistema de EPS o una compañía del sistema de seguros, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.

16. Así pues, la norma vigente que regula el contrato de seguro, garantiza que los asegurados mantengan al momento de migrar de un sistema de EPS a uno de seguro o viceversa, la cobertura de las enfermedades que les hubieran sido diagnosticadas durante la vigencia de la póliza anterior.

17. Cabe indicar que lo dispuesto en el señalado artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, constituida en una garantía legal[7], genera en el consumidor la expectativa de que una vez contratado un seguro de salud con su compañía aseguradora, existirá una continuidad de la cobertura de las enfermedades que eran cubiertas por el seguro de salud anterior contratado con una EPS.

18. De otro lado, Pacífico Seguros indicó en sus descargos que ofrece un producto denominado "Seguro de Continuidad", el cual puede ser contratado en paralelo a la EPS o al seguro colectivo, garantizando la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de su contratación. Este beneficio fue, precisamente, el que el señor Segovia solicitó para migrar de Pacífico EPS a Pacífico Seguros.

---

[7] **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 20°.- Garantías
Para determinar la idoneidad de un producto o servicio, debe compararse el mismo con las garantías que el proveedor está brindando y a las que está obligado. Las garantías son las características, condiciones o términos con los que cuenta el producto o servicio.

Las garantías pueden ser legales, explícitas o implícitas:

a. Una garantía es legal cuando por mandato de la ley o de las regulaciones vigentes no se permite la comercialización de un producto o la prestación de un servicio sin cumplir con la referida garantía. No se puede pactar en contrario respecto de una garantía legal y la misma se entiende incluida en los contratos de consumo, así no se señale expresamente. Una garantía legal no puede ser desplazada por una garantía explícita ni por una implícita.

b. Una garantía es explícita cuando se deriva de los términos y condiciones expresamente ofrecidos por el proveedor al consumidor en el contrato, en el etiquetado del producto, en la publicidad, en el comprobante de pago o cualquier otro medio por el que se pruebe específicamente lo ofrecido al consumidor. Una garantía explícita no puede ser desplazada por una garantía implícita.

c. Una garantía es implícita cuando, ante el silencio del proveedor o del contrato, se entiende que el producto o servicio cumplen con los fines y usos previsibles para los que han sido adquiridos por el consumidor considerando, entre otros aspectos, los usos y costumbres del mercado.

(Subrayado agregado)

19. Sobre el particular, esta Comisión estima pertinente señalar que lo ofrecido por Pacífico Seguros a través del "Seguro de Continuidad" contratado, es un beneficio que ya ha sido recogido y previsto por el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, pues como ya se ha señalado, esta norma es clara al establecer que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas por un seguro de salud brindado por una compañía del sistema de EPS, seguirán siendo cubiertas por el seguro de salud que el asegurado contrate con una compañía del sistema de seguros.

20. En otros términos, la continuidad en la cobertura de las enfermedades preexistentes, dentro del sistema de seguros y de EPS, es un beneficio que la Ley del Contrato de Seguro ha previsto para todos los asegurados y no únicamente para aquellos que opten por contratar el referido "Seguro de Continuidad".

21. Como se ha visto, en el presente caso Pacífico Seguros consideró como preexistencias —y, por tanto, excluidas de la cobertura de la póliza— a la rinitis alérgica y las hemorroides que padece el señor Segovia, pese a que el tratamiento de estas enfermedades ya se encontraba cubierto por Pacífico EPS en el seguro de salud que anteriormente contrató con dicha compañía.

22. En consecuencia, en atención a los argumentos expuestos, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción a los artículos 18° y 19° del Código.

3.2 Sobre la falta de entrega de la póliza del seguro de salud contratado

23. El literal e) del artículo 47° del Código establece que los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando estos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de contratación[8].

24. El señor Segovia refirió que pese a haber suscrito con Pacífico Seguros el 31 de julio de 2013 la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, a la fecha de la interposición de la presente denuncia no ha recibido copia de dicho documento.

25. Pacífico señaló que el 18 de octubre de 2013 entregó al señor Segovia la póliza del seguro contratado y sus anexos.

26. Obra en el expediente el cargo de recepción de la Póliza N° 9797782, que muestra la siguiente información:

---

[8] **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 47°.- Protección mínima del contrato de consumo
En los contratos de consumo se observa lo siguiente:
(...)
e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor.

PERÚ | Presidencia del Consejo de Ministros | INDECOPI

Póliza: 9797782

Cliente:
SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL

Dirección:
AV. 10 DE JUNIO S/N CDRA. 8 - CONDOMINIO LOS PARQUES DE SAN MARTIN DE PORRES DPTO. E-1004.
Distrito: San Martin de Porres

27. En el presente caso, se aprecia que el 18 de octubre de 2013, Pacífico Seguros entregó al señor Segovia una copia de la póliza del seguro contratado por este el 31 de julio de 2013, es decir, luego de haber trascurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia (28 de agosto de 2013).

28. La conducta desplegada por parte de Pacífico implica una vulneración a lo establecido por el Código, pues afecta al deber de protección mínima del contrato de consumo, en la medida que no se entregó al consumidor la información contenida en los documentos suscritos al celebrar el contrato de seguro con la compañía de seguros.

29. En ese sentido, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción al literal e) del artículo 47° del Código.

3.3 Sobre la medida correctiva

30. Los artículos 114º, 115º y 116º del Código[9] establecen la facultad que tiene la Comisión para, actuando de oficio o a pedido de parte, adoptar las medidas correctivas reparadoras que tengan por finalidad resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y medidas correctivas complementarias que tienen por objeto revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro.

---

9 **LEY Nº 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 114º.- Medidas correctivas
Sin perjuicio de la sanción administrativa que corresponda al proveedor por una infracción al presente Código, el Indecopi puede dictar, en calidad de mandatos, medidas correctivas reparadoras y complementarias.
Las medidas correctivas reparadoras pueden dictarse a pedido de parte o de oficio, siempre y cuando sean expresamente informadas sobre esa posibilidad en la notificación de cargo al proveedor por la autoridad encargada del procedimiento.
Las medidas correctivas complementarias pueden dictarse de oficio o a pedido de parte.

Artículo 115º.- Medidas correctivas reparadoras
115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior (...)

Artículo 116º.- Medidas correctivas complementarias
Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro (...)

31. En el presente caso, ha quedado acreditado que Pacífico Seguros consideró como preexistencias a la rinitis alérgica y las hemorroides diagnosticadas al señor Segovia, pese a que el tratamiento de estas fueron cubiertas bajo el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS.

32. Al respecto, la Comisión considera pertinente ordenar, en calidad de medida correctiva que, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles, contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al señor Segovia una póliza manteniendo la misma cobertura otorgada en el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS, consecuencia de lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que padece el denunciante como enfermedades preexistentes y excluidas de cobertura.

33. De otro lado, en la medida que se ha verificado que Pacífico Seguros finalmente remitió la póliza y sus anexos al domicilio del señor Segovia, la Comisión considera que no corresponde emitir una medida correctiva que revierta las consecuencias negativas correspondientes a esta infracción.

34. De incumplirse la medida correctiva ordenada por la Comisión, el denunciante deberá remitir un escrito al Órgano Resolutivo de Procedimientos Sumarísimos N° 1 del Indecopi (en adelante, el OPS N° 1) comunicando el hecho, conforme a lo dispuesto en el artículo 125° del Código[10], vigente desde el 2 de octubre de 2010. Si el OPS N° 1 verifica el incumplimiento podrá imponer al denunciado una sanción[11].

35. Se precisa que no constituye una facultad del Indecopi ejecutar la medida correctiva a favor del consumidor, pues el Estado ha reservado esta potestad únicamente al consumidor mediante la vía judicial. Por estas razones, el artículo 115° numeral 6 del Código establece que las resoluciones finales que ordenen medidas correctivas reparadoras constituyen Títulos de Ejecución conforme a lo dispuesto en el artículo 688° del Código Procesal Civil[12].

---

10 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 125°.- Competencia de los órganos resolutivos de procedimientos sumarísimos de protección al consumidor
(...)
Asimismo, es competente para conocer, en primera instancia, denuncias por incumplimiento de medida correctiva, incumplimiento de acuerdo conciliatorio e incumplimiento y liquidación de costas y costos.
(...)

11 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 117°.- Multas coercitivas por incumplimiento de mandatos
Si el obligado a cumplir con un mandato del Indecopi respecto a una medida correctiva o a una medida cautelar no lo hace, se le impone una multa no menor de tres (3) Unidades Impositivas Tributarias (UIT).
En caso de persistir el incumplimiento de cualquiera de los mandatos a que se refiere el primer párrafo, el Indecopi puede imponer una nueva multa, duplicando sucesivamente el monto de la última multa impuesta hasta el límite de doscientas (200) Unidades Impositivas Tributarias (UIT). La multa que corresponda debe ser pagada dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, vencido el cual se ordena su cobranza coactiva.

12 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 115°.- Medidas correctivas reparadoras
(...)
115.6 El extremo de la resolución final que ordena el cumplimiento de una medida correctiva reparadora a favor del consumidor constituye título ejecutivo conforme con lo dispuesto en el artículo 688 del Código Procesal Civil, una vez que quedan consentidas o causan estado en la vía administrativa. La legitimidad para obrar en los procesos civiles de ejecución corresponde a los consumidores beneficiados con la medida correctiva reparadora.

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Calle De la Prosa 104, San Borja, Lima 41 - Perú Telf: 224 7800 / Fax: 224 0348
E-mail: postmaster@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe

3.4 Graduación de la sanción

36. Habiéndose verificado la existencia de infracciones administrativas, corresponde determinar a continuación la sanción a imponer. Para proceder a su graduación, deben aplicarse de manera preferente los criterios previstos en el Código, y de manera supletoria los criterios contemplados en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

37. El artículo 112° del Código establece que para determinar la gravedad de la infracción, la autoridad administrativa podrá tomar en consideración diversos criterios tales como: (i) el beneficio ilícito esperado; (ii) la probabilidad de detección de la infracción; (iii) el daño resultante de la infracción, entre otros.[13]

3.4.1 Sobre la negativa injustificada de otorgar cobertura al seguro contratado

Beneficio ilícito

---

13 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 112°.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas
Al graduar la sanción, el Indecopi puede tener en consideración los siguientes criterios:
1. El beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción.
2. La probabilidad de detección de la infracción.
3. El daño resultante de la infracción.
4. Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado.
5. La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores.
6. Otros criterios que, dependiendo del caso particular, se considere adecuado adoptar.

Se consideran circunstancias agravantes especiales, las siguientes:
1. La reincidencia o incumplimiento reiterado, según sea el caso.
2. La conducta del infractor a lo largo del procedimiento que contravenga el principio de conducta procedimental.
3. Cuando la conducta infractora haya puesto en riesgo u ocasionado daño a la salud, la vida o la seguridad del consumidor.
4. Cuando el proveedor, teniendo conocimiento de la conducta infractora, deja de adoptar las medidas necesarias para evitar o mitigar sus consecuencias.
5. Cuando la conducta infractora haya afectado el interés colectivo o difuso de los consumidores.
6. Otras circunstancias de características o efectos equivalentes a las anteriormente mencionadas, dependiendo de cada caso particular.

Se consideran circunstancias atenuantes especiales, las siguientes:
1. La subsanación voluntaria por parte del proveedor del acto u omisión imputado como presunta infracción administrativa, con anterioridad a la notificación de la imputación de cargos.
2. La presentación por el proveedor de una propuesta conciliatoria que coincida con la medida correctiva ordenada por el Indecopi.
3. Cuando el proveedor acredite haber concluido con la conducta ilegal tan pronto tuvo conocimiento de la misma y haber iniciado las acciones necesarias para remediar los efectos adversos de la misma.
4. Cuando el proveedor acredite que cuenta con un programa efectivo para el cumplimiento de la regulación contenida en el presente Código, para lo cual se toma en cuenta lo siguiente:
   a. El involucramiento y respaldo de parte de los principales directivos de la empresa a dicho programa.
   b. Que el programa cuenta con una política y procedimientos destinados al cumplimiento de las estipulaciones contenidas en el Código.
   c. Que existen mecanismos internos para el entrenamiento y educación de su personal en el cumplimiento del Código.
   d. Que el programa cuenta con mecanismos para su monitoreo, auditoría y para el reporte de eventuales incumplimientos.
   e. Que cuenta con mecanismos para disciplinar internamente los eventuales incumplimientos al Código.
   f. Que los eventuales incumplimientos son aislados y no obedecen a una conducta reiterada.
5. Otras circunstancias de características o efectos equivalentes a las anteriormente mencionadas dependiendo de cada caso particular.

38. El beneficio ilícito sería el ahorro obtenido por Pacífico Seguros por el hecho de evitar dar cobertura a enfermedades cubiertas por un seguro de salud anterior, como ocurre en el caso de la rinitis alérgica y las hemorroides diagnosticadas al señor Segovia.

39. Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión no solo no cuenta con información que le permita cuantificar dicho beneficio o ahorro ilícito, sino que en el expediente tampoco obra documentación alguna que permita establecer un parámetro objetivo para dicho fin, razón por la cual, como se ha explicado líneas arriba, la graduación de la sanción se realizará a partir de los otros criterios previstos en el Artículo 112º del Código.

Daño

40. En este punto, se debe considerar el daño ocasionado al señor Segovia por parte de Pacífico al dejar sin cobertura al tratamiento médico de las enfermedades —rinitis alérgica y hemorroides— que le fueron diagnosticadas, lo que además podría devenir en daño patrimonial, en caso este cubra los gastos médicos en que eventualmente pueda incurrir por dichas enfermedades, cuando estas debían de ser cubiertas por la aseguradora denunciada.

Efectos en el mercado

41. La infracción detectada en el presente procedimiento afecta al mercado en general, en la medida que causa incertidumbre en los consumidores debido a que podrían considerar que al migrar de un seguro de salud (brindado por una EPS o compañía de seguros) a una nueva póliza (brindada por otra EPS o compañía de seguros), las enfermedades que fueron cubiertas en la primera podrían ser consideradas como preexistencias en la segunda.

42. En tal sentido, podría ocurrir que luego de que los consumidores adviertan que las compañías aseguradoras incurren en dicha conducta, algunos de ellos decidan no seguir contratando seguros de salud; debido a que las enfermedades que venían siendo cubiertas por el seguro que habían contratado inicialmente, ya no serán objeto de cobertura en un nuevo contrato de seguro.

43. Asimismo, la infracción señalada implica la generación de un efecto no deseado para el sector del mercado donde se desarrolla, provocando un clima de desconfianza de los consumidores respecto de los proveedores.

44. En este sentido, la Comisión estima imponer en este extremo una multa ascendente a 30 UIT.

3.4.2 Sobre la falta de entrega oportuna de la póliza

Beneficio Ilícito

45. El beneficio ilícito se encuentra determinado por el ahorro obtenido por Pacífico Seguros al no contar con personal para entregar oportunamente a los consumidores copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos.

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL
Calle De la Prosa 104, San Borja, Lima 41 - Perú Telf: 224 7800 / Fax: 224 0348
E-mail: postmaster@indecopi.gob.pe / Web: www.indecopi.gob.pe

46. Dicho ahorro no es fácil de cuantificar, pues la Comisión no cuenta con información relevante que le permita calcularlo; sin embargo, ello no evita que pueda asumirse, en términos razonables y proporcionales, un monto aproximado, tal como lo ha validado la Sala Especializada en Protección al Consumidor en la Resolución N° 1535-2009/SC2-INDECOPI (Expediente N° 014-2008/CPC-INDECOPI-ICA).

47. Para tal efecto, un referente razonable que permite cuantificar dicho ahorro sería el sueldo de personal capacitado encargado de supervisar, verificar y entregar oportunamente a los consumidores copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos. Es importante mencionar que no se está afirmando que la compañía de seguros carezca de dicho personal, pues es posible que lo tenga. Lo que se está afirmando es que el sueldo de dicho personal es un parámetro o referente a utilizar para calcular el beneficio ilícito esperado como consecuencia de la infracción administrativa.

48. Según el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el salario nominal mensual promedio de un empleado para Lima Metropolitana, fue de S/. 3 139,50 mensuales[14]. Los costos (ahorrados), además del profesional a contratar, implicarían también los gastos administrativos en que tendría que incurrir Pacífico Seguros para atender de forma adecuada a sus clientes, lo que elevaría la suma antes indicada a S/. 3 800,00 aproximadamente.

49. Por tanto, en aplicación de los criterios de razonabilidad y proporcionalidad, la Comisión considera que, en el presente caso, el beneficio ilícito esperado de la conducta del proveedor asciende a 1 UIT.

Probabilidad de detección

50. En el presente caso, la probabilidad de detección es alta, pues resulta claramente determinable que los clientes puedan percatarse que el proveedor no ha remitido oportunamente copia de su póliza y de sus respectivos anexos. Lo expuesto nos lleva a considerar que la probabilidad de detección de la infracción del presente caso sería del orden del 100% (equivalente a un factor 1), lo que supone que de cada infracción originada por la falta de entrega —por parte del proveedor— de las copias de las pólizas contratadas, todas ellas sean puestas en conocimiento de la autoridad administrativa de protección al consumidor.

Multa base

51. La multa base se obtiene dividiendo el beneficio ilícito entre la probabilidad de detección. Es evidente que la sanción a imponer debe ser por lo menos igual a dicho monto, salvo que existan circunstancias atenuantes, de lo contrario el infractor encontraría rentable cometer la infracción en lugar de respetar las normas del ordenamiento jurídico, que es lo que busca evitar el principio de razonabilidad.

52. Considerando los datos obtenidos, la multa base resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

[14] Monto referencial que se tiene en consideración tomando como base lo indicado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo para el mes de abril de 2009, en tanto no existe mayor variación en el monto.

Beneficio ilícito esperado	/	Probabilidad de detección	=	Multa base
1 UIT	/	1	=	1 UIT

53. En ese sentido, corresponde imponer una multa a Pacífico Seguros ascendente a 1 UIT.

3.4.3 Multa total

54. En base a lo analizado previamente, corresponde imponer una multa total a Pacífico Seguros ascendente a 31 Unidades Impositivas Tributarias.

3.5 Sobre el pago de costas y costos

55. El artículo 7° del Decreto Legislativo Nº 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI[15], dispone que es potestad de la Comisión ordenar el pago de los costos y costas en que hubieran incurrido el denunciante o el Indecopi.

56. En la medida que ha quedado acreditada la infracción cometida por Pacífico, la Comisión considera que corresponde ordenarle el pago de las costas y costos del procedimiento. En consecuencia, deberá cumplir en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles, contado a partir del día siguiente de notificada la presente resolución, con pagar al señor Segovia las costas del procedimiento, que a la fecha ascienden a la suma de S/. 36,00[16].

57. Sin perjuicio de ello y, de considerarlo pertinente, una vez que se ponga fin a la instancia administrativa, el denunciante podrá solicitar el reembolso de los montos adicionales en que hubiese incurrido para la tramitación del presente procedimiento, para lo cual deberá presentar una solicitud de liquidación de costas y costos ante el OPS N° 1.

IV. RESUELVE

PRIMERO: declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción a los artículos 18º y 19º de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS.

---

15 **LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI, APROBADA POR DECRETO LEGISLATIVO N° 807.-**
Artículo 7°.- En cualquier procedimiento contencioso seguido ante el Indecopi, la Comisión u Oficina competente, además de imponer la sanción que corresponda, podrá ordenar que el infractor asuma el pago de las costas y costos del proceso en que haya incurrido el denunciante o el Indecopi. En caso de incumplimiento de la orden de pago de costas y costos del proceso, cualquier Comisión u Oficina del Indecopi podrá aplicar las multas previstas en el inciso b) del artículo 38 del Decreto Legislativo Nº 716.

16 Tasa correspondiente al derecho de presentación de la denuncia.

SEGUNDO: declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción al literal a) del artículo 47° de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que no proporcionó al denunciante una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud.

TERCERO: ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

CUARTO: sancionar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 30 Unidades Impositivas Tributarias por la infracción a los artículos 18° y 19° de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor.

QUINTO: sancionar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 1 Unidad Impositiva Tributaria por la infracción al literal e) del artículo 47° de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor.

SEXTO: informar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., que las multas impuestas[17] serán rebajadas en 25% si consiente la presente resolución y procede a cancelarla en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, conforme a lo establecido en el artículo 113º de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor[18].

SÉTIMO: ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con el pago de las costas ascendente a S/. 36,00 y los costos incurridos por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco durante el procedimiento. Ello, sin perjuicio del derecho del denunciante de solicitar la liquidación de las costas y costos una vez concluida la instancia administrativa.

OCTAVO: disponer la inscripción de El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. en el Registro de infracciones y sanciones del Indecopi, una vez que la resolución quede firme en sede administrativa, conforme a lo establecido en el artículo 119º de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor[19].

---

17 Dicha cantidad deberá ser abonada en la Tesorería del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI - sito en Calle La Prosa 104, San Borja.

18 **LEY Nº 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
Artículo 113º.- Cálculo y rebaja del monto de la multa
Para calcularse el monto de las multas a aplicarse, se utiliza el valor de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) vigente a la fecha de pago efectivo o en la fecha que se haga efectiva la cobranza coactiva. Las multas constituyen en su integridad recursos propios del Indecopi, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 156.
La multa aplicable es rebajada en un veinticinco por ciento (25%) cuando el infractor cancele el monto de la misma con anterioridad a la culminación del término para impugnar la resolución que puso fin a la instancia y en tanto no interponga recurso alguno contra dicha resolución.

19 **LEY Nº 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**

NOVENO: informar a las partes que la presente resolución tiene vigencia desde el día de su notificación y no agota la vía administrativa. En tal sentido, se informa que de conformidad con lo dispuesto por el artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, modificado por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria del Código de Protección y Defensa del Consumidor, el único recurso impugnativo que puede interponerse contra lo dispuesto por este colegiado es el de apelación[20]. Cabe señalar que dicho recurso deberá ser presentado ante la Comisión en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de su notificación, caso contrario, la resolución quedará consentida.[21]

Con la intervención de los señores Comisionados: María del Rocío Vesga Gatti, Hugo Ramiro Gómez Apac y Jaime Miranda Sousa Díaz.

MARÍA DEL ROCÍO VESGA GATTI
Presidenta

Artículo 119°.- Registro de Infracciones y sanciones
El Indecopi lleva un registro de infracciones y sanciones a las disposiciones del presente Código con la finalidad de contribuir a la transparencia de las transacciones entre proveedores y consumidores y orientar a estos en la toma de sus decisiones de consumo. Los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa quedan automáticamente registrados por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución. La información del registro es de acceso público y gratuito.

20 **LEY N° 29571 - CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR.-**
PRIMERA.- Modificación del artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807
Modifícase el artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, con el siguiente texto:
"Artículo 38°.- El único recurso impugnativo que puede interponerse durante la tramitación del procedimiento es el de apelación, que procede únicamente contra la resolución que pone fin a la instancia, contra la resolución que impone multas y contra la resolución que dicta una medida cautelar. El plazo para interponer dicho recurso es de cinco (5) días hábiles. La apelación de resoluciones que pone fin a la instancia se concede con efecto suspensivo. La apelación de multas se concede con efecto suspensivo, pero es tramitada en cuaderno separado. La apelación de medidas cautelares se concede sin efecto suspensivo, tramitándose también en cuaderno separado."

21 **LEY N° 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL.-**
Artículo 212°.- Acto firme
Una vez vencidos los plazos para interponer los recursos administrativos se perderá el derecho a articularlos quedando firme el acto.

075265

Indecopi

2014 JUN 4 PM 4 17

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE
DOCUMENTARIO

Exp. N°	**582-2013/CC1**
Escrito N°	**04**
Secretario Técnico	**Erickson Molina**
Sumilla	**Recurso de Apelación**

SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR N° 1 DEL INDECOPI:

EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante, "PACÍFICO"), debidamente representada por el señor **Francisco Javier Monge Zegarra**; en los seguidos por el señor **ÓSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO**(en adelante, "el señor Segovia"); por **PRESUNTAINFRACCIÓN A LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**; a Usted atentamente decimos:

Que, dentro del plazo legal, y al amparo de lo dispuesto en el Artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, *Ley sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI*; de conformidad con los Artículos 113°, 209° y 211° de la Ley N° 27444, *Ley del Procedimiento Administrativo General*, aplicable supletoriamente (en adelante, la "LPAG"); y, en estricta observancia de lo establecido en el Procedimiento N° 01 de la Comisión de Protección al Consumidor del TUPA del INDECOPI; interponemos formalmente **RECURSO DE APELACIÓN con efectos suspensivos contra la Resolución Final N° 501-2014/CC1**, expedida por la Comisión con fecha 21 de mayo de 2014 y notificada con fecha 28 de mayo de 2014, mediante la cual se declaró fundada la denuncia interpuesta contra PACÍFICO; impugnación que deberá ser concedida y elevada a la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI (en adelante, la "Sala"), a fin de que ésta la declare **INFUNDADA** y, en consecuencia, proceda con su **REVOCACIÓN**, de acuerdo con los fundamentos de hecho y de derecho que se exponen a continuación:

Indecopi
COMISIÓN DE PROTECCIÓN
05 JUN 2014
Hora:
Por:
RECIBIDO

I. ANTECEDENTES.

1. En su escrito de denuncia, el señor Segovia ha sostenido que PACÍFICO habría infringido la normativa en materia de protección al consumidor en atención a los siguientes hechos:

   a. Entre los meses de septiembre de 2011 y julio de 2013 contrató un seguro de salud con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "PACÍFICO EPS") que cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, los cuales fueron diagnosticados durante los años 2011 y 2012.

   b. En el mes de agosto de 2012, mediante Póliza N° 7664910 el señor Segovia solicitó un seguro a PACÍFICO. De acuerdo con el denunciante, se le informó que el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides – cubierto por PACÍFICO EPS – no sería excluido. Cabe precisar que la referida póliza fue posteriormente anulada.

   c. El 31 de julio de 2013, el señor Segovia suscribió un contrato de seguro con PACÍFICO bajo la Póliza N° 9797782, al haber concluido el contrato de seguro de salud que mantenía con PACÍFICO EPS.

   d. Posteriormente, al intentar continuar su tratamiento en la Clínica Jockey Salud, le informaron que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y, en tal sentido, no se encontraba cubiertas por su seguro.

   e. De otro lado, el señor Segovia señaló que, a la fecha de interposición de la denuncia, no había recibido copia de la Póliza N° 9797782.

2. Mediante Resolución N° 1 de fecha 26 de setiembre de 2013 la Secretaría Técnica de la Comisión (en adelante, la "ST/CC1") admitió a trámite la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra PACÍFICO por presuntas infracciones a los Artículos 18°, 19° e inciso e) del 47° de la Ley N° 29571, *Código de Protección y Defensa del Consumidor* (en adelante, "Código de Consumo").

3. Al respecto,la ST/CC1 consideró pertinente establecer las siguientes imputaciones en contra de nuestra Empresa:

   a. Presunta infracción a los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que PACÍFICO se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Segovia aduciendo que el tratamiento solicitado implica enfermedades preexistentes.

   b. Presunta infracción al inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que PACÍFICO no habrían proporcionado al señor Segovia una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.

4. El 15 de noviembre de 2013, PACÍFICO contestó la denuncia del señor Segovia alegando principalmente lo siguiente:

   a. El señor Segovia poseía un plan de salud que había siso contratado por su entidad empleadora a través de PACÍFICO EPS, el cual estableció su vigencia entre el 1 de octubre de 2012 hasta el 31 de julio de 2013. En este punto, se debe advertir que PACÍFICO EPS es una empresa distinta de PACÍFICO, la cual ofrece servicios diferenciados pues su finalidad es brindar cobertura a las prestaciones médicas que requieran los asegurados y/o

derechohabientes en el marco de lo establecido en las Leyes N° 26790, *Leyde Modernización de la Seguridad Social en Salud*,y 29344, *LeyMarco de Aseguramiento. Universal en Salud*, así como sus normas complementarias.

b. En tal sentido, las exclusiones de las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia durante la vigencia del plan de salud contratado a través de PACÍFICO EPS no encaja dentro de lo dispuesto en la Ley N° 28770, *Ley de que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior*, ni en la Ley N° 29561, *Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud*; pues el derecho de continuidad previsto en las citadas normas legales aplica cuando se realiza un cambio de un seguro de salud a otro y de una Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "EPS") por otra, respectivamente, no siendo así de una EPS a un seguro de salud o viceversa.

c. El señor Segovia fue diagnosticado con rinitis alérgica y hemorroide previa al inicio de su contrato de seguros de fecha 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, conforme ha sido reconocido por el propio denunciante. En tal sentido, dichas enfermedades fueron excluidas del seguro de salud contratado por el señor Segovia en la medida que los mismos encajan dentro de lo que se define como una preexistencia, por se enfermedades con existencia y atención previa al ingreso de la póliza, sin importar que las mismas hayan sido atendidas bajo la cobertura de una EPS.

5. Mediante Resolución Final Nº 501-2014/CC1 de fecha 21 de mayo de 2014 (en adelante, "la Resolución 501"), la Comisión declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra Pacífico por una presunta infracción a los Artículos 18°, 19° e inciso e) del 41° del Código de Consumo. Al respecto, la Comisión concluyó principalmente lo siguiente:

(i) El Artículo 18° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro (en adelante, "la LCS"), en opinión de la Comisión, establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independiente si el mismo ha sido emitido por una compañía de seguros o una EPS, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.

(ii) En tal sentido, PACÍFICO ha infringido los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que excluyó de la cobertura del seguro a la rinitis alérgica y hemorroides que padece el señor Segovia – al considerarla enfermedades preexistentes – pese a que el tratamiento de dichas enfermedades ya se encontraba cubierto por Pacífico EPS en el seguro de salud que anteriormente había contrato con dicha empresa.

(iii) PACÍFICO ha infringido el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que había quedado acreditado que la copia Póliza N° 9797782 había sido entregada con más de cuarenta (40) días desde la fecha de interposición de la denuncia interpuesta por el señor Segovia; lo cual, a criterio de la Comisión, afecta el deber de protección mínima del contrato de consumo ya que no se entregó los documentos al momento de celebrar el contrato de seguro.

6. Asimismo, la Comisión ha ordenado a nuestra Empresa, en calidad de medida correctiva, que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado desde el día siguiente de notificación de la Resolución 501, cumpla con emitir al señor Segovia una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por PACÍFICO EPS, para lo cual deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

7. Finalmente, la Comisión sancionó a PACÍFICO con una multa ascendente a 31 UIT y ordenó el pago de las costas y costos incurridos con motivo del presente procedimiento administrativo.

8. Pues bien, considerando que PACÍFICO no se encuentra conforme con las conclusiones arribadas por la Comisión en la Resolución 501, se interpone el presente recurso impugnativo, ello en virtud a los argumentos de derecho que se expondrán detalladamente a continuación.

II. FUNDAMENTOS DE DERECHO.

II.1 ANÁLISIS Y REFUTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 1501

II.1.1 Impugnación del extremo sobre la presunta infracción al Deber de Idoneidad previsto en los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo.

9. Sobre el particular, la Comisión señaló lo siguiente:

> *"15. Como se puede apreciar, en lo que se refiere a las preexistencias, la Ley N° 29946 – que regula el contrato de seguro y, como consecuencia, todas las clases de seguros (emitidos por las compañías de seguro o EPS) – va más allá que la Ley N° 28870 – que únicamente regula las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro con la misma compañía -, pues* ***la Ley del Contrato de Seguro establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas***

durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una compañía del sistema de EPS o una compañía del sistema de seguros, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.

16. Así pues, ***la norma vigente que regula el contrato de seguro, garantiza que los asegurados mantengan al momento de migrar de un sistema de EPS a uno de seguro o viceversa, la cobertura de las enfermedades que les hubieran sido diagnosticadas durante la vigencia de la póliza anterior***.

17. Cabe indicar que lo dispuesto en el señalado Artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, constituida en una garantía legal, genera en el consumidor la expectativa de que una vez contratado un seguro de salud con su compañía aseguradora, existirá una continuidad de la cobertura de las enfermedades que eran cubiertas por el seguro de salud anterior contratado con una EPS.

(...)

19. Sobre el particular, esta Comisión estima pertinente señalar que lo ofrecido por Pacífico Seguros a través del "Seguro de Continuidad" contratado es un beneficio que ya ha sido recogido y previsto por el Artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, pues como ya se ha señalado, esta norma es clara al establecer que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas por un seguro de salud brindado por una compañía del sistema de EPS, seguirán siendo cubiertas por el seguro de salud que el asegurado contrate con una compañía del sistema de seguros.

20. En otros términos, ***la continuidad en la cobertura de las enfermedades preexistentes, dentro del sistema de seguros y de EPS, es un beneficio que la Ley del Contrato de Seguro ha previsto para todos los asegurados y no únicamente para aquellos que opten por contratar el referido "Seguro de Continuidad"***.

21. Como se ha visto, en el presente caso, Pacífico Seguro consideró como preexistencias – y, por tanto, excluidas de la cobertura de la póliza – a la rinitis alérgica y las hemorroides que padece el señor Segovia, pese a que el tratamiento de estas enfermedades ya se encontraba cubierto por Pacífico EPS en el seguro de salid que anteriormente contrató con dicha compañía.

22. En consecuencia, en atención a los argumentos expuestos, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguro por infracción a los Artículos 18° y 19° del Código" (Subrayado y resaltado nuestro).

10. El Artículo 118 de la LCS establece expresamente que:

> *"Artículo 118. Preexistencias*
>
> ***LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES ESTÁN CUBIERTAS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGUROS Y DE EPS, COMO MÍNIMO, HASTA LOS LÍMITES DEL CONTRATO ORIGINAL O ANTERIOR.***
>
> *Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud." (Énfasis, subrayado y resaltado nuestro).*

11. Al respecto,contrariamente a lo sostenido por la Comisión, nuestra Empresa no está en la obligación de dar cobertura a las enfermedades preexistentes pese a que las mismas hayan sido reconocidas en anteriores oportunidades en una EPS a través de un plan de salud, conforme a lo establecido en el Artículo 118° de la LCS.

12. En primer lugar, de una lectura integral de la LCS, se desprende claramente que dicha norma legal reconoce que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Vemos pues que el Artículo 118° de la LCS reconoce la existencia de dos sistemas diferentes; esto es, por un lado, el sistema de seguros generales y, por otro lado, el sistema de Entidades Prestadoras de Salud (EPS). En tal sentido, vuestra Sala debe tener en cuenta que la regulación de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes se rigen por normas legales distintas.

13. Así pues, en el **sistema de seguros general** se brinda continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud de cualquier compañía de seguros en la vigencia anterior, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 28770, *Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o*

asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior(en adelante, "la Ley N° 28770") y en la Resolución SBS N° 3203-2013, *Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud*.

14. En efecto, el Artículo 1° de la Ley N° 28770 señala expresamente que:

> *"Artículo 1º.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica*
>
> *En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia técnica 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 diferente.*
>
> *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."*

La referida norma legal claramente señala que la continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud es solamente aplicable para el cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud. Es decir, no es aplicable en los casos que se pretenda migrar de un seguro de salud a un plan de salud ofrecido por una EPS.

15. Por su parte, la continuidad de cobertura de los diagnósticos cubiertos en el **sistema de EPS** están regulados en la Ley N° 29344, *Ley Marco Aseguramiento Universal en Salud* (en adelante, "LMAUS"). En efecto, en el Artículo 117° de la LCS se precisa que los **planes de seguros de**

saludy el tratamiento de las preexistencias se rigen por lo dispuesto en la LMAUS, su reglamento y normas complementarias.[1]

16. En este sentido, el Artículo 13° de la LMAUS crea el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, el "PEAS"), el cual consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables que como mínimo son financiadas a todos los asegurado por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, las "IAFAS").[2] Por su parte, el Artículo 14° de la LMAUS indica que las PEAS son ofertadas obligatoriamente por todas las IAFAS y que cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión.[3]

17. Nótese que, de acuerdo con el Artículo 7° de la LMAUS, actualmente derogado, calificaban como IAFAS las EPS y las Compañías de Seguros

---

1 **LCS.-***"Artículo 117°. Seguro de salud.*

Por el seguro de salud el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad del asegurado. La prestación del asegurador podrá consistir en el reembolso al asegurado de los gastos derivados de la asistencia médica, una indemnización a suma alzada en caso de invalidez temporal o permanente u otras contingencias acordadas en la póliza. La prestación podrá consistir también en garantizar al asegurado los servicios de asistencia médica, debiendo el asegurador poner a disposición del asegurado dichos servicios y asumir directamente su costo.

Para tal efecto, 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. *"* (Subrayado y resaltado nuestro).

2 **LMAUS.-***"Artículo 13°.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.*

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiario".

3 **LMAUS.-***"Artículo 14°.- De la obligatoriedad.*

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente."

Privados de Salud.[4] Por lo tanto, hasta la fecha en que se mantuvo vigente dicha norma legal, solamente entre dichas entidades y dentro de los diagnósticos que incluían las PEAS dentro de los planes de seguro de salud, las IAFAS estaban obligadas a dar cobertura a cualquier preexistencia. En efecto, sólo cuando el asegurado hubiera adquirido un PEAS de alguna IAFAS podía hacer valer el derecho a la continuidad de atenciones de los diagnósticos preexistentes al contratar otro PEAS con otra IAFAS.

18. Cabe advertir que no obstante que las Compañías de Seguros Privados de Salud fueron reconocidas como IAFAS, en el año 2009 las mencionadas entidades no existían registradas en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - SBS. Es más, recién el **06 de diciembre de 2013** – fecha con posterioridad a la interposición de la presente denuncia - mediante Decreto Legislativo N° 1158, *Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud*, se precisó que las Compañías de Seguros Generales que operan en el ramo de Salud, contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso d) del Artículo 16° de la Ley N° 26702, calificaban como IAFAS.

19. De esta forma, lo anteriormente expuesto pone en evidencia claramente que el sistema de EPS y el sistema de seguros generales se mantenían independiente uno del otro protegiendo la continuidad de atención de los diagnósticos considerados preexistentes, dentro de ellos a los asegurados que permanezcan en cada uno de ellos. Vemos pues que, contrariamente a lo sostenido por la Comisión, al momento de interponer la denuncia, nuestra Empresa al no calificar como IAFAS no se encontraba en la

---

[4] La referida norma legal fue derogado pornumeral 1 de la Única Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1158, publicado recién el06 diciembre 2013 en el Diario Oficial "El Peruano".

obligación de continuar con la cobertura de lasprexistencias del señor Segovia - rinitisalérgica y hemorroides- pese a que las mismas hayan sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS.

20. En segundo y último lugar,contrariamente a lo sostenido por la Comisión en la Resolución 501, el Artículo 118° de la LCS no establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una EPS o una compañía de seguros, continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud hasta los límites del contrato anterior.

21. En efecto, conforme hemos advertido en los numerales precedentes, el Artículo 118° de la LCS regula la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes en de dos sistemas distintos: el sistema de seguros y el sistema de EPS. Ambos sistemas, tienen distinta naturaleza y, por tanto, se rigen por normas legales distintas. Por ello, se debe tener en cuenta que dichos sistemas se mantienen independientes uno del otro, protegiendo la continuidad de atención de los diagnósticos considerados preexistentes dentro de ellos a los asegurados que permanezcan en cada uno de ellos.

22. En este contexto,cabe precisar que, con fecha 29 de abril de 2004, el Grupo Parlamentario Fuerza Popular presentó ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR (en adelante, el "Proyecto de Ley"), mediante el cual se propone modificar el Artículo 118° de la LCS referido a las preexistencias y su cobertura dentro del sistema de seguros y el sistema de EPS**(Anexo 4-A)**.

23. En tal sentido, el Proyecto de Ley pretende que el Artículo 118° de la LCS se modifique en los siguientes términos:

"Artículo 118°.- Preexistencias.

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La obligación de otorgar cobertura de las preexistencias en los seguros de salud corresponde a cualquier empresa de seguros, aún cuando el cambio se realice de una EPS a una compañía de seguros o viceversa.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud." (Subrayado y resaltadoes nuestro).

24. Sobre el particular, nótese que el Proyecto de Ley pretende que se modifiquen los alcances de dicha norma legal, de tal forma que una persona pueda trasladarse del sistema de EPS al sistema de seguros o viceversa sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes cubiertas en dichos sistemas. Así pues, **recién** con dicho Proyecto de Ley se estaría regulando un vacío legal que existe actualmente en torno a la continuidad de la cobertura de preexistencias entre los sistemas de seguros y el sistema de EPS.

25. Por lo tanto, vuestra Sala coincidirá con nosotros en que el referido Proyecto de Ley confirma claramente nuestra posición en el sentido que actualmente el Artículo 118° de la LCS no dispone expresamente la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa. En tal sentido, en el presente caso, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de las preexistencias del señor Segoviapese a que la misma haya sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS, lo que deberá ser tomado en cuenta por vuestra Sala al momento de resolver la presente controversia.

26. Así pues, a partir de la revisión de lo expuesto anteriormente se evidencia que nuestra Empresa no se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado por el señor Segovia para el tratamiento referido a sus enfermedades rinitis alérgica y hemorroides. En este sentido, vuestra Sala debe tener en cuenta que las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia califican como enfermedades preexistentes y las mismas no son susceptibles de cobertura en atención al seguro de salud contratado con nuestra Empresa. Si bien dichas enfermedades fueron anteriormente cubiertas en un plan de salud que el señor Segovia mantenía en una EPS, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de dichas preexistencias puesto que la normativa actual en materia de seguros no permite a las compañías de seguro a dar cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de EPS al sistema de seguros.

27. En conclusión, PACÍFICO no ha infringido el Deber de Idoneidad previsto en los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que las en diagnosticadas al señor Segovia – rinitis alérgica y hemorroides - califican como enfermedades preexistentes y las mismas no son susceptibles de cobertura en atención al seguro de salud contratado. En este contexto, debe tenerse en cuenta que el Artículo 118° de la LCSno dispone expresamente la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa. Por ello, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de las preexistencias del señor Segovia pese a que la misma haya sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS.Por lo tanto, solicitamos a la Sala se sirva revocar este extremo de la Resolución 1501 y, en tal sentido, declarar infundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia.

II.1.2 Impugnación del extremo sobre la presunta infracción al Deber Protección Mínima del Contrato de Consumo previsto en el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo.

28. Al respecto, la Comisión señaló lo siguiente:

> *"27. En el presente caso, se aprecia que el 18 de octubre de 2013, Pacífico Seguros entregó al señor Segovia una copia de la póliza de seguro contratado por este el 31 de julio de 2013, es decir, luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia (28 de agosto de 2013).*
>
> *28. La conducta desplegada por parte de Pacífico implica una vulneración a lo establecido por el Código, pues afecta al deber de protección mínima del contrato de consumo, en la medida que no se entregó al consumidor la información contenida en los documentos suscritos al celebrar el contrato de consumo con la compañía de seguros.*
>
> *29. En ese sentido, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción al literal e) del Artículo 47° del Código."*

29. El inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo establece que:

> *"Artículo 47º.- Protección mínima del contrato de consumo*
>
> *En los contratos de consumo se observa lo siguiente:*
>
> *(...)*
>
> *e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor." (Subrayado nuestro).*

30. En este sentido, vuestra Sala deberá advertir que la citada norma legal establece la obligación de los proveedores de entregar una copia de los contratos de consumo suscrita con los consumidores. Pues bien, **en el presente caso, ha quedado evidenciado que nuestra Empresa sí cumplió con entregar una copia de la póliza contratada y sus anexos al señor Segovia toda vez que los mismos fueron entregados el 18 de octubre de 2013.**

31. No obstante ello, a criterio forzado de la Comisión, PACÍFICO habría infringido el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo en la medida que la entrega de la póliza se realizó luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia. Sobre el particular, vuestra Sala coincidirá con nosotros en que la conclusión arribada por la Comisión es errónea en tanto que la referida norma legal no contempla plazo alguno en el cual el proveedor debe cumplir con entregar copia del contrato de consumo al consumidor. En tal sentido, la imputación realizada por la Comisión vulnera el Principio de Tipicidad, consagrado en la LPAG, en la medida que se ha imputado a nuestra Empresa una presunta infracción que no se encuentra prevista en el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo.

32. Sobre el particular, a nivel normativo, el Principio de Tipicidad establece lo siguiente:

> *"Artículo 230º. Principios de la potestad sancionadora administrativa.*
>
> *La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:*
>
> *(...)*
>
> *4. Tipicidad.- **Sólo constituyen conductas sancionables administrativamente las infracciones previstas expresamente en normas con rango de ley mediante su tipificación como tales, sin admitir interpretación extensiva o analogía**. Las*

disposiciones reglamentarias de desarrollo pueden especificar o graduar aquellas dirigidas a identificar las conductas o determinar sanciones, sin constituir nuevas conductas sancionables a las previstas legalmente, salvo los casos en que la ley permita tipificar por vía reglamentaria.(...)". (Subrayado y resaltado nuestro).

33. Adicionalmente, a nivel doctrinario, sobre el Principio de Tipicidad, conviene revisar lo que indica **Morón** en los siguientes términos:

> *"(...) las conductas sancionables administrativamente únicamente pueden ser las infracciones previstas expresamente en normas con rango de ley mediante la previsión cierta de aquello que considera ilícito (...) la ley debe describir específicamente la conducta (...) tanto para favorecer el conocimiento y previsibilidad de la acción administrativa por parte del administrado, como para acotar el margen discrecional en asuntos sancionadores de la Administración y concretarlos en los supuestos tasados previamente".*[5]

34. Por su parte, **Cassagne**, enfáticamente comenta la importancia del referido principio administrativo en materia sancionadora en los siguientes términos:

> ***"B) La regla de tipicidad***
>
> ***Una de las principales garantías que poseen los ciudadanos y las personas en general se halla configurada por el principio de tipicidad consistente en la exigencia de que las conductas punibles se encuentren descritas o delimitadas por una norma legal.***
>
> *En este plano, la tipicidad aparece como un corolario obligado del principio de legalidad, que juega en un doble sentido, esto es como una garantía frente a la determinación subjetiva o discrecional de los hechos que configuran el ilícito penal y como una forma de prevención individual y social, en la medida de que el conocimiento público y oficial de la acción punible desalienta la comisión de los hechos reprimidos por la ley. A este respecto,* ***el principio de tipicidad legal requiere que se hagan públicas:***
>
> ***a) tanto la descripción de los hechos que definen cada contravención, así como***

---

[5] **MORÓN URBINA**, Juan Carlos. *"Comentarios a la nueva Ley del Procedimiento Administrativo General"*. Gaceta Jurídica: Lima, 2001. p. 515.

b) ***las penas a aplicarse en cada supuesto típico***. *(...)".*[6](Subrayado y resaltado nuestro).

35. A nivel jurisprudencial, el Tribunal Constitucional señala expresamente lo siguiente sobre el Principio de Tipicidad:

> *"En mérito del Principio de Tipicidad,* ***la descripción legal de una conducta específica aparece conectada a una sanción administrativa****. Esta exigencia deriva de dos principios jurídicos específicos; el de libertad y el de seguridad jurídica. Conforme al primero, la conductas deben estar exactamente delimitadas, sin indeterminaciones, mientras que en relación al segundo, los ciudadanos deben estar en condiciones de poder predecir, de manera suficiente y adecuada, las consecuencias de sus actos,* ***por lo que no caben cláusulas generales o indeterminadas de infracción que permitan una actuación librada al "arbitrio" de la administración, sino que ésta sea prudente y razonada".***[7]

36. De manera complementaria, conviene señalar el concepto que ha establecido la Sala de Defensa de la Competencia N° 1 del Tribunal del INDECOPI (actualmente, la Sala Especializada en Defensa de la Competencia del Tribunal del INDECOPI), respecto del Principio de Tipicidad:

> *"III.1.1.La imputación de cargos*
>
> *1. Uno de los principios más importantes del procedimiento administrativo sancionador es el principio de tipicidad, el cual resulta indispensable para la calificación de infracciones y la aplicación de sanciones. La tipicidad consiste en la descripción expresa, detallada y clara de la conducta infractora y la indicación de la sanción específica para dicha infracción.* ***En concordancia con el principio de legalidad, esta descripción de la conducta sancionable y la mención de la sanción respectiva deben regularse de acuerdo con lo contemplado en la norma legal correspondiente.***

---

6 **CASSAGNE, Juan Carlos.** *"Derecho Administrativo Tomo II"*. Lima: Palestra Editores, 2010. p. 570.

7 Sentencia emitida con fecha 03 de setiembre de 2010, en el Expediente N° 01873-2009-PA/TC.

> *2. Así, **CORRESPONDE A LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA ELEGIR POR ESPECIALIDAD EL TIPO PRECISO QUE CORRESPONDE A LA CONDUCTA PRESUNTAMENTE INFRACTORA, A FIN DE EVITAR LA CONCURRENCIA DE INFRACCIONES IDÉNTICAS Y LA SOBREPENALIZACIÓN, EN ARMONÍA CON LA GARANTÍA CONSTITUCIONAL Y LEGAL DE TIPICIDAD QUE DEBE GUIAR TODO PROCEDIMIENTO SANCIONADOR***".[8](Subrayado, resaltado, énfasis y agregado nuestro).

37. En ese orden de ideas y, en virtud de lo expuesto, se aprecia que el Principio de Tipicidad prescribe que la Administración Pública, en el marco de un procedimiento administrativo sancionador -como en el presente caso-, sólo puede imputar y sancionar aquellas conductas que se encuentren expresamente previstas o tipificadas en normas con rango de ley, sin admitir una interpretación extensiva o por analogía. Ahora bien, nótese que en la Resolución 501 la Comisión ha sancionado a nuestra Empresa por infringir el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que la copia de la póliza contratada por el señor Segovia fue entregada luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia.Sin embargo, dicho supuesto de hecho no se encuentra tipificado en la citada norma legal, sino que ha sido fruto de una incorrecta interpretación de la norma al momento de efectuar la respectiva imputación o, en todo caso, de una interpretación extensiva o analógica de dicha normativa, lo que se encuentra expresamente proscrito en la LPAG.

38. En efecto, vuestra Sala debe tener en cuenta que el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo únicamente establece la obligación a los proveedores de entregar una copia de los contratos de consumo suscrita con los consumidores; lo cual ha sido cumplido PACÍFICO, conforme ha quedado evidenciado en el presente caso. Así pues, la referida norma

---

[8] **Resolución 1857-2012/SDC-INDECOPI** emitida por la Sala de Defensa de la Competencia N° 1 del Tribunal del INDECOPI con fecha 15 de agosto de 2012, en los seguidos De Oficio vs. Empre Periodística Nacional S.A. y Causa Media S.A. (Exp. N° 141-2010/CCD y 002-2011/CCD).

legal no establece un plazo en el cual los proveedores deben cumplir dicha obligación.En atención a ello, consideramos que la conclusión arribada por la Comisión infringe flagrantemente el Principio de Tipicidad, toda vez que la supuesta infracción incurrida por nuestra Empresa – el hecho de entregar la póliza luego de haber transcurrido más de cuarenta (40) días desde la fecha de la interposición de la presente denuncia - no se encuentra regulado en la citada norma legal.

39. En conclusión, PACÍFICO no ha infringido elDeber Protección Mínima del Contrato de Consumo, supuesto tipificado en el inciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que cumplió con entregar al señor Segoviacopia de la póliza contratada y sus anexos respectivos. Por lo tanto, corresponde a la Sala revocar este extremo de la Resolución 1501 y, en tal sentido, declarar infundada este extremo de la denuncia interpuesta por el señor Segovia.

II.1.3 Impugnación del extremo sobre imposición de multa, imposición de medida correctiva y reembolso de pago de costas y costos.

40. En relación con los extremos de la Resolución 501 mediante los cuales se impone una multa de 31 UIT a PACÍFICO (puntos Cuarto y Quinto de la parte resolutiva), se ordene a PACÍFICO, en calidad de medida correctiva, la emisión de una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por PACÍFICO EPS (punto Tercero de la parte resolutiva) y se ordena, el reembolso de las costas y costos a favor del señor Segovia (punto Sétimo de la parte resolutiva), resulta evidente que éstos deberán ser declarados infundados, en la medida en que se declare fundado nuestro Recurso de Apelación.

41. Sin perjuicio de ello, consideramos pertinente manifestar que, en nuestra opinión, la Comisión ha incurrido en diversos errores al momento de

graduar la multa solidaria impuesta a las denunciadas, según señalaremos a continuación.

42. Ahora bien, cabe señalar que en relación con la multa impuesta por la Comisión, no podemos dejar de manifestar nuestra total extrañeza, siendo que, por un lado, la determinación de su monto -31 UIT- carece de un sustento aritmético idóneo que la justifique y, por otro lado, en la medida de que el monto en cuestión resulta evidentemente desproporcionado, no habiéndose observado debidamente los criterios de graduación de sanciones contemplados tanto en el Código de Consumo como en la LPAG. Así, en el presente caso la Comisión se ha limitado a intentar identificar especulativamente la presunta repercusión negativa que los hechos supuestamente infractores pudieran haber generado, situación que implica la contravención del Principio de Razonabilidad contenido en el numeral 1.4) del Artículo IV° del Título Preliminar de la LPAG, el cual establece expresamente lo siguiente:

> *"Artículo IV°.- Principios del procedimiento administrativo.*
>
> *1. El procedimiento administrativo se sustenta fundamentalmente en los siguientes principios, sin perjuicio de la vigencia de otros principios generales del Derecho Administrativo:*
>
> *(...)*
>
> *1.4. Principio de razonabilidad.- Las decisiones de la autoridad administrativa,* ***cuando creen obligaciones, califiquen infracciones, impongan sanciones, o establezcan restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y MANTENIENDO LA DEBIDA PROPORCIÓN entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin de que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido.*** *(...)".* (Subrayado y resaltado nuestro).

43. Sobre el particular, conviene citar a **Morón**, quien se refiere al citado principio de la siguiente manera:

> *"El principio de razonabilidad ha sido concebido por la Comisión, como una regla particularizada para las decisiones de gravamen sobre los administrados, ya que se entiende que estas medidas convergen en afectaciones admitidas sobre los derechos y bienes de los administrados.*
>
> *En tal sentido, teniendo como ámbito protector a la persona humana y arbitrando razonablemente con el interés público, la Ley mediante este principio da una pauta fundamental a la autoridad que tiene la competencia para producir actos de gravamen contra los administrados: producirla de manera legítima, justa y proporcional".*[9]

44. Asimismo, resulta pertinente recoger los planteamientos de **Cassagne**, quien opina lo siguiente:

> *"De otra parte, la sanción penal administrativa ha de respetar el principio de proporcionalidad entre la pena prevista en la norma y la conducta del agente, sobre la base de la regla de razonabilidad cuya valoración debe responder a la realización del bien jurídico tutelado y su significado social, que configura la finalidad perseguida por la ley. Este vicio, en el procedimiento administrativo de carácter sancionatorio, traduce una nulidad absoluta y, al afectar la proporcionalidad inherente al objeto del acto que impone la sanción, vulnera la garantía innominada de razonabilidad (...)".*[10]

45. Por su parte, en cuanto a los criterios de proporcionalidad que deben observar las entidades públicas en su interrelación con los administrados, cabe citar a **Garberí** y **Buitrón**, quienes sostienen expresamente lo siguiente:

> *"En este sentido, cabe concluir en que una determinada sanción administrativa resultará contraria a las exigencias constitucionales derivadas del principio de proporcionalidad, bien por resultar innecesaria una reacción de tipo punitivo, o bien por ser excesiva la cuantía o extensión de la sanción en relación con la entidad del ilícito o la infracción (la llamada desproporción en sentido estricto).*

---

[9] **MORÓN, Juan Carlos.** *Op. Cit.* p. 70.

[10] **CASSAGNE, Juan Carlos.** *Op.Cit.* p. 576.

(...)

Así, mediante la exigencia de que las medidas públicas de esa índole punitiva sancionadora (...), se adecuen a los imperativos dimanantes del principio de proporcionalidad, se alza para las autoridades correspondientes una frontera o límite a su actuación represiva, la cual únicamente podrá ser llevada a la práctica cuando resulte estrictamente necesaria, idónea y proporcionada para obtener los objetivos perseguidos por la misma".[11]

46. En ese orden de ideas, a partir del citado Principio de Razonabilidad o Proporcionalidad, la Administración Pública no sólo tiene la obligación de imponer sanciones que se ajusten a la naturaleza de las infracciones detectadas sino que, asimismo, ésta deberá abstenerse de imponerlas en aquellos casos en los que se advierta que tales medidas resultan innecesarias, ya sea por ausencia de responsabilidad administrativa o porque el correspondiente bien jurídico protegido tutelado no ha sido vulnerado o dañado.

47. En conclusión, sin perjuicio de que la Sala deba revocar la Resolución 501 en todos sus extremos –incluyendo aquellos en virtud de los cuales se impuso una multa a PACÍFICO, ordenó una medida correctiva a favor del señor Segovia y condenó a nuestra Empresa al reembolso de las costas y costos del procedimiento-, en el supuesto y negado caso de que se confirme dicho acto administrativo, entonces, específicamente en relación con la multa de 31 UIT, ésta deberá ser rebajada sustancialmente por la Sala, debido a que ha quedado demostrado que dicha multa resulta desproporcionada y viola el Principio de Razonabilidad consagrado en la LPAG, siendo que, en caso contrario, ello convalidaría el hecho de que los administrados sufran graves perjuicios como consecuencia de la actuación arbitraria de la Administración Pública al momento de la fijación de sanciones.

---

[11] **GARBERÍ LLOBREGAT, José y BUITRÓN RAMÍREZ, Guadalupe.** *"El Procedimiento Administrativo Sancionador".* Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch, 2001. pp. 121-123.

III. CONCLUSIONES.

48. PACÍFICO no ha infringido el Deber de Idoneidad previsto en los Artículos 18° y 19° del Código de Consumo, en la medida que las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia – rinitis alérgica y hemorroides - califican como preexistencias y las mismas no son susceptibles de cobertura en atención al seguro de salud contratado. En este contexto, debe tenerse en cuenta que el Artículo 118° de la LCS no dispone expresamente la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa.Por ello, nuestra Empresa no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de la preexistencia del señor Segovia pese a que la misma haya sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS.

49. PACÍFICO no ha infringido el Deber Protección Mínima del Contrato de Consumo, supuesto tipificado en elinciso e) del Artículo 47° del Código de Consumo, en la medida que cumplió con entregar al señor Segovia copia de la póliza contratada y sus anexos respectivos.

50. Sin perjuicio de que la Sala deba revocar la Resolución 501 en todos sus extremos –incluyendo aquellos en virtud de los cuales se impuso una multa a PACÍFICO, ordenó una medida correctiva a favor del señor Segovia y condenó a nuestra Empresa al reembolso de las costas y costos del procedimiento-, en el supuesto y negado caso de que se confirme dicho acto administrativo, entonces, específicamente en relación con la multa de 31 UIT, ésta deberá ser rebajada sustancialmente por la Sala, debido a que ha quedado demostrado que dicha multa resulta desproporcionada y viola el Principio de Razonabilidad consagrado en la LPAG, siendo que, en caso contrario, ello convalidaría el hecho de que los administrados sufran graves perjuicios como consecuencia de la actuación

arbitraria de la Administración Pública al momento de la fijación de sanciones.

POR TANTO:

A USTED SEÑOR PRESIDENTE DE COMISIÓN PEDIMOS: Sírvase conceder y elevar el presente Recurso de Apelación a la Sala, a fin de que ésta lo declare Fundado en su oportunidad y, en tal sentido, revoque la Resolución 501 en todos sus extremos.

PRIMER OTROSÍ DECIMOS: Que, en calidad de Anexo 4-A, cumplimos con acompañar una copia del Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR.

SEGUNDO OTROSÍ DECIMOS: Que, al amparo del numeral 5) del Artículo 113° de la LPAG, aplicable supletoriamente, señalamos como nuevo domicilio procesal de nuestra Empresa para efectos del presente procedimiento administrativo la Avenida Pardo y Aliaga Nº 699, Oficina Nº 701-A, Distrito de San Isidro, Lima (Estudio Lazo, De Romaña & Gagliuffi Abogados).

TERCER OTROSÍ DECIMOS: Que, al amparo del Principio de Participación consagrado en el numeral 1.12) del Artículo IV° del Título Preliminar de la LPAG, aplicable supletoriamente, solicitamos formalmente que se sirvan concedernos el **USO DE LA PALABRA**, a efectos de poder exponer personalmente nuestra posición a través de nuestros representantes legales y/o abogados.

Lima, 04 de junio de 2014

PACIFICO SEGUROS
FRANCISCO MONGE ZEGARRA
Apoderado
Reg. C.A.L. 35358

LUIS MIGUEL J. LEON LUNA
ABOGADO
C.A.L. 40052

ROSALINA SUSANO URBINA
ABOGADA
Reg C A.L. 43750

ANEXO 4-A

Proyecto de Ley Nº 3416 /2013-CR

000234

La Congresista que suscribe, Cecilia Chacón De Vettori, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, por intermedio del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, presenta el siguiente:

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
29 ABR 2014
RECIBIDO
Firma: ..... Hora: 11:10

PROYECTO LEY

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA HA DADO LA SIGUIENTE:

LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 118° DE LA LEY 29946, LEY DEL CONTRATO DE SEGURO, SOBRE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGUROS Y DE EPS

Artículo 1.- Objeto de la Ley

Modifícase el artículo 118° de la Ley Nº 29946, publicada el 27 de noviembre de 2012, en los siguientes términos:

"Artículo 118.- Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La obligación de otorgar cobertura de las preexistencias en los seguros de salud corresponde a cualquier empresa de seguros, aun cuando el cambio se realice de una EPS a una compañía de seguros o viceversa.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."

CECILIA ISABEL CHACON DE VETTORI
Congresista de la República

HECTOR V. BECERRIL RODRIGUEZ
Portavoz Titular
GRUPO PARLAMENTARIO FUERZA POPULAR

ANGEL NEYRA

MARIA CORDERO

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Según la Ley N° 28770, del 4 de julio de 2006, en la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica, las empresas aseguradoras del sistema financiero peruano están obligadas a incluir las enfermedades preexistentes que hubieran 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 diferente. Para estos efectos el asegurado que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano.

El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido según lo establecido en el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro: "Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."

En este sentido, las normas mencionadas establecen que las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales. Al respecto la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones, mediante Resolución SBS N°3203-2012 ha señalado que "la continuidad de la cobertura de las preexistencias en los seguros de salud no se restringe en ningún caso a una sola empresa de seguros sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano, según lo señalado en la citada Ley (N° 28770)."

Conforme al artículo 3° de la Resolución SBS N°3203-2012, para acceder a la continuidad de cobertura de las preexistencias, en el marco de la Ley N° 28770, bastará la firma del asegurado en la solicitud del seguro y la correspondiente aceptación por la empresa, para que esta solicite a la empresa anterior los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad.

Sin embargo ha surgido la interpretación por parte de las compañías aseguradoras de que la continuidad en la cobertura de las enfermedades preexistentes no opera en el caso de que un usuario cambie o migre de una empresa de seguros a una Entidad Prestadora de Salud (EPS) o viceversa.

Esta situación, como es evidente, perjudica gravemente a los asegurados. Un claro ejemplo es el caso de una joven de 27 años, publicitado en diversos medios de comunicación, que padece de lupus –enfermedad incurable que

requiere tratamiento permanente– a quien las compañías de seguros le han negado la cobertura de dicha enfermedad pese a que estuvo inscrita en la Entidad Prestadora de Salud vinculada directamente a una de ellas.

En efecto nuestra propia legislación en materia tributaria reconoce la existencia de empresas vinculadas económicamente, señalando que se consideran partes vinculadas a dos o más personas, empresas o entidades cuando una de ellas participa de manera directa o indirecta en la administración, control o capital de la otra; o cuando la misma persona o grupo de personas participan directa o indirectamente en la dirección, control o capital de varias personas, empresas o entidades. Agrega que también opera la vinculación cuando la transacción sea realizada utilizando personas interpuestas cuyo propósito sea encubrir una transacción entre partes vinculadas.

Resulta absurdo interpretar la Ley de forma tal que una persona no pueda cambiar de una EPS a una empresa del sistema de seguros sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes, más aún cuando sabemos que se trata de empresas que forman parte de un mismo grupo económico.

Lo que ocurría antes de las leyes mencionadas es que cuando una persona cambiaba de aseguradora, la nueva empresa excluía de la cobertura las enfermedades que hubiera adquirido durante el periodo que contrató con la anterior compañía. Nuestra legislación actual debería permitir el cambio con cobertura de enfermedades preexistentes incluso de una compañía de seguros a una EPS o viceversa. Pero eso no se está cumpliendo aun cuando el texto de la Ley del Contrato de Seguro, señala expresamente que "las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior".

Es relevante también recordar el criterio que establece el Código del Consumidor, Ley N° 29571, que busca proteger al público del mercado de seguros al regular la prevalencia de las condiciones más favorables al contratante o asegurado.

Cabe resaltar además, la aplicación del Principio Pro Consumidor, contenido en el mismo Código que señala que el Estado, en todos sus niveles y campos de acción, debe tener un rol activo en la protección de los derechos de los consumidores, y por ello en caso de vacío o defecto de la ley o cuando exista duda en la interpretación de un contrato, debe interpretarse en el sentido más favorable al consumidor. Principio reconocido por el Tribunal Constitucional, el cual al interpretar el artículo 65 de la Constitución, ha manifestado que los consumidores y usuarios merecen protección del más alto nivel y poseen una posición preferente en el ordenamiento jurídico.

Por otro lado, no podemos dejar de reconocer que el asegurado de la EPS se ve en una posición de desventaja debido a que no es posible que continúe aportando y gozando del servicio de la EPS una vez que termina el vínculo laboral; más aún, considerando que en muchos casos ni siquiera tiene una opción diferente de acceder a un seguro privado en su centro laboral, a no ser que contrate ambos seguros. Tal es el caso de las personas a quienes el centro laboral en forma automática realiza el descuento por la EPS y que si quisiera garantizar la futura cobertura de las enfermedades que pudiera tener, se vería en la obligación de contratar en forma paralela un seguro de una empresa del sistema financiero y de seguros, acarreándole un gasto injustificado y totalmente fuera del alcance de la mayoría de trabajadores.

Resulta, pues, absolutamente necesario realizar este cambio en la legislación para evitar el abuso y perjuicio de un gran número de trabajadores. Es un cambio justo que garantizará la seguridad y la salud de millones de peruanos que actualmente están afiliados a una EPS y que en un futuro podrían dejar su centro laboral y quedar desprotegidos y sin atención por preexistencias.

EFECTO DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa no se contrapone a la Constitución ni a ninguna norma legal vigente; por el contrario, es acorde a los principios generales de defensa de la persona y le asegura la posibilidad de acceder en forma eficaz a la atención de salud que le corresponde.

ANALISIS COSTO – BENEFICIO

La aprobación de este proyecto no representa gasto alguno para el tesoro público ni representa gasto para ningún sector. En cuanto al beneficio, sin embargo, evita un perjuicio a la salud de millones de personas, que es uno de los bienes jurídicos que mayor atención debe recibir. Además estaría solucionando una situación de injusticia y de desprotección de las personas que por motivos laborales pierden la opción de seguir estando asegurados en una EPS, pues les garantizaría que la contratación de un seguro les brindaría atención por todas las necesidades de salud, aun las que hoy no están cubiertas.

Lima, 21 de abril de 2014.

Indecopi
INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

SECRETARIA TECNICA DE LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR N° 1
SEDE CENTRAL

CONSECUTORIO

EXPEDIENTE N° : **582-2013/CC1**
DENUNCIANTE : **OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO**
DENUNCIADA : **EL PACÍFICO PERUANO-SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.**
RESOLUCIÓN N° : **6**

Lima, 09 de junio de 2014

VISTO: el recurso de apelación de fecha 04 de junio de 2014 presentado por El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. contra la Resolución Final N° 501-2014/CC1, la misma que fue debidamente notificada al recurrente el 28 de mayo de 2014.

CONSIDERANDO:

(i) Que, el artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, modificado por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, establece que la apelación es el único recurso impugnativo que puede interponerse contra la resuelto por la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 en primera instancia; debiendo presentarse en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de notificada la resolución final[1]; y,

(ii) que, en el presente caso, la apelación ha sido presentada dentro del plazo de ley, cumpliendo con lo establecido en el Decreto Supremo N° 085-2010-PCM, Texto Único de Procedimientos Administrativos del Indecopi.

SE HA RESUELTO: conceder el recurso de apelación interpuesto.

ERICKSON MOLINA PRADEL
Secretario Técnico
Comisión de Protección al Consumidor N° 1

FA/bmt

---

1 **DECRETO LEGISLATIVO N° 807, LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI**
Artículo 38°.- El único recurso impugnativo que puede interponerse durante la tramitación del procedimiento es el de apelación, que procede únicamente contra la resolución que pone fin a la instancia, contra la resolución que impone multas y contra la resolución que dicta una medida cautelar. El plazo para interponer dicho recurso es de cinco (5) días hábiles. La apelación de resoluciones que pone fin a la instancia se concede con efecto suspensivo. La apelación de multas se concede con efecto suspensivo, pero es tramitada en cuaderno separado. La apelación de medidas cautelares se concede sin efecto suspensivo, tramitándose también en cuaderno separado.

114369

9 1 245

Indecopi

2014 AGO 25 AM 9 45

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE
DOCUMENTARIO

Lima, 25 de Agosto de 2014
Indecopi
Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual Sala Especializada en Protección al Consumidor
25 AGO 2014 9F
RECIBIDO
Por: Hora: 15:45

SPCC

Expediente N°582-2013/CC1
Expediente N°002074-2014/SPC

Señor Presidente de la Sala de Protección al Consumidor del INDECOPI:

Yo, **Oscar Ezequiel Segovia Trauco;** identificado con DNI N°41161228, habiendo recibido el martes 19 de Agosto del presente el Proveído 1 mediante el cual se me comunican los alegatos de Pacifico Seguros (la denunciada) apelando la Resolución Final N°501-2014/CC1.

Que, dentro del plazo legal, cumplo con rebatir lo expuesto por la denunciada a continuación:

El punto central es que al que suscribe en su condición de consumidor se le ofreció una Continuidad en la cobertura que se me venía brindando a través de Pacífico EPS, tal como se evidenció en el escrito presentado por mi persona el 06-Dic-2013 a la CC1, donde se demuestra que Pacífico Seguros en su página web publicita el Seguro de Continuidad (**se adjunta Anexo-1** donde aparece la mencionada publicidad); en donde se señala, por escrito, que no solamente se brindará cobertura a aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación sino que cuando no se cuente con la EPS, te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindados por el producto de salud que elegiste afiliar a tu seguro de continuidad. En mi caso dicho seguro de continuidad se afilió al seguro brindado por la EPS. Pacifico Seguros se valió de la cobertura de la EPS para ofrecerme un nuevo seguro sin señalar o advertir distinción y/o diferenciación alguna, de ningún tipo ni mucho menos de carácter legal pues se presenta como una única compañía aseguradora. Hecho que además ha sido puesto en evidencia por la Sala de Protección al Consumidor en la Resolución N°0077-2014/SPC-INDECOPI que en el punto 29 a la letra dice: *"(...) La unidad de dirección viene dado por quienes ejercen los cargos directivos de las empresas vinculadas y la apariencia externa de unidad empresarial puede evidenciarse mediante la presentación del proveedor ante los consumidores no como una empresa formal y aisladamente considerada sino como un grupo empresarial que brinda servicios en el mercado"* (subrayado nuestro). Asimismo, en el punto 31 de la misma resolución se señala: *"(...) este Colegiado considera que en un escenario en el cual exista una unidad de dirección y se haya generado la apariencia externa de unidad empresarial no puede ser exigible que un consumidor efectúe una diferenciación de los productos o servicios ofrecidos y brindados por las empresas que integran un grupo empresarial, más aun si corresponden a un mismo rubro como es el caso de planes de salud y atenciones médicas (...)"* (Subrayado nuestro).

Respecto al supuesto vacío legal del artículo 118° de la Ley N°29946 corresponde, como ha ocurrido, al INDECOPI en virtud de las infracciones señaladas en la Resolución Final N°501-2014/CC1 pronunciarse siendo ésta la entidad competente precisamente por velar por los derechos del consumidor al amparo de la Ley N°29571 y que reconoce Pacífico Seguros como Base Legal tal como se demuestra en el **Anexo 2** que comprende el folio 89 de 100 de la renovación de la póliza 9797782 (con la numeración N°9797782-35796613 con vigencia:31/07/2014 al 31/07/2015). Cabe señalar, además, que en dicha renovación Pacífico

Seguros ha mantenido consignando las preexistencias de rinitis alérgica y hemorroides como se advierte en el citado anexo.

Respecto a la sanción impuesta a Pacífico Seguros cabe precisar que tal como señala la Resolución Final N°501-2014/CC1 en el punto 37: *"El artículo 112° del Código establece que para determinar la gravedad de la infracción, la autoridad administrativa podrá tomar en consideración diversos criterios (...)"*. Precisamente en el numeral 5 de este mismo artículo se señala a la letra: *"La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud,integridad(...)"* (Subrayado nuestro). Siendo el tema de la salud un derecho fundamental evocado en la Carta Magna, precisamente, en el artículo 7° de la Constitución Política del Perú donde textualmente se señala: ***"Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...)"*** (Subrayado y negrita nuestros) esgrime la suma importancia de la misma (la salud) consecuentemente se desprende que la violación de este derecho fundamental amerita una sanción ejemplar. Asimismo, el artículo 112° del Código señala como agravante, a la letra, lo siguiente:
"(...)1. La reincidencia o incumplimiento reiterado, según sea el caso". La vulneración de este punto se advierte en el contenido de la Resolución N°077-2014/SPC-INDECOPI y de la Resolución N°1881-2014/SPC donde se demuestra que es una práctica recurrente de Pacifico Seguros consignar como enfermedades preexistentes aquellas que no corresponde calificarlas como tales; hecho que constituye un agravante por ser una reincidencia teniendo en cuenta el caso denunciado por el que suscribe.

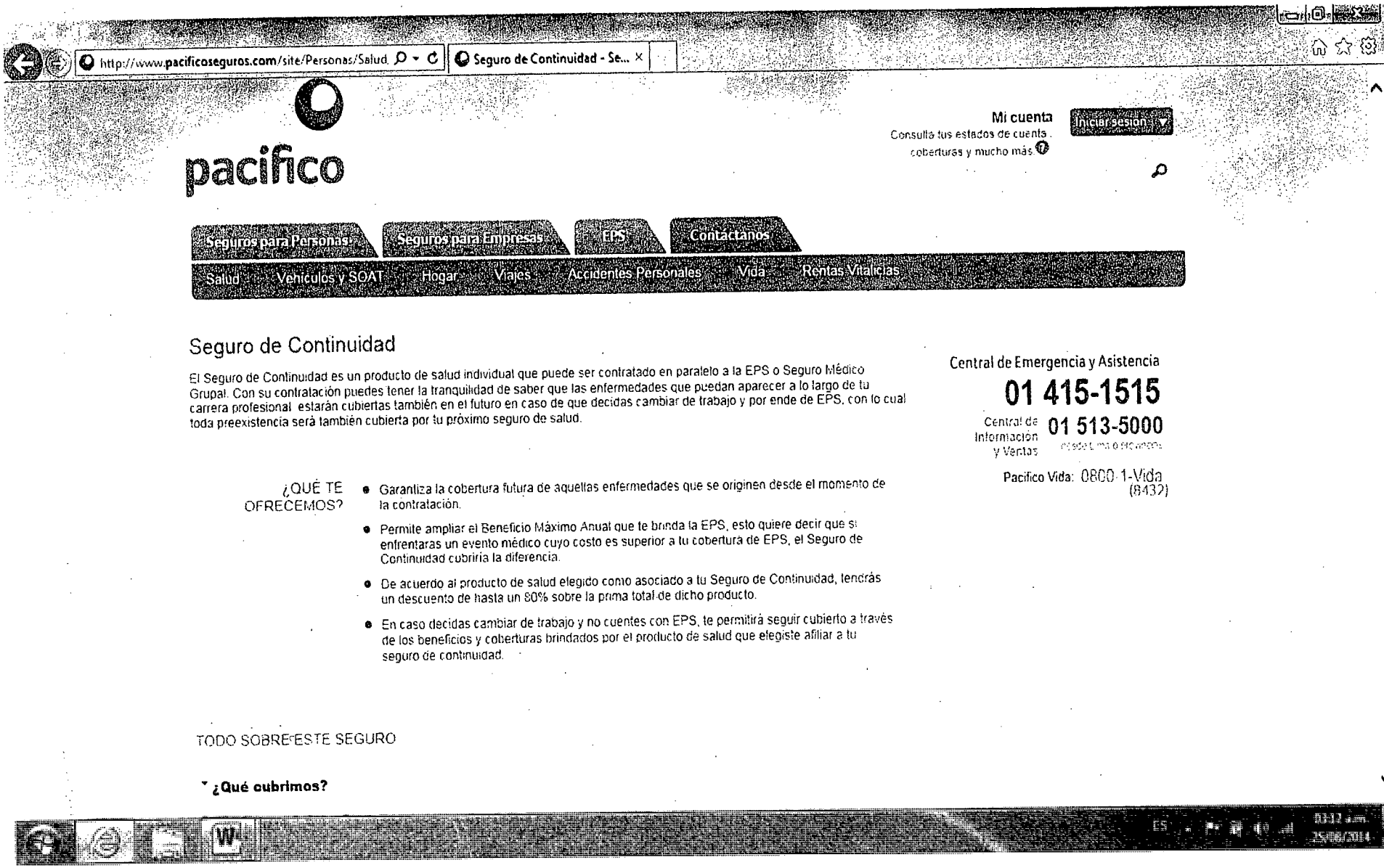
"(...)3. Cuando la conducta infractora haya puesto en riesgo u ocasionado daño a la salud (...)". (Subrayado nuestro). De la vulneración de este punto, mi persona expresamente manifiesta el estado de constante indefensión puesto que vivir en la ciudad de Lima es estar expuesto (incluso en verano) a niveles altos de humedad; datos que son de libre y fácil acceso a través de la web del Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI), lo cual afecta más a quienes sufren de rinitis alérgica (según me han indicado los médicos tratantes). Esto último, evidencia otro agravante más, toda vez que Pacífico Seguros tampoco reconoce asistencia médica respecto a los demás males que pudieran derivarse como consecuencia de las enfermedades a las que no brinda cobertura (preexistencias).

Por todo lo expuesto, solicito a la Sala de Protección al Consumidor tenga a bien ratificar en todos sus extremos la Resolución Final N°501-2014/CC1 haciéndola extensiva a la póliza N°9797782-35796613 toda vez como se señala líneas arriba es una renovación de la póliza N°9797782 (cuestionada en la denuncia) y persiste en consignar las preexistencias.

Atentamente,

Oscar E. Segovia Trauco
DNI: 41161228

ANEXO 1


http://www.pacificoseguros.com/site/Personas/Salud
Seguro de Continuidad - Se...
pacifico
Mi cuenta
Consulta tus estados de cuenta, coberturas y mucho más
Iniciar sesión
Seguros para Personas
Seguros para Empresas
EPS
Contáctanos
Salud
Vehículos y SOAT
Hogar
Viajes
Accidentes Personales
Vida
Rentas Vitalicias
Seguro de Continuidad
El Seguro de Continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a la EPS o Seguro Médico Grupal. Con su contratación puedes tener la tranquilidad de saber que las enfermedades que puedan aparecer a lo largo de tu carrera profesional estarán cubiertas también en el futuro en caso de que decidas cambiar de trabajo y por ende de EPS, con lo cual toda preexistencia será también cubierta por tu próximo seguro de salud.
Central de Emergencia y Asistencia
01 415-1515
Central de Información y Ventas
01 513-5000
Pacífico Vida: 0800-1-Vida (8432)
¿QUÉ TE OFRECEMOS?
Garantiza la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de la contratación.
Permite ampliar el Beneficio Máximo Anual que te brinda la EPS, esto quiere decir que si enfrentaras un evento médico cuyo costo es superior a tu cobertura de EPS, el Seguro de Continuidad cubriría la diferencia.
De acuerdo al producto de salud elegido como asociado a tu Seguro de Continuidad, tendrás un descuento de hasta un 80% sobre la prima total de dicho producto.
En caso decidas cambiar de trabajo y no cuentes con EPS, te permitirá seguir cubierto a través de los beneficios y coberturas brindados por el producto de salud que elegiste afiliar a tu seguro de continuidad.
TODO SOBRE ESTE SEGURO
¿Qué cubrimos?

ANEXO 2

pacífico

250

APITAL SOCIAL SUSCRITO Y PAGADO: S/. 640,185,540.00
CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA
EGURO DE ASISTENCIA MEDICA

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza No.9797782 - 35796613

FECHA DE INGRESO	: 31/07/2013	365 DIAS
VIGENCIA	: DEL 31/07/2014 A LAS12:00hs HASTA EL 31/07/2015 A LAS 12:00hs.	
CONTRATANTE	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	
ASEGURADO	: SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	124261105
DIRECCION DE COBRANZA	: AV 10 DE JUNIO NRO 8 DPTO E1004 PISO 10 URB SAN JOSE O CORONEL BLOQUE LOS CIPRESES CDRA 8 CONDOMINIO LOS PARQUES DE SMP REF A ESPALDAS DE CRDA 10 DE JULIO CON AV GRAU	
DEPARTAMENTO	: LIMA	
PROVINCIA	: LIMA	
DISTRITO	: SAN MARTIN DE PORRES	
MONEDA	: NUEVOS SOLES	

BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA	**S/. 9,600,000** HASTA CUMPLIR LOS 75 AÑOS DE EDAD	**S/. 9,600,000** A PARTIR DE LOS 75 AÑOS DE EDAD

PRIMA COMERCIAL	2,418.44	
INTERESES	147.32	
I.G.V.	461.84	
PRIMA COMERCIAL + INT. + I.G.V.	3,027.60	NUEVOS SOLES

as declaraciones, endosos y cláusulas especiales que se anexen a la presente póliza, forman parte integrante del contrato. Este contrato de seguros se celebra bajo el ámbito de la ley 29946, Ley del Contrato de Seguro y sus normas reglamentarias, a las cuales las partes se someten con caráter nperativo. Se deja constancia que las condiciones generales, particulares y especiales del seguro han estado a disposición previa del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

Emitida en Miraflores, a los 22 días del mes de Julio del 2014

JUAN MESA GERENTE DE DIVISION	LUCIANO BEDOYA GERENCIA OPERACIONES	FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

REVISAR EL CONDICIONADO GENERAL, forma parte integral del contrato. E003SPOO 22/07/2014 19:31
JPUELLES
COD.SBS.: AE0446420002
Póliza Adecuada a la Ley 29946 y sus normas reglamentarias

pacífico

SEGURO DE SALUD TOTAL

Póliza N° 9797782

RELACION DE ASEGURADOS

N° DEPENDIENTE		SEXO	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA NAC.	EDAD	FEC.INGRE
1	TITULAR	MASCULINO	SEGOVIA TRAUCO OSCAR EZEQUIEL	11/09/1981	32	31/07/20

CONDICIONES ESPECIALES

POR CONTINUIDAD DE SEGURO, QUEDAN ELIMINADOS LOS PERIODOS DE CARENCIA Y DE ESPERA, A EXCEPCION DEL PERIODO PARA TRASPLANTES DE ORGANOS.
EL BENEFICIO PARA TRASPLANTE DE ORGANOS TIENE UN PERIODO DE ESPERA DE 24 MESES CONTADOS APARTIR DEL 05/09/2012.

SE OTORGA COBERTURA DE DIAGNOSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACION DEL SEGURO DE CONTINUIDAD (05/09/2012) POLIZA SALUD TOTAL 7664910.

EXCLUSIONES DECLARADAS

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES MEDICOS AL INICIO DEL SEGURO, LA PRESENTE POLIZA NO CUBRE NINGUN TRATAMIENTO MEDICO RELACIONADO CON LAS SIGUIENTES DOLENCIAS, COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS

TITULAR	SEGOVIA	TRAUCO	OSCAR	HEMORROIDES
	EZEQUIEL			RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA

COD.SBS.: AE0446420002

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 41°
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 42°
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 43°
DERECHO DE ARREPENTIMIENTO
En la oferta de seguros efectuada por los comercializadores, incluyendo la banca seguros, el ASEGURADO tiene el derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, 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 de la nota de cobertura provisional en el caso de seguros individuales, o del certificado de seguro en el caso de pólizas grupales que no sean condición para contratar operaciones crediticias, debiendo PACÍFICO SEGUROS en ambos casos devolver el monto de la prima recibida.

El ASEGURADO para tal efecto deberá comunicarse con PACÍFICO SEGUROS, por cualquiera de los medios de comunicación señalados en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza o utilizando el mismo medio, forma y lugar que se usó para la contratación del seguro. La prima le será devuelta en el plazo máximo de 30 días calendarios de recibido el requerimiento.

ARTÍCULO 44°
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.

- **PATOLOGÍAS COMO CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO**
  Son las ENFERMEDADES indicadas en las CONDICIONES PARTICULARES, luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico.

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

- **PREEXISTENCIA**
  Cualquier condición de alteración del estado de SALUD, diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud inserta en la SOLICITUD DE SEGURO.
  No se considerará ENFERMEDAD preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o beneficiario haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro que cubrió el *periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya* tenido origen en una PÓLIZA DE SEGURO de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra en el periodo inmediato anterior a la presente Póliza.
  El ASEGURADO y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo ASEGURADO, podrá contratar, en un plazo de 120 días contados a partir del término del contrato de seguro anterior, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el párrafo anterior.

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

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

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

Folio 146 Cuaderno 1

153263 254

Indecopi
Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual Sala Especializada en Protección al Consumidor
- 7 NOV 2014
RECIBIDO
Por: Hora: 09:30

Indecopi
2014 NOV 6 PM 3:27
UNIDAD DE RECEPCIÓN DOCUMENTARIA

Exp. en Sala Nº	2074-2014/SPC
Escrito Nº	05
Secretaría Técnica	Liliana Cerrón Baldeón
Sumilla	Téngase Presente

SEÑOR PRESIDENTE DE LA SALA ESPECIALIZADA EN PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR DEL TRIBUNAL DEL INDECOPI:

EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante, "PACÍFICO SEGUROS"), debidamente representada por el señor **Francisco Javier Monge Zegarra**, en los seguidos por el señor **ÓSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO** (en adelante, indistintamente, el "señor Segovia" o el "Denunciante"), sobre presunta **INFRACCIÓN A LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**; a Usted atentamente decimos:

Que, con fecha 04 de junio de 2014 PACIFICO SEGUROS interpuso Recurso de Apelación con efectos suspensivos contra la Resolución Final Nº 501-2014/CC1 (en adelante, la "Resolución 501") expedida por la Comisión de Protección al Consumidor Nº 1 (en adelante, la "Comisión") con fecha 21 de mayo de 2014; y, en tal sentido, al amparo de lo establecido en los artículos 57º y 161º de la Ley Nº 27444, *Ley del Procedimiento Administrativo General* (en adelante, "LPAG") y a efectos de que la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI (en adelante, la "Sala") cuente con los mayores elementos de juicio para resolver la presente controversia, solicitamos que **TENGAN PRESENTES** los argumentos que exponemos a continuación:

ÍNDICE

I. Cuestión Previa: Suspensión del presente procedimiento.....[p. 3]

II. Sobre los hechos materia de denuncia.....[p. 10]

III. Las disposiciones de la LCS no son aplicables al presente caso.....[p. 12]

IV. El artículo 118° de la LCS no regula el supuesto de "preexistencias cruzadas" en relación al Sistema de Seguros y el Sistema de EPS.....[p. 20]

IV.1. Cuestión Previa: Marco regulatorio sobre las preexistencias en el Sistema de Seguros, el Sistema de EPS y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.....[p. 21]

IV.2. Sobre los alcances del artículo 118° de la LCS.....[p. 28]

IV.3. Aplicación al caso concreto.....[p. 36]

V. Análisis de la razonabilidad sobre la imposición de la multa, reembolso de costos y costas, y dictado de medida correctiva.....[p. 39]

VI. Conclusiones.....[p. 50]

I. CUESTIÓN PREVIA: SUSPENSIÓN DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO.

1. De acuerdo a lo establecido en el artículo 65° del Decreto Legislativo N° 807, *Ley sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI* (en adelante, el "DL807"), solicitamos que vuestra Sala disponga la **SUSPENSIÓN** del presente procedimiento administrativo.

2. Mediante Resolución 501 la Comisión declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS por presuntas infracciones a los artículos 18°, 19° y 41° (literal e) de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el "Código de Consumo") y, en tal sentido, se dispuso lo siguiente: (i) ordenar a PACIFICO SEGUROS que cumpla con emitir una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "PACÍFICO EPS"), (iii) sancionar a PACÍFICO SEGUROS con una multa de 31 UIT; y, (iv) condenar a PACÍFICO SEGUROS al reembolso de las costas y costos del procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia.

3. El día 4 de junio de 2014, PACÍFICO SEGUROS procedió a apelar la Resolución 501, la cual se encuentra actualmente en trámite ante vuestra Sala. No obstante ello, una vez emitida la Resolución 501, INDECOPI, sin sustento legal alguno, desde el 10 de junio de 2014, procedió a publicitar en su portal web y en distintas redes sociales que nuestra Empresa había sido sancionada porque *"...no cubrió enfermedades preexistentes que fueron cubiertas por el seguro anteriormente contratado"*.

4. Vemos pues que el INDECOPI procedió - en un claro Abuso de Autoridad - a publicitar abiertamente un supuesto resultado en sede administrativa, el

cual no es definitivo ni mucho menos tiene calidad de cosa decidida. En efecto, nótese que el pronunciamiento publicitado por el INDECOPI ni siquiera puede ser considerado como un resultado final en sede administrativa toda vez que el mismo podría ser impugnado en vía judicial. Así pues, el INDECOPI ha brindado información inexacta y arbitraria al público sobre el resultado en un procedimiento administrativo sancionador en contra de nuestra Empresa, el cual únicamente ha sido resuelto en primera instancia administrativa; pero, publicitado por dicha entidad con titulares que generan en el público general un pleno –pero falso- convencimiento de que nuestra Empresa ha sido sancionada definitivamente y que, por tanto, estamos ineludiblemente obligados a no ejecutar la conducta que el INDECOPI ha sancionado –reiteramos- en primera instancia.

5. Lo anterior evidencia claramente que se han quebrantado las garantías constitucionales que amparan a nuestra Empresa referidas a (i) el derecho constitucional al Debido Proceso; (ii) el derecho constitucional a la Imagen y Buena Reputación y, (iii) el derecho constitucional a la Presunción de Inocencia; y, en consecuencia, nos han dejado en un estado absoluto de indefensión constitucional, no existiendo garantía de imparcialidad en el procedimiento que se sigue actualmente ante vuestra Sala puesto que finalmente la presión mediática y funcional generada como consecuencia de la publicidad realizada por el INDECOPI como institución recae sobre los vocales de vuestra Sala.

6. Ante ello, considerando la errónea y arbitraria decisión del INDECOPI de publicitar los alcances de la Resolución 501, PACÍFICO SEGUROS interpuso una Demanda de Amparo ante el Décimo Primer Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e INDECOPI de la Corte Superior de Justicia de Lima **(Anexo 5-A)**, la misma que ya ha sido admitida a trámite mediante Resolución Nº 2 de fecha 25 de septiembre de 2014 **(Anexo 5-B)**, a fin que:

a. Se declare que: (i) el derecho constitucional al Debido Proceso; (ii) el derecho constitucional a la Imagen y Buena Reputación y, (iii) el derecho constitucional a la Presunción de Inocencia de PACÍFICO SEGUROS; han sido vulnerados en sede administrativa por el INDECOPI como consecuencia de la arbitraria publicidad realizada por dicha entidad sobre el resultado del procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS en primera instancia y antes que sea resuelto en forma definitiva en la vía administrativa.

b. Se restablezca a PACÍFICO SEGUROS el pleno ejercicio de: (i) su derecho constitucional al Debido Proceso; (ii) su derecho constitucional a la Imagen y Buena Reputación y, (iii) su derecho constitucional a la Presunción de Inocencia, declarando que se ha agotado la vía administrativa en el presente caso al no existir garantías de imparcialidad en el procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS ante el INDECOPI, pues se han quebrado las garantías constitucionales del procedimiento administrativo antes referidas, habiendo quedado PACÍFICO SEGUROS en un estado absoluto de indefensión constitucional, no existiendo garantía de imparcialidad en el procedimiento que se sigue actualmente ante la Sala.

c. Se ordene al INDECOPI a no volver a publicar en su portal institucional web procedimientos administrativos que aún no han sido resueltos de manera definitiva y firme en sede administrativa, a fin de no transgredir los derechos constitucionales a: (i) la imparcialidad de los vocales de la Sala; (ii) la igualdad procesal o *igualdad de armas*; (iii) la imagen y buena reputación; y (iv) al principio de presunción de inocencia.

d. Se ordene al INDECOPI a abstenerse de conocer cualquier procedimiento administrativo que verse sobre la misma materia discutida en el procedimiento administrativo seguido por el señor Segovia contra PACÍFICO SEGUROS, dándose de este modo por agotada la instancia en cualquier procedimiento administrativo que verse sobre dicha materia pues se ha transgredido:(i) la imparcialidad de los vocales que resolverán en segunda instancia; (ii) la igualdad procesal o igualdad de ambas de las partes; (iii) la imagen y buena reputación del administrado; y iv) el principio de presunción de inocencia del administrado.

e. Se ordene al INDECOPI publicar una nota rectificatoria, con las mismas características que la publicada con fecha 10 de junio de 2014, donde se precise lo siguiente: (i) no corresponde que el INDECOPI publique los resultados de los procedimientos administrativos en primera instancia que no estén firmes; (ii) se comprometa a no incurrir nuevamente en esta misma conducta ofreciendo las disculpas correspondientes a PACÍFICO SEGUROS por el daño causado a su imagen y reputación; (iii) la imparcialidad de los vocales que resolverán en segunda instancia; (iv) la igualdad procesal o igualdad de armas de las partes; (v) la imagen y buena reputación del administrado; y, (vi) el principio de presunción de inocencia del administrado.

7. Es en este contexto que nuestra solicitud respecto de la suspensión del presente procedimiento administrativo, resulta absolutamente pertinente y necesaria, ello con el propósito de no generar serios e irreparables perjuicios a las partes, de conformidad con la normativa procedimental aplicable al presente caso. Al respecto, el artículo 65° del DL807 establece claramente los supuestos en los cuales los órganos funcionales del

260

INDECOPI suspenderán la tramitación de los procedimientos administrativos que se encuentren conociendo, tal y como puede apreciarse seguidamente:

> *"Artículo 65°.- **Los órganos funcionales de Indecopi suspenderán la tramitación de los procedimientos que ante ellos se siguen** sólo en caso de que, con anterioridad al inicio del procedimiento administrativo, se haya iniciado un proceso judicial que verse sobre la misma materia, o **cuando surja una cuestión contenciosa que, a criterio del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual o de la Comisión u Oficina respectiva, precise de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramita ante Indecopi**".*
> (Subrayado y resaltado nuestro).

8. Así, queda claro que los órganos funcionales del INDECOPI están obligados a suspender la tramitación de los procedimientos administrativos que se encuentren sometidos a su conocimiento, siendo uno de los supuestos pertinentes cuando exista una cuestión contenciosa que a criterio del respectivo órgano funcional requiera de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramita ante éste y atendiendo a la existencia de posibles perjuicios graves, irreparables y desproporcionados que no puedan ser restablecidos posteriormente por revocación ante la autoridad administrativa o judicial.

9. En este sentido, la propia Sala ha reconocido en anteriores pronunciamientos que:

> *"**El artículo 4° de la Ley Orgánica del Poder Judicial establece que toda persona y autoridad está obligada a acatar y dar cumplimiento a las decisiones judiciales, no pudiendo avocarse al conocimiento de causas pendientes ante el órgano jurisdiccional,** ni dejar sin efecto resoluciones judiciales con autoridad de cosa juzgada, modificar su contenido o retardar su ejecución, bajo responsabilidad*

261

administrativa, civil y penal que la ley determine en cada caso".[1]
(Subrayado y resaltado nuestro)

10. Asimismo, cabe señalar que en diversos pronunciamientos vuestra Sala ha suspendido el procedimiento administrativo cuando resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en un proceso de amparo a fin que se pueda resolver los hechos materia de denuncia, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

N°	Resolución	Partes involucradas	Decisión de la Sala
1	1208-2014/SPC-INDECOPI	De Oficio Vs. Amalsi S.A.C.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.
2	1207-2014/SPC-INDECOPI	Alejandro José Rospigliosi Vega y Anabel Sofía Reaño Málaga Vs. Amalsi S.A.C.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.
3	1206-2014/SPC-INDECOPI	Luis Wilfredo Yauri Rojas Vs. Amalsi S.A.C.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.
4	1995-2014/SPC-INDECOPI	De Oficio Vs. Lan Perú S.A.	Se suspende el procedimiento administrativo seguido ante la Sala, en tanto que resulta necesario un pronunciamiento previo definitivo en el proceso de amparo a efectos de resolver el caso.

[1] Vid., a manera de ejemplo, la **Resolución N° 1208-2014/SPC- INDECOPI** de fecha 10 de abril de 2014 recaída en el Expediente N° 5-2011/CPC-SAN en el procedimiento iniciado De Oficio por la Comisión de Protección al Consumidor Lima Sur contra Amalsi S.A.C.

11. En el presente caso resulta de vital importancia y urgencia que vuestra Sala disponga la suspensión del presente procedimiento administrativo, tomando en cuenta que se encuentra actualmente dilucidándose en sede judicial la controversia existente entre PACÍFICO SEGUROS y el INDECOPI como consecuencia de la interposición de una Demanda de Amparo por parte de nuestra Empresa cuestionando la competencia de dicha entidad administrativa para resolver la cuestión en discusión al haberse puesto a PACÍFICO SEGUROS en un estado absoluto de indefensión constitucional y al no existir garantía de imparcialidad en segunda instancia para resolver los hechos materia de denuncia.

12. En ese orden de ideas, resulta evidente que la continuación del presente procedimiento administrativo iniciado por el señor Segovia genera un grave peligro para los intereses de PACÍFICO SEGUROS, considerando que, en el supuesto que vuestra Sala confirme la Resolución 501 en todos sus extremos, ello supondría la emisión de una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por PACÍFICO EPS y el pago de una multa de 31 UIT por presunta infracción a la normativa sobre protección al consumidor, no obstante que la competencia del INDECOPI para resolver la materia en discusión se encuentra precisamente siendo cuestionada en sede judicial.

13. <u>En conclusión, a partir de las consideraciones planteadas en el presente escrito, resulta imprescindible que vuestra Sala disponga la suspensión del presente procedimiento administrativo hasta que la controversia existente en el proceso constitucional de amparo entre PACÍFICO SEGUROS y el INDECOPI sea resuelta en sede judicial.</u>

14. Sin perjuicio de lo expuesto en los numerales precedentes y sin reconocer que el INDECOPI es competente para resolver la presente controversia, consideramos de suma importancia exponer a continuación nuestros

argumentos de defensa en relación a los hechos materia de discusión, pese a que nos encontramos en un estado absoluto de indefensión y que no existen garantías de imparcialidad para resolver el presente caso.

II. SOBRE LOS HECHOS MATERIA DE DENUNCIA.

15. En el presente caso, se debe tener en cuenta que el señor Segovia contrató un plan de salud con PACÍFICO EPS – persona jurídica distinta a nuestra Empresa, PACÍFICO SEGUROS - entre los meses de septiembre de 2011 y julio de 2013. Durante dicho período el Denunciante fue diagnosticado de rinitis alérgica y hemorroides, las cuales fueron cubiertas por el plan de salud contratado con PACÍFICO EPS.

16. En el mes de septiembre de 2012, durante el período de vigencia de la cobertura del plan de salud ofrecido por Pacífico EPS, el señor Segovia contrató con PACÍFICO SEGUROS una póliza de salud denominada comercialmente "Seguro de Continuidad". La referida póliza fue debidamente emitida bajo el número 7664910 (en adelante, "el Seguro de Continuidad"). Nótese que el Seguro de Continuidad fue emitido con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N° 29946, *Ley del Contrato de Seguro* (en adelante, la "LCS"). Además, en los documentos referidos al Seguro de Continuidad y que fueron entregados al señor Segovia se precisó que tanto la rinitis alérgica como las hemorroides que habían sido previamente diagnosticadas no se encontraban cubiertas por dicho seguro en tanto que las mismas calificaban como preexistencias.

17. Ahora bien, se debe tener en cuenta que el seguro de continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a un plan de salud ofrecido por una Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "EPS") o un seguro médico grupal. A través del seguro de continuidad, las enfermedades que pueden aparecer desde el momento de su

contratación, estarán también cubiertas en un futuro en caso el asegurado cambie de trabajo o EPS. Asimismo, este tipo de producto permite al asegurado ampliar el Beneficio Máximo Anual que brinda la EPS, lo cual implica que si el asegurado enfrentara un evento médico cuyo costo es superior a la cobertura de la EPS, el seguro de continuidad cubriría la diferencia.

18. Vemos pues que el seguro de continuidad es un respaldo adicional con el que cuentan los asegurados que lo contratan voluntariamente. Nótese que, en tanto el asegurado cuente con una EPS y no exceda el límite máximo de beneficio anual, el seguro de continuidad se mantiene "inactivo", por lo que la prima que se paga por dicho producto es menor en comparación con otros seguros. Una vez que el asegurado cambie de trabajo o se desafilia de su EPS, PACÍFICO SEGUROS emite un documento en el cual se consignan las condiciones que regulan la relación entre el asegurado y nuestra Empresa en atención al seguro de continuidad previamente contratado.

19. Pues bien, en el mes de julio de 2013, el señor Segovia se cambió de trabajo y, por lo tanto, se desafilió de su EPS, situación que fue informada a nuestra Empresa a efectos que se pudiera activar el Seguro de Continuidad y, por lo tanto, se emita un nuevo documento que contenga las condiciones que, complementando a las pactadas al momento de la contratación del Seguro de Continuidad (esto es, en el mes de septiembre de 2012), regirían la relación contractual con PACÍFICO SEGUROS. Por ello, se procedió a emitir una póliza, la cual por procedimientos internos de nuestra Empresa fue asignada con un nuevo número (esto es, la Póliza N° 9797782). Sin embargo, en dicha póliza se consignaron las condiciones contratadas previamente por el señor Segovia en relación con el Seguro de Continuidad y se precisó claramente la exclusión de no cobertura de los tratamientos excluidos en la póliza anterior (esto es, la rinitis alérgica y

las hemorroides), por calificar las mismas como preexistencias. La referida póliza fue emitida con vigencia del 31 de julio de 2013 al 31 de julio de 2014.

20. Vemos pues que la relación contractual que une al señor Segovia con PACIFICO SEGUROS es una sola y nació en el mes de septiembre de 2012, con anterioridad a la entrada en vigencia de la LCS. Además, vuestra Sala debe advertir que el Seguro de Continuidad contratado por el señor Segovia tenía por finalidad cubrir únicamente las enfermedades que se presentaran desde la fecha de su contratación, situación que fue informada y aceptada por el mismo Denunciante en su oportunidad. Atendiendo a ello, vuestra Sala deberá tener en consideración que en el presente caso los hechos materia de denuncia se regulan conforme a lo acordado entre las partes y, aun cuando la LCS fuese aplicable al presente caso, la referida norma legal no regula la figura sobre presuntas "*prexistencias cruzadas*" en relación con el Sistema de Seguros y el Sistema de EPS. Así pues, contrariamente a lo sostenido en la Resolución 501, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como prexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad, conforme a lo informado oportunamente al Denunciante. Más adelante, incidiremos en esta cuestión.

III. LAS DISPOSICIONES DE LA LCS NO SON APLICABLES AL PRESENTE CASO.

21. Hemos visto que el pronunciamiento de la Comisión en la Resolución 501 se sustenta principalmente en los alcances del artículo 118° de la LCS. En este sentido, a criterio de la Comisión y en atención a una interpretación forzada y arbitraria de la citada norma legal, PACÍFICO SEGUROS se encontraba presuntamente en la obligación de cubrir las enfermedades

prexistentes del señor Segovia, en tanto que las mismas habían sido cubiertas previamente a través de un plan de salud que el señor Segovia mantenía con PACÍFICO EPS.

22. Sin perjuicio de cuestionar más adelante la errónea interpretación que la Comisión ha dado al artículo 118° de la LCS, vuestra Sala debe advertir que la referida norma legal no resulta aplicable a los hechos materia de denuncia toda vez que la misma no se encontraba vigente al momento que nació la relación contractual entre el señor Segovia y PACIFICO SEGUROS; y, además, la relación contractual entre las partes se rige conforme a lo acordado previamente entre ellas de acuerdo a lo establecido en la misma LCS. Por ello, en el presente caso, no correspondía que PACÍFICO SEGUROS otorgara cobertura a las enfermedades del Denunciante en tanto que las mismas habían sido clasificadas como prexistencias y, por lo tanto, excluidas del Seguro de Continuidad.

23. **En primer lugar**, se debe tener en cuenta que la LCS fue publicada en el Diario Oficial El Peruano el día 27 de noviembre de 2012. En este sentido, la Novena Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la LCS[2] dispone que dicha norma legal entraría en vigencia a los ciento ochenta (180) días calendarios desde su publicación (esto es, el día 27 de mayo de 2013). Por su parte, la relación contractual entre PACÍFICO SEGUROS y el señor Segovia se inició con anterioridad a la fecha de publicación de la LCS en el Diario Oficial El Peruano puesto que el Seguro de Continuidad fue contratado en el mes de septiembre de 2012. Además, conforme podrá advertir vuestra Sala, la LCS entró en vigencia con posterioridad al inicio de la relación contractual entre el señor Segovia y PACIFICO SEGUROS.

---

[2] **LCS.** *"NOVENA. Esta Ley entrará en vigencia a partir de los ciento ochenta (180) días desde su publicación. Durante este plazo la Superintendencia también establecerá los plazos a que se refiere el artículo 68." (Subrayado nuestro)*

24. **<u>En segundo lugar</u>**, adicionalmente, se debe precisar que la Quinta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la LCS, referida a la aplicación en el tiempo de dicha norma legal, establece lo siguiente:

> *"QUINTA. A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; <u>siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente</u>".*
> (Subrayado nuestro).

25. Es decir, al amparo de lo dispuesto en la misma LCS, las disposiciones de dicha norma legal no son aplicables a aquellas relaciones jurídicas que ya se encontraban reguladas contractualmente a la fecha de su entrada en vigencia. En el presente caso, hemos visto que PACÍFICO SEGUROS y el señor Segovia iniciaron su relación jurídica en septiembre 2012, es decir, con anterioridad a la entrada en vigencia de la LCS el 27 de mayo de 2013, por lo que, contrariamente a lo señalado en la Resolución 501, las disposiciones legales de la LCS no son aplicables al presente caso.

26. Así pues, queda claro que la relación contractual entre el señor Segovia y PACÍFICO SEGUROS se regula conforme a lo acordado entre las partes. Para reforzar nuestra posición, cumplimos con acompañar al presente escrito el Informe Legal de fecha 17 de julio de 2014 expedido por Juan Carlos Morón Urbina y Teresa Tovar Mena, miembros del Estudio Echecopar asociado a Baker & McKenzie International, en el cual se explica claramente que las disposiciones de la LCS no son aplicables a los hechos materia de denuncia (en adelante, el "Informe Legal del Estudio Echecopar") **(Anexo 5-C)**.

27. **<u>En tercer lugar</u>**, conforme hemos advertido, **<u>en el presente caso la relación contractual entre el señor Segovia y PACÍFICO SEGUROS se regula conforme a lo acordado entre las partes</u>**.

28. Pues bien, en el mes de setiembre de 2012 el señor Segovia contrató el Seguro de Continuidad con PACÍFICO SEGUROS. Al respecto, en relación a los alcances del producto seguro de continuidad ofrecido por PACÍFICO, en el Informe Legal del Estudio Echecopar se explica que:

> *"...el Seguro de continuidad nace como una alternativa para las personas que cuentan con un seguro contratado con una EPS y quieren que, de sufrir alguna dolencia en el futuro, esta sea cubierta aun cuando se desafilien del contrato con la EPS (por ejemplo, por la terminación de la relación laboral) y pasen al sistema privado de seguros.*
>
> *En tanto, por su propia naturaleza, nos encontramos frente a un seguro que es contratado cuando el titular ya cuenta con la cobertura de una EPS - y, en consecuencia, no está interesado en contar con dos coberturas idénticas y pagar por ambas -, la principal característica del Seguro de continuidad es que este se mantiene "inactivo" en tanto la cobertura de la EPS se encuentre activa y sea suficiente para atender cualquier evento. Durante este periodo de inactividad, en el que el Seguro de continuidad solo funciona como un respaldo a la cobertura de la EPS, se aplicará un descuento (de hasta el 80%) sobre la prima que el titular deberá pagar, la cual se modificará cuando el seguro se active.*
>
> *El Seguro de continuidad se activará en los siguientes casos:*
>
> - ***Como adicional a la cobertura de la EPS:** Si el titular está trabajando y los gastos por el tratamiento de una enfermedad superan la cobertura máxima anual de su EPS, el Seguro de continuidad se activará como una capa adicional.*
> - ***Como seguro particular:** Si el titular se desvincula de su EPS y en su nuevo trabajo no cuenta con una EPS, el Seguro de continuidad se activa como un seguro particular."*[3]

29. En tal sentido, en el Informe Legal del Estudio Echecopar se precisa que el seguro de continuidad ofrecido por PACÍFICO SEGUROS cubre todas las

---

[3] Véase la página 6 del Informe Legal del Estudio Echecopar.

enfermedades o dolencias que se presenten desde la fecha de su contratación, sin perjuicio que las mismas haya sido diagnosticadas durante el período de inactividad o actividad. Por ello, aun cuando el titular del referido producto presente una dolencia que sea cubierta por la EPS (por estar el seguro inactivo), cuando el seguro de continuidad se activa el tratamiento de dicha dolencia sería cubierto por éste. Sin embargo, las enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la contratación del seguro de continuidad constituirán prexistencias y, en tal sentido, no serían cubiertas por el seguro de continuidad en su período activo.[4]

30. Pues bien, al momento de contratar el Seguro de Continuidad, se señaló expresamente en las Condiciones Especiales que formaban parte de la Póliza N° 7664910 lo siguiente:

> *"...**COBERTURA DE DIAGNÓSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN del deducible adicional anual por enfermedad y por persona de S/. 100,000.00**. La eliminación del deducible adicional anual por enfermedad y por persona de S/. 100,000.00 se efectivizará una vez que el asegurado comunique formalmente a la compañía su desafiliación a la EPS o seguro de grupo de la entidad empleadora.*
>
> *La eliminación del deducible adicional anual por enfermedad y por persona implicará a su vez la eliminación del descuento aplicado. **Pasándose a aplicar la prima regular del producto**"*
> (Subrayado y resaltado nuestro).

31. Asimismo, en la cláusula de exclusión de la Póliza N° 7664910 se indicaba expresamente que las hemorroides como la rinitis alérgica constituían prexistencias y, en consecuencia, no se encontraban cubiertas por el Seguro de Continuidad, conforme transcribimos a continuación:

---

[4] Ibíd.

*"**Queda entendido y convenido que de acuerdo a los antecedentes médicos al inicio del seguro, la presente póliza no cubre ningún tratamiento médico relacionado con las siguientes dolencias, complicaciones y consecuencias:***

Titular Segovia Trauco Oscar Ezequiel
Hemorroides
***Rinitis alérgica**, no especificada"*
(Subrayado y resaltado nuestro).

32. Vemos pues que, desde la fecha de contratación del Seguro de Continuidad, éste funcionaba como un seguro de "segunda capa" destinado a cubrir el exceso de las atenciones médicas que no fueran cubiertas por el plan de salud que el señor Segovia mantenía con PACÍFICO EPS y, sobre todo, para que las enfermedades tratadas a través del plan de salud de su EPS no sean consideradas como preexistentes en caso el Denunciante dejara de contar con la cobertura de salud del plan de la EPS y pasara a utilizar la cobertura del Seguro de Continuidad como un seguro particular. Nótese que éste último beneficio era solamente aplicable a aquellas enfermedades diagnosticadas desde la fecha de contratación del Seguro de Continuidad y no a aquellas enfermedades diagnosticadas con anterioridad. Por ello, contrariamente a lo señalado por el Denunciante en su denuncia, éste no podía tener la expectativa que el Seguro de Continuidad iba a seguir cubriendo sus tratamientos vinculados a la rinitis alérgica y hemorroides, conforme había sido cubierto por el plan de salud que mantuvo con PACÍFICO EPS, en tanto que PACÍFICO SEGUROS cumplió con informarle oportunamente que solamente se iban a cubrir aquellos diagnósticos originados desde la fecha de contratación del Seguro de Continuidad.

33. Ahora bien, el señor Segovia puso en conocimiento de PACÍFICO SEGUROS su desafiliación del plan de salud contratado con la EPS en el mes de julio de 2013, motivo por el cual nuestra Empresa procedió a

activar el Seguro de Continuidad previamente contratado, y, en consecuencia, procedió a emitir la Póliza N° 9797782 que complementaba las condiciones referidas al Seguro de Continuidad, estableciéndose así en un único documento los términos que serían de aplicación en el período activo, señalándose expresamente que:

> *"Por continuidad de seguro quedan eliminados los periodos de carencia y de espera, a excepción del periodo para trasplantes de órganos.*
>
> *El beneficio para trasplante de órganos tiene un periodo de espera de 24 meses contados a partir del 05/09/2012.*
>
> ***SE OTORGA COBERTURA DE DIAGNÓSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE CONTINUIDAD (05/09/2012) PÓLIZA DE SALUD TOTAL 7664910***".
> (Subrayado y resaltado nuestro).

34. Así pues, en virtud de lo acordado entre las partes no correspondía a PACÍFICO SEGUROS dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia, en tanto que desde el inicio de la contratación del Seguro de Continuidad se le informó claramente que el mismo no sería aplicable para aquellas enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la contratación de los beneficios ofrecidos por el Seguro de Continuidad.

35. **En cuarto y último lugar**, si bien en el expediente obran dos pólizas suscritas con PACÍFICO SEGUROS (Pólizas N° 7664910 y 9797782), lo cierto es que estamos ante **una misma relación jurídica, la cual nació en el mes de setiembre de 2012 y se encuentra actualmente vigente.**

36. En efecto, si bien PACIFICO SEGUROS procedió a la emisión de dos pólizas – una en setiembre de 2012 y la otra en julio de 2013 – para efectos de dar cumplimiento a sus procedimientos internos, ambas pólizas forman parte de una misma relación jurídica conformada por dos

momentos: periodo de inactividad y periodo de actividad. Es en el período de actividad que PACÍFICO SEGUROS emite un nuevo documento (al que denomina póliza y le otorga una nueva numeración) puesto que se agregaron prestaciones a la póliza inicialmente emitida al momento de la contratación del Seguro de Continuidad. No obstante, esto no implica en forma alguna que el periodo de actividad no forme parte de la relación jurídica establecida entre el señor Segovia y PACÍFICO SEGUROS en el marco del Seguro de Continuidad.

37. Al respecto, en el Informe Legal del Estudio Echecopar se precisa que:

> *"...es el caso que Pacífico Seguros procedió a la emisión de dos pólizas (una en setiembre de 2012 y otra en julio de 2013) para efectos de dar cumplimiento a sus procedimientos internos, lo cierto es que ambas pólizas forman parte de una misma relación jurídica, la cual nació en el mes de setiembre de 2012 y se mantiene vigente a la fecha de la presente.*
>
> *Ello no solo se evidencia luego de conocer cuál es la naturaleza del Seguro de continuidad, sino en tanto ello se establece expresamente en ambas pólizas emitidas por Pacífico Seguros. En efecto, conforme al texto citado de la póliza de setiembre de 2012, en dicha oportunidad se establecía que lo que el señor Segovia estaba contratando era un deducible adicional anual por enfermedad, el cual se iba a activar en tanto ello sea solicitado por el señor Segovia a efectos de cubrir los costos del tratamiento de cualquier dolencia que pudiera presentarse y que excediera la cobertura de la EPS. Asimismo, se indicaba que, una vez que el Seguro de continuidad se active, se eliminaría el descuento aplicado y se procedería al cobro de la prima regular del producto. Cabe anotar que, durante el periodo de inactividad, la prima que Pacífico Seguros cobraba al señor Segovia ascendía a S/.407.55, mientras que la prima que se cobró a este desde la activación de la cobertura ascendía a S/.2,229.00.*
>
> *Asimismo, conforme se aprecia del texto citado de la póliza emitida en julio de 2013, esta hace expresa referencia no solo a que se trata de una continuidad de seguro, relación jurídica que nació en el mes de setiembre de 2012, sino también al número de póliza que dio origen a dicha relación jurídica (Póliza No. 7664910).*

> *A mayor abundamiento, otro hecho que revela que se trata de una misma relación jurídica es que Pacífico Seguros indica en el texto citado de la póliza emitida en julio de 2013 que quedan eliminados los periodos de carencia y de espera, salvo el referido a trasplante de órganos, en tanto el plazo para ello (computado desde la fecha que nació la relación contractual, esto es, desde setiembre de 2012) aun no había transcurrido. Si se tratara de una nueva relación jurídica, correspondería que los periodos de carencia y de espera vuelvan a computarse desde su nacimiento, mas este no es el caso."*[5]

38. En conclusión, la relación jurídica que une al señor Segovia y a PACÍFICO SEGUROS es una sola y nació en el mes setiembre de 2012, esto es, antes de la entrada en vigencia de la LCS. En tal sentido, se debe tener en cuenta que las disposiciones contenidas en la LCS no son de aplicación al presente caso puesto que la misma no tiene fuerza ni efectos retroactivos, rigiéndose la presente relación jurídica por lo acordado entre las partes. Atendiendo a ello, conforme se desprende de los documentos que forman parte de la póliza referida al Seguro de Continuidad, no correspondía a PACÍFICO brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad.

IV. EL ARTÍCULO 118° DE LA LCS NO REGULA EL SUPUESTO DE "PREEXISTENCIAS CRUZADAS" EN RELACIÓN AL SISTEMA DE SEGUROS Y EL SISTEMA DE EPS.

39. Ahora bien, en el negado e hipotético caso que vuestra Sala considere que la LCS sí es aplicable en el presente caso - a pesar que claramente se ha determinado que la relación jurídica entre el señor Segovia y nuestra Empresa se regula conforme a lo acordado entre las partes - se debe tener en cuenta que el artículo 118° de la LCS no resulta aplicable en este caso, toda vez que la referida normal legal, contrariamente a lo sostenido

---

[5] Véase las páginas 8 y 9 del Informe Legal del Estudio Echecopar.

por la Comisión, no regula el supuesto de "prexistencias cruzadas" en relación con el Sistema de EPS y el Sistema de Seguros. Actualmente la regulación sobre la cobertura de enfermedades preexistentes se ajusta a lo establecido en las normas legales que regulan cada sistema y, en tal sentido, los afiliados no pueden migrar del Sistema de EPS al Sistema de Seguros y viceversa manteniendo la cobertura de sus preexistencias.

IV.1. Cuestión Previa: Marco Regulatorio sobre las preexistencias en el Sistema de Seguros, el Sistema de EPS y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

40. Debe tenerse en cuenta que en nuestro ordenamiento jurídico existen principalmente dos (2) sistemas de aseguramiento de salud: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS. Ambos sistemas están regulados y supervisados por entidades diferentes (Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS y la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, respectivamente). En tal sentido, el tratamiento de las preexistencias en cada uno de los sistemas está regulado por normas distintas e independientes. Adicionalmente, la Ley N° 29344, *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud* (en adelante, "LMAUS") creó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, "PEAS"), a fin de garantizar que las personas dispongan de un seguro de salud y, en este contexto, se decidió regular el supuesto de "preexistencias cruzadas" para dicho caso en particular. Nos explicamos.

41. **En primer lugar**, en el **Sistema de Seguros** la vinculación entre la compañía de seguros y el asegurado surge a partir del contrato de seguro. Al respecto, en el Informe Legal de fecha 24 de septiembre de 2014 expedido por Marco Rivera Noya, Fernando Allasi Uria y Gabriel Loli, miembros del Estudio Osterling (en adelante, el "Informe Legal del Estudio Osterling") **(Anexo 5-D)** se precisa lo siguiente:

> *"...las pólizas de salud son convenciones privadas en las que las partes, previa celebración de un contrato, acuerdan los límites de cobertura, la cuantía y las sumas aseguradas. Entonces, al ser contratos de seguro se rigen por las normas de la Ley del Contrato de Seguros, la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, las normas complementarias dictadas por dicho organismo y, en especial, por las condiciones particulares convenidas entre las partes y contenidas en la póliza."*[6]
> (Subrayado nuestro).

42. Atendiendo a ello, se debe tener en cuenta que en el Sistema de Seguros general se brinda continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud de cualquier compañía de seguros en la vigencia anterior, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 28770, *Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior* (en adelante, la "Ley 28770") y en la Resolución SBS N° 3203-2013, *Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud* (en adelante, la "Resolución SBS 3203-2013").

43. En efecto, el artículo 1° de la Ley 28770 señala lo siguiente:

> *"Artículo 1°.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica.- **En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia técnica 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 periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente**.*
>
> *El asegurado y/o beneficiario que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar,*

---

6 Véase la página 8 del Informe Legal del Estudio Osterling.

276

> *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."*
> (Subrayado y resaltado nuestro).

44. La referida norma legal claramente señala que la continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud es solamente aplicable para el cambio o migración de un seguro de salud a otro seguro de salud. Es decir, no es aplicable en los casos que se pretenda migrar de un **seguro** de salud ofrecido por una **Compañía de seguros** a un **plan** de salud ofrecido por una **EPS**. Así pues, queda claro que la referida norma legal solamente regula el tratamiento de las preexistencias en el marco de la contratación de seguros de salud con compañías de seguros. En tal sentido, la Ley 28770 no es de aplicación a la desafiliación de una compañía de seguros y posterior afiliación a una EPS ni viceversa.[7]

45. Por su parte, el artículo 3° de la Resolución SBS 3203-2013 señala lo siguiente:

> ***"Artículo 3°.-*** *El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley,* ***las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley N° 28770****. Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley N° 28770. Asimismo,* ***LA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA DE LAS PREEXISTENCIAS EN LOS SEGUROS DE SALUD NO SE RESTRINGE EN NINGÚN CASO A UNA SOLA EMPRESA DE SEGUROS SINO A CUALQUIERA QUE INTEGRE EL SISTEMA DE SEGUROS PERUANO****, según lo señalado en la citada Ley.*

---

7 Cfr. Página 4 del Informe Legal del Estudio Echecopar.

> *Asimismo, el término "no resuelto" a que hace referencia el citado artículo 118º, se aplica a enfermedades que requieren de continuidad en la atención médica, y que hayan estado cubiertas por un contrato de seguro en el periodo inmediato anterior.*
>
> ***Para acceder a la continuidad de cobertura de las preexistencias, en el marco de la Ley Nº 28770, bastará la firma del asegurado en la solicitud del seguro y la correspondiente aceptación por la empresa, para que esta solicite a la empresa anterior los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad**. Cabe agregar que la empresa podrá hacer uso de establecimientos de salud afiliados, correspondientes a su red asistencial, que resulten equivalentes a las ofrecidas por la empresa anterior"*
> (Subrayado y resaltado nuestro)

46. Ninguna de las normas legales antes citadas regula el supuesto de "prexistencias cruzadas"; ello en tanto que el asegurado a un seguro de salud solamente puede acceder a una continuidad de cobertura de las preexistencias **dentro** del Sistema de Seguros.

47. **En segundo lugar**, se debe tener en cuenta que el **Sistema de EPS** tiene por finalidad prestar servicios de salud con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante, "SUSALUD"). Nótese que las EPS pueden ser empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a ESSALUD, que prestan atención en dos capas: (i) Capa Simple, definida como aquellas intervenciones sencillas y frecuentes, y que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria o cirugía de día, las mismas que tienen mayor frecuencia y menor complejidad (hoy PEAS); y (ii) Capa Compleja, conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia, que son complicadas e infrecuentes, y que requieren de mayor medicación, equipos, hospitalización o largo tiempo de tratamiento para su curación. Además, las EPS pertenecen al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud. Es decir, las EPS prestan un servicio en materia de salud

que el Estado se ha obligado constitucionalmente a brindar a la población. Por ello, este tipo de servicio no guarda relación directa con el Sistema de Seguros que se ofrecen en el mercado. Más adelante, incidiremos en esta cuestión. [8]

48. Ahora bien, la continuidad en la cobertura de preexistencias en relación a los planes de salud se regula por la Ley N° 29561, *Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud* (en adelante, "Ley 29561"). Al respecto, en dicha norma legal se precisa lo siguiente:

> "***Artículo 1º.- Objeto de la Ley.-*** *La presente Ley tiene el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.*
>
> *Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes.*
>
> ***Artículo 3º.- Preexistencias de capa compleja del plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), continuidad y condiciones.-*** *En el plan de salud y en el contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares, ofertados por la Entidad Prestadora de Salud (EPS), que incluyan las enfermedades de capa compleja, debe incluirse una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en los supuestos señalados en el artículo 1º de la presente Ley.*"
> (Subrayado nuestro)

49. Por su parte, el Decreto Supremo N° 008-2012-SA, Reglamento de la Ley 29561, establece que:

---

[8] Cfr. Páginas 10 al 14 del Informe Legal del Estudio Osterling.

> "***Artículo 2°.- Definición de Continuidad de Cobertura de Preexistencias.-*** *Es el derecho del asegurado y sus derechohabientes a seguir recibiendo, en términos y condiciones equivalentes, las prestaciones de salud por contingencias diagnosticadas y no resueltas* ***durante la vigencia de un plan de salud contratado con anterioridad al cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud****.*
> (Subrayado y resaltado nuestro)
>
> ***Artículo 4°.- Cláusula de Garantía.-*** *Los contratos de los planes de salud que incluyan cobertura de capa compleja deberán incorporar la siguiente cláusula general:*
>
> *'La EPS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes,* ***por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS****, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud y su Reglamento'"*
> (Subrayado y resaltado nuestro)

50. Lo anterior evidencia claramente que los asegurados pueden mantener o continuar la cobertura de preexistencias si varían de plan de salud debido a un cambio en el centro de trabajo o debido a un cambio de EPS. Sin embargo, las referidas normas legales no contemplan el supuesto de "preexistencias cruzadas" puesto que las mismas no regulan los supuestos de cobertura de preexistencias cuando el asegurado migra del Sistema de EPS al Sistema de Seguros, o viceversa.

51. **En tercer y último lugar**, cabe precisar que la LMAUS tiene como finalidad cumplir con un objetivo social: que todas las personas residentes en el territorio nacional tenga derecho pleno y progresivo a la seguridad social. En este contexto, el LMAUS creó a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, las "IAFAS") a fin que administren los fondos destinados al financiamiento de

prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados y bajo el marco legal previsto para el aseguramiento universal.

52. Ahora bien, la LMAUS creó el PEAS, que consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS.[9] Por su parte, el artículo 14° de la LMAUS indica que las PEAS son ofertadas obligatoriamente por todas las IAFAS y que cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión.[10]

53. Nótese que, de acuerdo con el artículo 7° de la LMAUS, calificaban como IAFAS las EPS y las Compañías de Seguros Privados de Salud.[11] Por lo tanto, solamente entre dichas entidades y dentro de los diagnósticos que incluían las PEAS dentro de los planes de seguro de salud, las IAFAS estaban obligadas a dar cobertura a cualquier preexistencia. En efecto, sólo cuando el asegurado hubiera adquirido un PEAS de alguna IAFAS podía hacer valer el derecho a la continuidad de atenciones de los diagnósticos preexistentes al contratar otro PEAS con otra IAFAS.

54. Cabe advertir que, no obstante que las compañías de seguros fueron reconocidas como IAFAS, en el año 2009 las mencionadas entidades no existían registradas en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP -

---

9 **LMAUS.** *"Artículo 13°.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.- El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiario".*

10 **LMAUS.** *"Artículo 14°.- De la obligatoriedad.- El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente."*

11 La referida norma legal fue derogada por el numeral 1 de la Única Disposición Complementaria Derogatoria del Decreto Legislativo N° 1158, publicado recién el 06 diciembre 2013 en el Diario Oficial El Peruano.

SBS. Es más, recién el **06 de diciembre de 2013** – luego del inicio del presente procedimiento administrativo - mediante Decreto Legislativo N° 1158, *Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud* (en adelante, el "Decreto Legislativo 1158"), se precisó que las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud, contempladas en la Ley N° 26702, *Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros*, calificaban como IAFAS.

IV.2. Sobre los alcances del artículo 118° de la LCS.

55. El artículo 118° de la LCS establece expresamente lo siguiente:

> *"Artículo 118. Preexistencias.-* ***LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES ESTÁN CUBIERTAS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGUROS Y DE EPS, COMO MÍNIMO, HASTA LOS LÍMITES DEL CONTRATO ORIGINAL O ANTERIOR****.*
>
> *Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."*
> (Subrayado y resaltado nuestro)

56. Esta norma reconoce que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del Sistema de Seguros y del Sistema de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Vemos pues que el artículo 118° de la LCS, por un lado, reconoce la existencia de dos sistemas diferentes: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS; y, por otro lado, establece que la cobertura de las preexistencias (independientemente del sistema al que se haga referencia) es, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Así, queda claro que la citada norma legal no regula de manera general el tratamiento de preexistencias – puesto que actualmente existen otras normas legales vigentes que regulan esta

materia en relación a cada sistema – sino únicamente el monto de la cobertura que debería ser respetado en cada sistema.

57. Lo anterior viene a ser confirmado por la propia Resolución SBS 3203-2013, la misma que establece que las coberturas de las preexistencias en relación con el Sistema de Seguros se rige conforme a lo indicado en la Ley 28770 y es aplicable a todas las empresas que forma parte del referido sistema.[12] En efecto, conforme podrá advertir vuestra Sala, la Resolución SBS 3203-2013 precisa claramente que la cobertura de las preexistencias no se restringe al caso en el que se contrata con la misma compañía de seguros sino respecto de todas las compañías de seguros que integren el sistema. Por lo tanto, queda claro que el artículo 118° de la LCS no regula los alcances sobre la continuidad de cobertura a las preexistencias en relación al Sistema de Seguros y el Sistema de EPS, es decir, no contempla la figura de las presuntas "preexistencias cruzadas".

58. En esta misma línea, el Dr. Hernán Ramos Romero, Intendente de Regulación de la Superintendencia Nacional de ESSALUD precisó en la Conferencia sobre Avances y Retos de la Ley del Contrato de Seguros realizada en el Congreso de la República el día 20 de marzo de 2014 que en nuestro ordenamiento jurídico (i) la LCS tiene carácter supletorio cuando hay otras normas que rigen la materia, y (ii) la cobertura sobre preexistencias en relación al Sistema de Seguros se encuentra regulada por la Ley 28770, mientras que en relación al Sistema de EPS se rige por

---

12 **Resolución SBS N° 3203-2013**.- ***"Artículo 3°.-*** *El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley,* ***las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley N° 28770****. Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley N° 28770. Asimismo,* ***LA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA DE LAS PREEXISTENCIAS EN LOS SEGUROS DE SALUD NO SE RESTRINGE EN NINGÚN CASO A UNA SOLA EMPRESA DE SEGUROS SINO A CUALQUIERA QUE INTEGRE EL SISTEMA DE SEGUROS PERUANO****, según lo señalado en la citada Ley. (...)" (resaltado y subrayado nuestro)*

la Ley 29561. Para acreditar lo alegado, cumplimos con acompañar al presente escrito una copia del vídeo de la presentación del Dr. Hernán Ramos Romero **(Anexo 5-E)**, así como el Acta de Transcripción Parcial de la Conferencia sobre Avances y Retos de la Ley de Contratos de Seguros expedida por el Notario Público de Lima, Dr. José Urteaga Calderon de fecha 03 de julio de 2014 **(Anexo 5-F)**.

59. En efecto, textualmente el Dr. Hernán Ramos Romero ha precisado que:

> *"**La Ley de Contratos de Seguros es supletoria cuando hay otras leyes que rigen los seguros**. En este caso, los seguros de salud y las IAFAS, se encuentran sujetas a la Ley de Aseguramiento, y en el segundo espacio es que **en este momento existen vigentes, con respecto a preexistencias, cuatro normas que hablan de preexistencias, por un lado para las empresas de seguros, para las entidades prestadoras de salud, en el campo de seguros regulares de las EPS, tenemos la ley de preexistencias EPS, que habla sobre todo de capa compleja, Y para las preexistencias de empresas de seguros existe la Ley 28770,** y para el resto del sistema que regulan las preexistencias al interior de cada sistema, pero aquí comienza el trato a las preexistencias de forma cruzada, y entonces ahí tenemos tanto a la Ley de Contrato de Seguros, que lo que dice es que las preexistencias se regulan por la Ley de Aseguramiento, y la Ley de Aseguramiento en su desarrollo dice que no hay preexistencias ni para el PEAS en ninguna IAFAS ni para seguros complementarios, y que los seguros complementarios deben tener clausulas que cubren preexistencia entre el sistema (...)".*
> (Subrayado y resaltado nuestro)

60. Por su parte, en relación a los alcances del artículo 118° de la LCS, en el Informe Legal del Estudio Echecopar se precisa lo siguiente:

> *"...este artículo no regula de manera general el tratamiento de preexistencias (pues ya hay normas al interior de cada sistema que lo hacen), **sino únicamente el monto mínimo de la cobertura que deberá ser respetado en cada sistema**, por considerar que las normas ya existentes a la fecha no eran claras en dicho extremo.*
>
> *Así, en nuestra opinión, es claro que la referencia a 'dentro del sistema de seguros y de EPS' tendría como único propósito*

precisar que la limitación contenida en el artículo 118 (sobre el límite mínimo de la cobertura) es de aplicación a ambos sistemas, debiendo ser incorporada al marco legal que regula las preexistencias respecto de cada uno de ellos.

Por tanto, ***no es posible sostener que a través de este artículo se está regulando las preexistencias cruzadas, modificando así el marco legal vigente a la fecha. Dicha interpretación no es correcta por ser extensiva e inconsistente de la norma.***

Conforme anotamos a manera de antecedentes, antes de la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, existían dos (2) normas que regulaban las preexistencias, una respecto del sistema privado y otra respecto de las EPS (Ley No. 28770 y Ley No. 29561, respectivamente).

La claridad en relación a que dichas normas regulaban únicamente la cobertura de preexistencias al interior de cada sistema (esto es, de seguro de salud privado a seguros de salud privado y de EPS a EPS) es incuestionable. *Los propios títulos de las normas así lo refieren:*

'Ley No. 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior.'

'Ley No. 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud.'

Así, contando con este marco legal de antecedente, y de una lectura literal de la norma, en un contexto en el cual la regulación de preexistencias ha merecido un tratamiento independiente respecto de cada sistema, ***la conclusión es que el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro tendría por objeto únicamente incorporar a ambos marcos legales una disposición, para que esta se lea conjuntamente con las disposiciones contenidas en cada uno de ellos.***"
(Subrayado y resaltado nuestro)

61. En este mismo sentido, en el Informe Legal del Estudio Osterling se indica lo siguiente:

"De la lectura del artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro se evidencia que ***no es posible pasar de un sistema a otro manteniendo las preexistencias, prueba de ello es que la SBS se ha referido a la continuidad en la cobertura de las preexistencias exclusivamente respecto del Sistema Asegurador****, no solamente porque es el ente regulador y supervisor de las empresas que conforman dicho sistema, sino porque como es evidente,* ***la continuidad en la cobertura de preexistencias en las EPS está reglamentada por una norma distinta (Ley 29561 y su Reglamento), cuya supervisión le corresponde a la SUSALUD****.*

Como hemos visto a lo largo del presente informe, ambos sistemas (el de EPS y el de seguros) tienen una naturaleza distinta. Esto significa que resultaría a todas luces antitécnico pretender mantener las preexistencias al pasar de un sistema al otro, puesto que mientras uno se rige en función al riesgo, el otro se rige por normas de derechos de seguridad social.

Adicionalmente, resulta correcto sostener que no es posible que una persona migre de una EPS a un seguro de salud o de asistencia médica –o viceversa–, con el objeto de mantener la cobertura de su plan de salud anterior respecto de las enfermedades preexistentes, al amparo de lo establecido por el artículo 118 de la LCS. ***La continuidad en la cobertura de preexistencias a la que se refiere este artículo, debe ser aplicada en función al Sistema EPS al que pertenece el Plan de Salud del asegurado****.*

En otras palabras, si la Póliza de Seguro de un asegurado fuera contratada con una Compañía de Seguros, en virtud de la Ley 28770 podrá mantener bajo cobertura cualquier existencia médica que hubiera surgido durante la vigencia, si lo hace en la misma Compañía de Seguros (renovando su Póliza) o contratando de manera sucesiva con otra Compañía de Seguros que integra el Sistema de Seguros peruano (celebrando un nuevo Contrato de Seguros o Póliza).

Lo propio ocurrirá si el Plan de Salud de un afiliado fuera contratado a través de una EPS. En este caso, en virtud de la Ley 29561 y a lo dispuesto por artículo 118° de la LCS, tal afiliado podrá mantener bajo cobertura cualquier existencia médica que hubiera surgido durante la vigencia del Plan de Salud en la EPS, si dicha variación de Plan obedece a un cambio de centro laboral o a un cambio de EPS en el mismo centro de trabajo.

Sin embargo, ***bajo ningún concepto, podría mantener la cobertura de preexistencias migrando de un Sistema al otro****. Si aceptásemos esta posibilidad, de inmediato se generaría una duda respecto de qué normatividad resultaría*

aplicable a la continuidad de la cobertura, ya que ambos sistemas, atendiendo a su distinta naturaleza, cuentan con normas y entidades supervisoras diferentes."[13]
(Subrayado y resaltado nuestro)

62. Vemos pues que, contrariamente a lo sostenido por la Comisión en la Resolución 501, el artículo 118° de la LCS no contempla la figura de "preexistencias cruzadas" cuando un asegurado o afiliado migra de un sistema a otro. Lo anterior, pone en evidencia claramente que la Comisión, mediante una interpretación arbitraria y antitécnica, ha analizado incorrectamente los alcances del artículo 118° de la LCS; puesto que, como hemos visto, dicha norma legal no ha previsto que las preexistencias se aplican de manera cruzada, esto es, entre el Sistema de Seguros y el Sistema de EPS.

63. Ahora bien, vuestra Sala debe tener en cuenta que actualmente en el Congreso de la República se viene discutiendo los alcances del Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR (en adelante, el "Proyecto de Ley"), mediante el cual se propone modificar el artículo 118° de la LCS referido a las preexistencias y su cobertura dentro del Sistema de Seguros y el Sistema de EPS **(Anexo 5-G)**.

64. Al respecto, el Proyecto de Ley pretende que el artículo 118° de la LCS se modifique en los siguientes términos:

"Artículo 118°.- Preexistencias.- Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La obligación de otorgar cobertura de las preexistencias en los seguros de salud corresponde a cualquier empresa de seguros, aún cuando el cambio se realice de

[13] Véase las páginas 16 y 17 del Informe del Estudio Osterling.

una EPS a una compañía de seguros o viceversa.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."
(Subrayado y resaltado nuestro)

65. Sobre el particular, nótese que el Proyecto de Ley pretende que se modifiquen los alcances del artículo 118° de la LCS, de tal forma que una persona pueda trasladarse del Sistema de EPS al Sistema de Seguros o viceversa sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes cubiertas en dichos sistemas. Así pues, **recién** con dicho Proyecto de Ley se estaría admitiendo la figura de las "preexistencias cruzadas", esto es, la posibilidad de que exista continuidad de la cobertura de preexistencias entre los Sistemas de Seguros y el Sistema de EPS. Inclusive, nótese que el texto del Proyecto de Ley propuesto resulta ser contradictorio puesto que pretende regular la figura de preexistencias cruzadas sin modificar el marco legal vigente del Sistema de Seguros y el sistema de EPS. Vuestra Sala coincidirá con nosotros en que el referido Proyecto de Ley confirma claramente nuestra posición en el sentido que actualmente el artículo 118° de la LCS no dispone la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambie o migre del Sistema de Seguros al Sistema de EPS y viceversa.

66. Ahora bien, cabe precisar que mediante Informe N° 078-2014-EF/65.01, de fecha 06 de junio de 2014, expedido por la Dirección General de Mercados Financieros y Previsional Privado del Ministerio de Economía y Finanzas (en adelante, el "Informe MEF") **(Anexo 5-H)** se emitió opinión desfavorable contra el Proyecto de Ley, al considerar que el mismo atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente, el

cual es aplicable en forma integral a los diversos sistemas existentes en la actualidad.

67. En efecto, en el Informe MEF se precisa lo siguiente:

> *"...**esta Dirección considera que el argumento del Proyecto no es exacto, ya que de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 008-2010-SA aplicable al sistema de seguridad social (EPS y Seguro Social de Salud – ESSALUD), al sistema regulado por la Ley del Contrato de Seguro y al sistema público (Sistema Integrado de Salud – SIS, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales), y a los afiliados regulares a una EPS – como trabajadores dependientes – cuando se convierten en trabajadores independientes, pueden solicitar a esa misma EPS o cualquier otra del sistema que brinde un plan potestativo que les cubra sus preexistencias.***
>
> *Por tanto, un trabajador dependiente al convertirse en uno independiente puede contratar un plan potestativo o individual que le cubra su salud, incluidas sus preexistencias, tanto con una EPS como con otra del sistema. Del mismo modo, tal como se manifiesta en el Proyecto, las preexistencias dentro del sistema de seguros también se encuentran cubiertas.*
>
> ***Además de lo precisado anteriormente, los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por las disposiciones de la Ley N° 29344. Siendo así, dicha norma constituye una Ley especializada en la materia que regula todos los sistemas, la misma que creó el PEAS y los planes complementarios, como mecanismos para que las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pueden ser las encargadas de financiar las prestaciones de salud sin considerar a las enfermedades como preexistentes.***
>
> *Otro elemento a tomar en cuenta es que la Ley N° 29946 contempla en lo referente al sistema de seguros y sistema de EPS, aspectos que ya se encontraban en la Ley N° 29344 y la posibilidad de migrar entre diferentes IAFAS con las preexistencias reconocidas como mínimo en el monto del contrato anterior y cuyo alcance es significativamente más amplio.*
>
> *De ahí que, **el tratamiento de las preexistencias en lo que corresponde al traslado de IAFAS debería continuar regulándose en la Ley especializada, estos es, la Ley N° 29344.**"*
> (Subrayado y resaltado nuestro)

68. En conclusión, a la fecha existen principalmente dos (2) sistemas de aseguramiento de salud: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS. En ambos sistemas, el tratamiento de las preexistencias está regulado por normas distintas e independientes y, en las mismas, no se prevé la figura de "preexistencias cruzadas", cuando un asegurado o afiliado migre de un sistema al otro. En este contexto, se debe tener en cuenta que el artículo 118° de la LCS no regula de manera general el tratamiento de preexistencias sino únicamente, a manera supletoria, el monto de la cobertura que debería ser respetado en cada sistema. Por otro lado, en el LMAUS, se ha previsto a manera excepcional la figura de preexistencias cruzadas en relación con los PEAS, los cuales son administrados por las IAFAS (entre ellas, las EPS y las compañías de seguros). La existencia del Proyecto de Ley confirma que **recién** con esta iniciativa legislativa se estaría admitiendo la figura de las "preexistencias cruzadas", esto es, la posibilidad de que exista continuidad de la cobertura de preexistencias entre los Sistemas de Seguros y el Sistema de EPS, pero ello aún no ha sido aprobado como ley. Cabe indicar que el Informe MEF ha opinado contra el Proyecto de Ley por considerar que atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente, el cual es aplicable en forma integral a los diversos sistemas existentes en la actualidad.

IV.3. Aplicación al Caso Concreto.

69. En el presente caso, hemos visto que el señor Segovia mantenía un plan de salud con PACÍFICO EPS y durante la vigencia de la cobertura de dicho plan de salud se le diagnosticó con rinitis alérgica y hemorroides. Asimismo, durante la vigencia del plan de salud que mantenía con PACÍFICO EPS, el señor Segovia contrató el Seguro de Continuidad con

PACÍFICO SEGUROS. El Seguro de Continuidad, conforme fue informado oportunamente al Denunciante, tenía por finalidad cubrir el exceso de las atenciones médicas que fueran cubiertas por el plan de salud que mantenía con PACÍFICO EPS, y sobre todo, para que las enfermedades tratadas a través del plan de salud de su EPS no sean consideradas como preexistentes en caso el señor Segovia dejara de contar con la cobertura de salud del plan de la EPS y pasara a utilizar la cobertura del Seguro de Continuidad como un seguro particular. Es en este contexto que PACÍFICO SEGUROS cumplió con informarle al señor Segovia que tanto la rinitis alérgica como las hemorroides, las cuales habían sido previamente diagnosticados a la contratación de dicho seguro, no se encontraban cubiertas por el Seguro de Continuidad en tanto que las mismas calificaban como enfermedades preexistentes.

70. Pues bien, conforme hemos advertido a lo largo del presente escrito, la relación entre PACÍFICO SEGUROS y el señor Segovia se rige conforme a lo acordado entre las partes en el contrato de seguro. En tal sentido, conforme se desprende de los documentos que forman parte de la póliza referida al Seguro de Continuidad, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, estaban excluidas del Seguro de Continuidad.

71. El artículo 118° de la LCS solo precisa que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del Sistema de Seguros y el Sistema de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior y, en tal sentido, la continuidad de la cobertura de las preexistencias se regula conforme a la normatividad vigente prevista para cada sistema. Es por ello que se debe tener en cuenta que ni en el Sistema de Seguros ni en el Sistema EPS se regula la figura de preexistencias cruzadas; por el

contrario, en ambos sistemas solamente está regulada la posibilidad de que sus asegurados o afiliados mantengan la cobertura de preexistencias dentro de cada sistema ante un cambio en su póliza de seguro o en su plan de salud.

72. En tal sentido, cuando el señor Segovia contrató el Seguro de Continuidad con PACÍFICO SEGUROS, se precisó que las enfermedades de rinitis alérgica y hemorroides calificaban como preexistencias. Por ello, al activarse el Seguro de Continuidad – lo que implicó que el señor Segovia se cambiara del sistema de EPS al Sistema de Seguros – PACÍFICO SEGUROS no se encontraba en la obligación de seguir prestando cobertura a dichas enfermedades conforme a lo acordado en la póliza.

73. Ahora bien, hemos visto que dentro del LMAUS, a manera excepcional, se ha previsto legalmente la cobertura de preexistencias cruzadas en relación con el PEAS. Sin embargo, el PEAS es un producto distinto e independiente de los seguros ofrecidos en el mercado y, en tal sentido, es distinto al que fue adquirido por el señor Segovia. En este contexto, debe tenerse en cuenta que, a fin de acceder al beneficio de cobertura de las preexistencias dentro del LMAUS, la persona tiene que haber contratado un PEAS y solicitar un cambio de IAFA.

74. En el presente caso, conforme podrá advertir vuestra Sala, el señor Segovia contrató con nuestra Empresa un seguro distinto y diferenciado del PEAS, por lo que no podría acceder al beneficio de continuidad previsto en el LMAUS. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que recién el 6 de diciembre de 2013 mediante el Decreto Legislativo 1158 se precisó que las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud calificaban como IAFAS. Es decir, recién a partir del 6 de diciembre de 2013 – fecha posterior a la interposición de la denuncia del señor Segovia – es que PACÍFICO SEGUROS califica como IAFA y, en tal sentido, estaba en condición de ofertar PEAS en el mercado. Atendiendo a

ello, queda claro que aun cuando el señor Segovia hubiera contratado un PEAS nuestra Empresa no hubiera podido brindar el beneficio de continuidad en la cobertura de sus enfermedades preexistentes en tanto que no se encontraba registrada como IAFA.

75. En conclusión, en el presente caso, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como prexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad, conforme a lo informado oportunamente al Denunciante. Además, contrariamente a lo indicado en la Resolución 501, el texto del artículo 118° de la LCS no obliga a PACÍFICO SEGUROS a otorgar cobertura respecto de las enfermedades preexistentes del señor Segovia, por cuanto no regula las preexistencias cruzadas.

V. ANÁLISIS DE LA RAZONABILIDAD SOBRE LA IMPOSICIÓN DE LA MULTA, REEMBOLSO DE COSTOS Y COSTAS, Y DICTADO DE MEDIDA CORRECTIVA.

76. **En primer lugar,** cabe indicar que, a partir de la revisión de la Resolución 501, vuestra Sala podrá apreciar que la Comisión ha sancionado a nuestra Empresa con una multa pecuniaria ascendente a 31 UIT; sin embargo, dicha autoridad administrativa no ha cumplido con exponer de manera suficiente las razones que justifican su decisión, lo cual claramente constituye una afectación a la garantía de la Debida Motivación, que se encuentra subsumida y es un componente esencial del Principio del Debido Procedimiento, el cual, a su vez, está consagrado como un Principio del Procedimiento Administrativo, de conformidad con el numeral 1.2 del Artículo IV del Título Preliminar de la LPAG[14]. A continuación,

---

[14] **LPAG.** *"Artículo IV.- Principios del procedimiento administrativo*
(...)

revisaremos brevemente la referida garantía, lo cual permitirá acreditar su inobservancia en el presente caso.

77. A nivel legal, el Principio de Debida Motivación está expresamente contemplado en el numeral 4) del Artículo 3° de la LPAG y en el Artículo 6° del referido cuerpo legal, como requisito de validez de los actos administrativos, en los términos siguientes:

> *"Artículo 3°.- Requisitos de validez de los actos administrativos.- Son requisitos de validez de los actos administrativos:*
>
> *(...)*
>
> ***4. Motivación.-** El acto administrativo debe estar debidamente motivado en proporción al contenido y conforme al ordenamiento jurídico".*
>
> *"Artículo 6°.- Motivación del acto administrativo.*
>
> *6.1 La motivación deberá ser expresa, **mediante una relación concreta y directa de los hechos probados relevantes del caso específico, y la exposición de las razones jurídicas y normativas que con referencia directa a los anteriores justifican el acto adoptado.***
>
> *(...)*
>
> *6.3 **No son admisibles como motivación, la exposición de fórmulas generales o vacías de fundamentación para el caso concreto o aquellas fórmulas que por su oscuridad, vaguedad, contradicción o insuficiencia no resulten específicamente esclarecedoras para la motivación del acto.**"*
> (Subrayado y resaltado nuestro).

78. A nivel jurisprudencial, el Tribunal Constitucional ha establecido el siguiente criterio:

1.2. Principio del debido procedimiento.- Los administrados gozan de todos los derechos y garantías inherentes al debido procedimiento administrativo, que comprende el derecho a exponer sus argumentos, a ofrecer y producir pruebas y a obtener una decisión motivada y fundada en derecho". (...).

"...la motivación supone la exteriorización obligatoria de las razones que sirven de sustento a una resolución de la Administración, siendo un mecanismo que permite apreciar su grado de legitimidad y limitar la arbitrariedad de su actuación. Evidentemente, tal exigencia varía de intensidad según la clase de resolución, siendo claro que ella deberá ser más rigurosa cuando se trate, por ejemplo, de decisiones sancionadoras, como ocurre en el caso sub examine.

De otro lado, ***tal motivación puede generarse previamente a la decisión – mediante los informes o dictámenes correspondientes*** *– o concurrentemente con la resolución, esto es, puede elaborarse simultáneamente con la decisión. En cualquier caso, siempre deberá quedar consignada en la resolución...*

Es por ello que este Tribunal reitera que un acto administrativo dictado al amparo de una potestad discrecional legalmente establecida resulta arbitrario cuando sólo expresa la apreciación individual de quien ejerce la competencia administrativa, o CUANDO EL ÓRGANO ADMINISTRATIVO, AL ADOPTAR LA DECISIÓN, NO EXPRESA LAS RAZONES QUE LO HAN CONDUCIDO A ADOPTAR TAL DECISIÓN; DE MODO QUE, COMO YA SE HA DICHO, MOTIVAR UNA DECISIÓN NO SÓLO SIGNIFICA EXPRESAR ÚNICAMENTE AL AMPARO DE QUÉ NORMA LEGAL SE EXPIDE EL ACTO ADMINISTRATIVO, SINO, FUNDAMENTALMENTE, EXPONER EN FORMA SUCINTA – PERO SUFICIENTE – LAS RAZONES DE HECHO Y EL SUSTENTO JURÍDICO QUE JUSTIFICAN LA DECISIÓN TOMADA".[15]
(Subrayado y resaltado nuestro).

79. A nivel doctrinario, respecto al Principio de Debida Motivación, **Rubio** ha indicado lo siguiente:

"El Tribunal [Constitucional] *ha tratado diversos aspectos de detalle vinculados con el derecho y el principio de defensa. Los que estimamos más importantes son los siguientes: (...)*

---

[15] Sentencia emitida por el Tribunal Constitucional con fecha 17 de febrero de 2005, en los seguidos de Acción de Amparo por doña Blethyn Oliver Pinto vs. Comandante General del Ejército (Exp. N° 4289-2004-AA/TC).

> ***La motivación de las resoluciones es esencial para el principio de defensa. Cuando ella no aparece, se produce indefensión en las resoluciones respectivas***".[16]
> (Subrayado y resaltado nuestro).

80. Así, el cumplimiento del Principio de Debida Motivación permite que el administrado tenga el derecho de conocer anticipadamente, y mediante una clara y motivada descripción, los hechos analizados por la Administración Pública y la fundamentación jurídica llevada a cabo para dicho análisis. De no garantizarse dicha situación, se corre el riesgo de que el pronunciamiento de la autoridad competente revista características de arbitrariedad.

81. En tal sentido, de la revisión integral de la Resolución 501, puede advertirse que la Comisión decidió simplemente realizar un análisis mínimo e incorrecto de los hechos y los medios probatorios que obran en el expediente. Así pues, en base a un análisis arbitrario, anti técnico e inconsistente con la norma, la Comisión concluyó que nuestra Empresa había infringido el Deber de Idoneidad al no prestar cobertura a las enfermedades preexistentes del señor Segura de acuerdo a lo señalado en el Artículo 118° de la LCS. Sin embargo, conforme hemos visto a lo largo del presente procedimiento, la Comisión no tuvo en consideración que el Artículo 118° de la LCS no regula la figura de preexistencias cruzadas cuando se migra del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa; y que, por el contrario, la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes se regula conforme al marco legal aplicable a cada sistema del aseguramiento de salud.

82. Ahora bien, a partir del análisis explicado de manera precedente queda claro que el Principio de Debida Motivación implica el cumplimiento de uno

---

[16] **RUBIO, Marcial.** *"La Interpretación de la Constitución según el Tribunal Constitucional"*. Lima: Fondo Editorial PUCP, 2005. pp. 137-141.

de los requisitos de validez elementales del acto administrativo y, en consecuencia, su inobservancia acarreará indefectiblemente su Nulidad, de conformidad con lo establecido por el Artículo 10° de la LPAG, el mismo que establece expresamente lo siguiente:

> ***"Artículo 10°.- Causales de nulidad.***
>
> ***Son vicios del acto administrativo, que causan su nulidad de pleno derecho, los siguientes:***
>
> *(...)*
>
> *2. **El defecto o la omisión de alguno de sus requisitos de validez**, salvo que se presente alguno de los supuestos de conservación del acto a que se refiere el Artículo 14.(...)".*
> (Subrayado y resaltado nuestro).

83. En ese orden de ideas, resulta evidente que en el presente caso, la sanción ascendente a 31 UIT (S/. 117,800.00 – Ciento Diecisiete Mil Ochocientos Nuevos Soles) que impuso la Comisión carece de una motivación suficiente, adecuada e idónea, toda vez que no se ha explicado de manera detallada las razones que justifican la imposición de dicha multa exorbitante. En tal sentido, vuestra Sala deberá considerar esta situación como una prueba más de que la Comisión no ha cumplido con realizar un adecuado análisis de la presente controversia y ha impuesto una multa que carece de fundamento y motivación, por lo que es necesario que se declare la nulidad de la Resolución 501 en relación a este extremo, en estricta aplicación del artículo 10° de la LPAG, precepto normativo aplicable al presente procedimiento.

84. **En segundo lugar,** sin perjuicio de lo señalado precedentemente, consideramos que la multa interpuesta por Comisión resulta inconsistente, en la medida que PACÍFICO no se encontraba en la obligación de otorgar cobertura a las preexistencias del señor Segovia puesto que (i) las mismas fueron excluidas expresamente del Seguro de Continuidad conforme a lo

informado previamente al señor Segovia y (ii) el texto del artículo 118° de la LCS no regula la figura de *preexistencias cruzadas*.

85. En tal sentido, la referida multa ascendente a 31 UIT ha sido establecida errónea e irrazonablemente en tanto que la Comisión realizó el cálculo de la misma, a partir de un supuesto daño inexistente. Sin embargo, resulta oportuno manifestar que la Comisión no ha tomado en consideración que nuestra Empresa cumplió con informar oportunamente al señor Segovia que al momento de activarse el Seguro de Continuidad sus enfermedades previamente diagnosticadas (esto es, rinitis alérgica y hemorroides) no serían cubiertas en tanto que las mismas calificaban como preexistencias. Cabe indicar que, distinto hubiese sido el caso si nuestra Empresa no hubiera informado al señor Segovia que dichas enfermedades serían consideradas como preexistencias al momento que contrató el Seguro de Continuidad, ya que en dicho supuesto sí hubiera sido más razonable la existencia del supuesto daño planteado en la Resolución 501.

86. Pues bien, en esa línea argumentativa resulta oportuno señalar que la multa impuesta a nuestra Empresa se encuentra alejada de toda aplicación del Principio de Razonabilidad contenido en el numeral 1.4) del Artículo IV° del Título Preliminar de la LPAG y en el Artículo 230° del referido cuerpo legal, que establecen expresamente lo siguiente:

> *"Artículo IV°.- Principios del procedimiento administrativo.*
>
> *1. El procedimiento administrativo se sustenta fundamentalmente en los siguientes principios, sin perjuicio de la vigencia de otros principios generales del Derecho Administrativo:*
>
> *(...)*
>
> *1.4. Principio de razonabilidad.- Las decisiones de la autoridad administrativa,* ***cuando creen obligaciones, califiquen infracciones, impongan sanciones, o establezcan restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y MANTENIENDO LA***

> ***DEBIDA PROPORCIÓN entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin de que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido.*** *(...)".*
> (Subrayado y resaltado nuestro).

> *"Artículo 230°.- Principios de la potestad sancionadora administrativa.- La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:*
>
> *(...)*
>
> *3.* ***Razonabilidad****.- Las autoridades deben prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. Sin embargo, las sanciones a ser aplicadas deberán ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, debiendo observar los siguientes criterios que en orden de prelación se señalan a efectos de su graduación:*
>
> *a) la gravedad del daño al interés público y/o bien jurídico protegido;*
> *b) El perjuicio económico causado;*
> *c) La repetición y/o continuidad en la comisión de la infracción;*
> *d) Las circunstancias de la comisión de la infracción;*
> *e) El beneficio ilegalmente obtenido; y*
> *f) La existencia o no de intencionalidad en la conducta del infractor".*
> (Subrayado y resaltado nuestro)

87. Sobre el particular, conviene citar a **Morón**, quien se refiere al citado principio de la siguiente manera:

> *"El principio de razonabilidad ha sido concebido por la Comisión, como una regla particularizada para las decisiones de gravamen sobre los administrados, ya que se entiende que estas medidas convergen en afectaciones admitidas sobre los derechos y bienes de los administrados.*
>
> *En tal sentido, teniendo como ámbito protector a la persona humana y arbitrando razonablemente con el interés público, la Ley mediante este principio da una pauta fundamental a la autoridad que tiene la competencia para producir actos de*

gravamen contra los administrados: producirla de manera legítima, justa y proporcional".[17]

88. Por su parte, **Cassagne**, opina lo siguiente:

> *"De otra parte, la sanción penal administrativa ha de respetar el principio de proporcionalidad entre la pena prevista en la norma y la conducta del agente, sobre la base de la regla de razonabilidad cuya valoración debe responder a la realización del bien jurídico tutelado y su significado social, que configura la finalidad perseguida por la ley. Este vicio, en el procedimiento administrativo de carácter sancionatorio, traduce una nulidad absoluta y, al afectar la proporcionalidad inherente al objeto del acto que impone la sanción, vulnera la garantía innominada de razonabilidad (...)".*[18]

89. Pues bien, en virtud de todas las consideraciones planteadas en los párrafos precedentes, vuestra Sala no puede admitir la imposición de una multa cuyo monto resulta desproporcional, si toma en consideración que PACÍFICO SEGUROS cumplió con informar al señor Segovia que sus enfermedades calificaban como preexistencias y, por lo tanto, se encontraban excluidas del Seguro de Continuidad, tal como y como se desprende de las pólizas que obran en autos. En tal sentido, solicitamos que dicha sanción pecuniaria sea reducida, en virtud de los hechos que versan en el presente caso y que demuestran la correcta actuación de nuestra Empresa.

90. **En tercer y último lugar**, vuestra Sala debe advertir que la medida correctiva impuesta por la Comisión en la Resolución 501 resulta inconsistente con el ordenamiento jurídico vigente. En este sentido, cabe precisar que la Comisión ha ordenado a PACÍFICO SEGUROS que cumpla con emitir una póliza a favor del señor Segovia manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por Pacífico EPS. Es decir, la Comisión pretende que nuestra Empresa – una

---

[17] **MORÓN, Juan Carlos.** *Op.Cit.*, p. 70.

[18] **CASSAGNE, Juan Carlos.** *Op. Cit.*, p. 576.

compañía de seguros – emita un plan de salud que fue emitido previamente por una EPS, la cual forma parte de un sistema que difiere sustancialmente del sistema de seguros privados en muchos aspectos.

91. Sobre el particular, vuestra Sala debe tener en cuenta que el sistema de seguros y el sistema de EPS tiene una naturaleza marcadamente diferente en tanto que las EPS forman parte del seguro social de salud, el cual califica como un servicio público, por lo que no guarda relación con el sistema de seguros privados en salud. Al respecto, en el Informe Legal del Estudio Osterling se explica que:

> *"Las EPS integran el sistema del Seguro Social de Salud, conjuntamente con EsSalud y, consecuentemente, prestan un servicio público, vale decir, prestan un servicio en materia de salud que el Estado se ha obligado constitucionalmente a brindar a la población.* ***Este servicio no tiene relación directa con los seguros privados de salud que se ofrecen en el mercado, como consecuencia de la libre iniciativa de las empresas de seguros.***
>
> *En esta línea, el portal de SUSALUD establece que "[...] EsSalud presta servicios al 37 % de la población trabajadora asegurada en esa entidad. La presencia de las EPS favorece la descongestión de los hospitales, policlínicos y otras instalaciones en las que se brinda los servicios de EsSalud y le permite concentrarse mejor en la atención descentralizada en todo el país y en las intervenciones médicas de alta complejidad".*
>
> *La combinación de prestación de servicios de EsSalud y EPS permite el mejor aprovechamiento de la infraestructura existente en la seguridad social peruana, para beneficio de los que la prestan y los que la reciben, siguiendo la tendencia mundial de los sistemas previsionales de los países con mayor experiencia en seguridad social.*
>
> *En suma, la obligación que el Estado tiene con respecto a la salud de la población forma parte de las prestaciones y servicios mínimos que constitucionalmente debe proveer el Estado como parte de su función. Por esa razón, se consideran servicios públicos.* ***Las EPS forman parte de este sistema, y consiguientemente, ellas fueron creadas para prestar servicios públicos de salud. El servicio público, por su propia naturaleza, es altamente regulado, ya que no se rige***

por principios propios de los seguros, puesto que tienen altos componentes asistenciales, subsidios, de seguridad social y no son alcanzados por los límites típicos de un seguro particular, que otorga cobertura de riesgos en función de la prima pagada, y siempre está sujeta a límites basados en sumas aseguradas.

Ahora bien, si bien existen ciertas similitudes en ambos sistemas, resulta evidente que existen también grandes diferencias, a saber:

- *Proporcionalidad entre riesgo y prima:* ***los seguros privados son generalmente diseñados para que exista una proporcionalidad entre el riesgo asumido y la prima, tomando en cuenta la masa crítica y los estudios actuariales, mientras que los programas de seguridad social en general ponen un mayor énfasis en la pertinencia social de los beneficios para todos los participantes, sin que exista una proporción entre el riesgo asumido y la contraprestación pagada.***
- *Participación voluntaria versus obligatoria: La participación en programas de seguros privados es a menudo voluntaria. La participación en programas de seguro social es generalmente obligatoria, y cuando excepcionalmente la participación es voluntaria, el costo es en gran medida lo suficientemente subvencionado para asegurar la participación masiva.*
- *Derechos contractuales versus legales:* ***El derecho a las prestaciones en un seguro privado es contractual, sobre la base de un contrato de seguro. La compañía de seguros no tiene el derecho unilateral de modificar o terminar la cobertura antes del final de la vigencia del contrato. Los programas de seguros sociales por otro lado no son generalmente basados en un contrato, sino en una ley, y el derecho a las prestaciones es legal y no contractual.*** *Las disposiciones del programa se pueden cambiar si la ley se modifica.*
- *Financiación: La mayoría de sistemas de seguridad social se financian de manera continua sin hacer referencia a las obligaciones futuras. Esto es visto como una cuestión de solidaridad entre las generaciones y entre los enfermos y los sanos como parte del contrato social.* ***En esencia, esto significa que la actual generación de trabajadores saludables pagan para cubrir el cuidado de la salud y los costos de vida de los que están actualmente incapacitados temporalmente por enfermedad o que han dejado de trabajar por vejez o invalidez. Los sistemas privados se financian con las primas y con el producto de las inversiones que las compañías de seguros realizan con dichas primas****"*

(Subrayado y resaltado nuestro).[19]

92. Lo anterior, pone en evidencia claramente que nuestra Empresa no está en condiciones de cumplir con la medida correctiva impuesta por la Comisión toda vez que, como hemos visto, PACÍFICO SEGUROS no califica como EPS y, por lo tanto, no emite planes de salud. En este sentido, vuestra Sala debe tener en cuenta que nuestra Empresa al ser una compañía de seguros emite seguros de salud que guardan proporcionalidad entre el riesgo asumido y la prima en atención a las condiciones contratadas. En tal sentido, la medida correctiva ordenada por la Comisión, claramente está obligando a nuestra Empresa a prestar un servicio público respecto del cual no nos encontramos obligados y, además, a asumir, dentro de un sistema de seguro privado, un riesgo que no guarda proporción con la prima establecida en el plan de salud que el señor Segovia mantenía con PACÍFICO EPS. Por lo tanto, la medida correctiva impuesta por la Comisión a PACÍFICO SEGUROS implica una contravención a las normas legales vigentes y, además, una flagrante violación a nuestro derecho a la libre iniciativa de las empresas. Atendiendo a ello, solicitamos a vuestra Sala se sirva dejar sin efecto la medida correctiva impuesta por la Comisión mediante Resolución 501.

93. Así pues, sin perjuicio de que la Sala debe revocar la Resolución 501 en todos sus extremos –incluyendo aquellos en virtud de los cuales se impuso una multa a PACÍFICO SEGUROS, ordenó el cumplimiento de una medida correctiva y pago de costas y costos–, en el supuesto y negado caso de que se confirme dicho acto administrativo, entonces, específicamente en relación con la multa de 31 UIT, ésta deberá ser rebajada sustancialmente por la Sala, debido a que ha quedado demostrado que dicha multa resulta desproporcionada y viola el Principio de Razonabilidad consagrado en la LPAG.

---

[19] Véase las páginas 13 y 14 del Informe del Osterling.

VI. CONCLUSIONES.

94. A partir de las consideraciones planteadas en el presente escrito, resulta imprescindible que vuestra Sala disponga la suspensión del presente procedimiento administrativo hasta que la controversia existente en el proceso constitucional de amparo entre PACÍFICO SEGUROS y el INDECOPI sea resuelta en sede judicial.

95. La relación jurídica que une al señor Segovia y a PACÍFICO SEGUROS es una sola y nació en el mes setiembre de 2012, esto es, antes de la entrada en vigencia de la LCS. En tal sentido, se debe tener en cuenta que las disposiciones contenidas en la LCS no son de aplicación al presente caso puesto que la misma no tiene fuerza ni efectos retroactivos, rigiéndose la presente relación jurídica por lo acordado entre las partes. Atendiendo a ello, conforme se desprende de los documentos que forman parte de la póliza referida al Seguro de Continuidad, no correspondía a PACÍFICO brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad.

96. A la fecha existen principalmente dos (2) sistemas de aseguramiento de salud: (i) el Sistema de Seguros y (ii) el Sistema de EPS. En ambos sistemas, el tratamiento de las preexistencias está regulado por normas distintas e independientes y, en las mismas, no se prevé la figura de "preexistencias cruzadas", cuando un asegurado o afiliado migre de un sistema al otro. En este contexto, se debe tener en cuenta que el artículo 118° de la LCS no regula de manera general el tratamiento de preexistencias sino únicamente, a manera supletoria, el monto de la cobertura que debería ser respetado en cada sistema. Por otro lado, en el LMAUS, se ha previsto a manera excepcional la figura de preexistencias

304

cruzadas en relación con los PEAS, los cuales son administrados por las IAFAS (entre ellas, las EPS y las compañías de seguros). La existencia del Proyecto de Ley confirma que **recién** con esta iniciativa legislativa se estaría admitiendo la figura de las "preexistencias cruzadas", esto es, la posibilidad de que exista continuidad de la cobertura de preexistencias entre los Sistemas de Seguros y el Sistema de EPS, pero ello aún no ha sido aprobado como ley. Cabe indicar que el Informe MEF ha opinado contra el Proyecto de Ley por considerar que atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente, el cual es aplicable en forma integral a los diversos sistemas existentes en la actualidad.

97. En el presente caso, no correspondía a PACÍFICO SEGUROS brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia puesto que las mismas habían sido calificadas como prexistencias y, en tal sentido, excluidas del Seguro de Continuidad, conforme a lo informado oportunamente al Denunciante. Además, contrariamente a lo indicado en la Resolución 501, el texto del artículo 118° de la LCS no obliga a PACÍFICO SEGUROS a otorgar cobertura respecto de las enfermedades preexistentes del señor Segovia, por cuanto no regula las preexistencias cruzadas.

POR TANTO:

A USTED SEÑOR PRESIDENTE PEDIMOS: Sírvase tener presente lo expuesto al momento de resolver, declarando fundado nuestro recurso de apelación y, por tanto, revocar la Resolución 501, siendo infundada la denuncia del señor Segovia en todos sus extremos.

PRIMER OTROSÍ DECIMOS: Que, acompañamos al presente escrito, en calidad de anexos, los siguientes documentos:

1. Copia de la Demanda de Amparo interpuesta por PACÍFICO SEGUROS ante el Décimo Primer Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e INDECOPI de la Corte Superior de Justicia de Lima en relación a los alcances de la Resolución 501 **(Anexo 5-A)**.

2. Copia simple de la Resolución Nº 2 del Décimo Primer Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e INDECOPI de la Corte Superior de Justicia de Lima, de fecha 25 de septiembre de 2014, mediante la cual admite a trámite la Demanda de Amparo de PACÍFICO SEGUROS **(Anexo 5-B)**.

3. Informe Legal de fecha 17 de julio de 2014 elaborado por el Estudio Echecopar **(Anexo 5-C)**.

4. Informe Legal de fecha 24 de septiembre de 2014 por el Estudio Osterling **(Anexo 5-D)**.

5. Copia del vídeo de la presentación del Dr. Ramos Romero, Intendente de Regulación de la Superintendencia Nacional de ESSALUD **(Anexo 5-E)**.

6. Acta de Transcripción Parcial de la "Conferencia Avances y Retos de la Ley de Contratos de Seguros" expedida por el Notario Público de Lima, Dr. José Urteaga Calderón de fecha 03 de julio de 2014 **(Anexo 5-F)**.

7. Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR, mediante el cual se propone modificar el artículo 118° de la LCS referido a las preexistencias y su cobertura dentro del Sistema de Seguros y el Sistema de EPS **(Anexo 5-G)**.

8. Copia del Informe N° 078-2014-EF/65.01 de fecha 06 de junio de 2014 expedido por la Dirección General de Mercados Financieros y Previsional Privado del Ministerio de Economía y Finanzas **(Anexo 5-H)**.

SEGUNDO OTROSÍ DECIMOS: Que, al amparo del Principio de Participación consagrado en el numeral 1.12 del artículo IV del Título Preliminar de la LPAG, aplicable supletoriamente, solicitamos formalmente que se sirva citar a **INFORME ORAL**, a efectos de poder exponer personalmente nuestra posición a través de nuestros representantes legales y/o abogados.

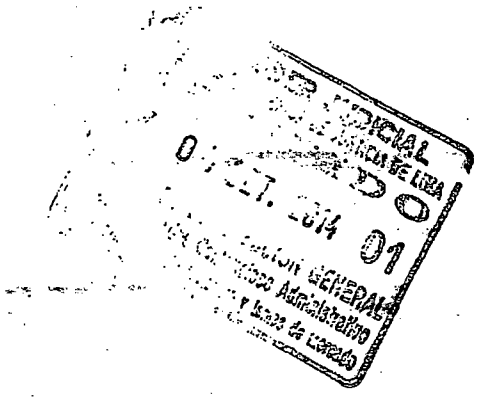
Lima, 22 de octubre de 2014

PACIFICO seguros
FRANCISCO MONGE ZEGARRA
Abogado
Reg. C.A.L. 35350

IVO S. GAGLIUFFI PIERCECHI
ABOGADO
C.A.L. 29381

ROSALINA SUSANO URBINA
ABOGADA
Reg C.A.L. 43750

LUIS MIGUEL J. LEON LUNA
ABOGADO
C.A.L. 40052



Expediente N°
Cuaderno: Principal
Escrito N° 1
Demanda de amparo

SEÑOR JUEZ DEL JUZGADO CONSTITUCIONAL CON SUBESPECIALIDAD TRIBUTARIA, ADUANERA Y DE MERCADO DE LA CORTE SUPERIOR DE JUSTICIA DE LIMA:

EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante, **PACÍFICO**), identificada con RUC N° 20100035392, debidamente representada por el señor Francisco Javier Monge Zegarra, identificado con DNI N° 10812831, según poderes inscritos en la Partida N° 02005506 del Registro de Personas Jurídicas de Lima, con domicilio real en Calle Juan de Arona N° 830, Distrito de San Isidro, Provincia y Departamento de Lima y, **domicilio procesal en la Casilla N° 6597 del Colegio de Abogados de Lima, Sede Miraflores**; ante Usted respetuosamente decimos:

I. VÍA PROCEDIMIENTAL Y RELACIÓN JURÍDICA PROCESAL

Que, en vía de proceso de amparo conforme al artículo 200.2° de la Constitución Política del Perú[1], así como de los artículos 2°[2] y 37° del

[1] **Constitución Política del Perú**
"Artículo 200°. *Son garantías constitucionales:*
(...)
2. La Acción de Amparo, que procede contra el hecho u omisión, por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona, que vulnera o amenaza los demás derechos reconocidos por la Constitución, con excepción de los señalados en el inciso siguiente. No procede contra normas legales ni contra Resoluciones Judiciales emanadas de procedimiento regular.
(...)"

Código Procesal Constitucional[3], interponemos la presente demanda contra la siguiente institución:

1.1. INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL (en adelante **INDECOPI**), a quien se le deberá de notificar con la presente demanda en su dirección sito en: Calle de la Prosa 104, Distrito de San Borja, Provincia y Departamento de Lima.

Cabe señalar que la representación y defensa judicial de INDECOPI está a cargo de su propia Gerencia Legal, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo Único de la Resolución de la Presidencia del Directorio de INDECOPI N° 034-2002-INDECOPI/DIR[4] publicada con fecha 17 de mayo de 2002,

---

[2] **Código Procesal Constitucional**
"Artículo 2.- Procedencia
Los procesos constitucionales de hábeas corpus, amparo y hábeas data proceden cuando se amenace o viole los derechos constitucionales por acción u omisión de actos de cumplimiento obligatorio, por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona. Cuando se invoque la amenaza de violación, ésta debe ser cierta y de inminente realización. El proceso de cumplimiento procede para que se acate una norma legal o se ejecute un acto administrativo."

[3] **Código Procesal Constitucional**
"Artículo 37.- Derechos protegidos
El amparo procede en defensa de los siguientes derechos:
(...)
8) Del honor, intimidad, voz, imagen y rectificación de informaciones inexactas o agraviantes;
(...)
16) De tutela procesal efectiva
(...)
25) Los demás que la Constitución reconoce."

[4] **Resolución de la Presidencia del Directorio de INDECOPI N° 034-2002-INDECOPI N° 034-2002-INDECOPI /DIR**
"Artículo Único: *Establecer que, para efectos de la representación y defensa a que se refiere el Artículo 15° de la Ley N° 27584, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual -INDECOPI- actúa a través de la Gerencia Legal de la institución, sin perjuicio de la intervención coadyuvante de la Procuraduría Pública del Ministerio de Industria, Turismo, Integración y Negociaciones Comerciales Internacionales."*

en concordancia con el artículo 17° del TUO de la Ley que regula el Proceso Contencioso Administrativo[5].

1.2. PROCURADURÍA PÚBLICA DEL MINISTERIO DE INDUSTRIA, TURISMO, INTEGRACIÓN Y NEGOCIACIONES COMERCIALES INTERNACIONALES: a quien se le deberá de notificar con la presente demanda en su dirección sito en: Calle Las Garzas N° 278, Distrito de Surquillo, Provincia y Departamento de Lima, conforme al artículo 47° de la Constitución[6], en concordancia con el artículo 12.1° del Decreto Legislativo N° 1068 - Decreto Legislativo del Sistema de Defensa Jurídica del Estado[7] y el artículo 37° del Decreto Supremo N° 017-2008-JUS - Reglamento de la Ley de Defensa Jurídica del Estado[8], así como la Resolución de la Presidencia del

---

[5] **TUO de la Ley que Regula el Proceso Contencioso Administrativo**
"Artículo 17.- Representación y defensa de las entidades administrativas
17.1 La representación y defensa de las entidades administrativas estará a cargo de la Procuraduría Pública competente o, cuando lo señale la norma correspondiente, por el representante judicial de la entidad debidamente autorizado.
Todo representante, judicial de las entidades administrativas, dentro del término para contestar la demanda, pondrá en conocimiento del titular de la entidad su opinión profesional motivada sobre la legalidad del acto impugnado, recomendándole las acciones necesarias en caso de que considere procedente la pretensión"

[6] **Constitución Política del Perú**
"Artículo 47°.- La defensa de los intereses del Estado está a cargo de los Procuradores Públicos conforme a ley. (...)"

[7] **Decreto Legislativo N° 1068 - Decreto Legislativo del Sistema de Defensa Jurídica del Estado**
" Artículo 12.- De los Procuradores Públicos
12.1. Los Procuradores Públicos del Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, Poder Judicial y de los Organismos Constitucionalmente Autónomos ejercen la defensa jurídica del Estado de acuerdo a la Constitución, al presente Decreto Legislativo y sus reglamentos. Tienen sus oficinas en la Capital de la República ejerciendo sus funciones y atribuciones en el ámbito nacional.
(...)"

[8] **Decreto Supremo N° 017-2008-JUS - Reglamento de la Ley de Defensa Jurídica del Estado**
"Artículo 37.- De las atribuciones y obligaciones de los Procuradores Públicos
(...)
Cuando el Estado sea emplazado, los Procuradores Públicos deberán ser notificados bajo cargo en el domicilio oficial que será publicado una vez al año en el Diario Oficial "El Peruano", dentro del horario establecido para las actividades de las entidades públicas. Cualquier cambio de

Directorio de INDECOPI N° 034-2002-INDECOPI/DIR que regula su participación coadyuvante en la defensa de INDECOPI.

II. PETITORIO

2.1. **Primera pretensión principal:** Que, conforme al artículo 55.1° del Código Procesal Constitucional[9], se declare que los siguientes derechos constitucionales de **PACÍFICO** han sido vulnerados en sede administrativa por INDECOPI, como consecuencia de la arbitraria publicidad realizada por dicha entidad, sobre el resultado del procedimiento administrativo iniciado por el señor Oscar Segovia Trauco contra **PACÍFICO**, antes de que sea resuelto el procedimiento de manera definitiva en instancia administrativa:

i) El derecho constitucional al **debido proceso** contenido en el artículo 139.3° de la Constitución[10] **(en la modalidad de autoridad imparcial e igualdad procesal).**

---

domicilio deberá publicarse de la misma forma. Adicionalmente el Ministerio de Justicia deberá mostrar esta información en su página Web."

[9] **Código Procesal Constitucional**
"Artículo 55.- Contenido de la Sentencia fundada
La sentencia que declara fundada la demanda de amparo contendrá alguno o algunos de los pronunciamientos siguientes:
1) Identificación del derecho constitucional vulnerado o amenazado;
(...)"

[10] **Constitución**
"Artículo 139°. Son principios y derechos de la función jurisdiccional:
(...)
3. La observancia del debido proceso y la tutela jurisdiccional.
(...)"

ii) El derecho constitucional a la **imagen y buena reputación** contenido en el artículo 2.7° de la Constitución[11] y

iii) El principio constitucional a la **presunción de inocencia** contenido en el inciso e) del artículo 2.24° de la Constitución[12].

2.2. **Segunda pretensión principal:** Que, conforme al artículo 55.3° y 55.4° del Código Procesal Constitucional[13], se restablezca a **PACÍFICO** en el pleno ejercicio de **i) su derecho constitucional al debido proceso (autoridad imparcial e igualdad de armas); ii) su derecho constitucional a la imagen y buena reputación y iii) su derecho constitucional a la presunción de inocencia (presunción de licitud), DECLARANDO** que **se ha agotado la vía**

---

[11] **Constitución**
*"**Artículo 2°.** Toda persona tiene derecho:*
(...)
7. Al honor y a la buena reputación, a la intimidad personal y familiar así como a la voz y a la imagen propias.
(...)"

[12] **Constitución**
*"**Artículo 2°.** Toda persona tiene derecho:*
(...)
24. A la libertad y a la seguridad personales. En consecuencia:
(...)
e. Toda persona es considerada inocente mientras no se haya declarado judicialmente su responsabilidad.
(...)"

[13] **Código Procesal Constitucional**
"Artículo 55.- Contenido de la Sentencia fundada
La sentencia que declara fundada la demanda de amparo contendrá alguno o algunos de los pronunciamientos siguientes:
(...)
3) Restitución o restablecimiento del agraviado en el pleno goce de sus derechos constitucionales ordenando que las cosas vuelvan al estado en que se encontraban antes de la violación;
4) Orden y definición precisa de la conducta a cumplir con el fin de hacer efectiva la sentencia."

administrativa en el presente caso al no existir garantías de imparcialidad en el procedimiento administrativo iniciado por el señor Oscar Segovia Trauco contra PACÍFICO, pues como consecuencia de la publicación en su página web institucional, se produjo una serie de menciones periodísticas arbitrarias por parte de dicha entidad sobre el resultado del procedimiento trilateral antes de que sea resuelto de manera definitiva en instancia administrativa, por lo que **se ha quebrado por completo las garantías constitucionales del procedimiento administrativo antes referidas, habiendo quedado PACÍFICO en un estado absoluto de indefensión constitucional: No existiendo ninguna garantía de imparcialidad en el trámite de la apelación ante la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal de INDECOPI (segunda instancia administrativa).**

2.3. **Tercera pretensión principal:** Que, conforme al artículo 55.4° del Código Procesal Constitucional, se ordene a **INDECOPI** no volver a publicar en su portal institucional web procedimientos administrativos que aún no han sido resueltos de manera definitiva y firme en instancia administrativa, a fin de no transgredir los derechos constitucionales a i) la **imparcialidad** de los Vocales de la Sala Especializada en Protección al Consumidor; ii) la **igualdad procesal** o igualdad de armas; iii) la **imagen y buena reputación;** y iv) al principio de **presunción de inocencia.**

2.4. **Cuarta pretensión principal:** Que, conforme al artículo 55.3° y 55.4° del Código Procesal Constitucional, se ordene a

INDECOPI abstenerse de conocer cualquier procedimiento administrativo que verse sobre la misma materia discutida en el procedimiento administrativo seguido por el señor Oscar Segovia Trauco contra **PACÍFICO,** esto es, sobre la continuidad de atención de las enfermedades consideradas como preexistentes en los contratos de seguros de salud, dándose por agotada la instancia en cualquier procedimiento administrativo que verse sobre dicha materia pues se ha transgredido i) la **imparcialidad** de los Vocales que resolverán en segunda instancia; ii) la **igualdad procesal** o igualdad de armas de las partes; iii) la **imagen y buena reputación** del administrado (**PACÍFICO**); y iv) el principio de **presunción de inocencia** del administrado (**PACÍFICO**).

2.5. **Quinta pretensión principal:** Que, conforme al artículo 55.3° y 55.4° del Código Procesal Constitucional, se ordene a **INDECOPI** publicar una nota rectificatoria, con la mismas características que la publicada con fecha 10 de junio de 2014, donde i) señale que no corresponde que su Entidad publique los resultados de los procedimientos administrativos en primera instancia y ii) se comprometa a no incurrir nuevamente en esta misma conducta ofreciendo las disculpas correspondientes a PACÍFICO por el daño causado a su imagen y reputación; pues al ser un resultado que puede revertirse al interior de la propia Entidad, afecta i) la **imparcialidad** de los Vocales que resolverán en segunda instancia; ii) la **igualdad procesal** o igualdad de armas de las partes; iii) la **imagen y buena reputación** del administrado; y iv) el principio de **presunción de inocencia** del administrado.

III. COMPETENCIA

3.1 Conforme a lo dispuesto en la Resolución Administrativa Nº 319-2008-CE-PJ, publicada el 28 de enero de 2009 en el Diario Oficial "El Peruano", en concordancia con la Tercera Disposición Final del Código Procesal Constitucional[14], fueron creados los Juzgados Constitucionales en la Corte Superior de Justicia de Lima.

3.2 Sin perjuicio de ello, mediante Resolución Administrativa Nº 206-2012-CE-PJ y 102-2013-CE-PJ, el Consejo Ejecutivo del Poder Judicial instituyó la creación de la Subespecialidad tributaria, aduanera y de mercado, que incluyó la creación del Undécimo Juzgado Constitucional con Subespecialidad tributaria, aduanera y de mercado en la Corte Superior de Justicia de Lima, el que tiene competencia en todos los temas en los que sea demandado INDECOPI.

3.3 Por lo expuesto, dado que el demandado del presente proceso de amparo es INDECOPI y nuestra parte como demandante domicilia en Lima, en atención a lo que dispone el artículo 51 del Código Procesal Constitucional[15], vuestro Despacho es competente para conocer del presente proceso.

---

[14] **Código Procesal Constitucional**
"DISPOSICIONES FINALES
(...)
TERCERA.- Jueces Especializados
Los procesos de competencia del Poder Judicial a que se refiere el presente Código se iniciarán ante los jueces especializados que correspondan en aquellos distritos judiciales que cuenten con ellos, con la sola excepción del proceso de hábeas corpus que podrá iniciarse ante cualquier juez penal."

[15] **Código Procesal Constitucional**
"Artículo 51.- Juez Competente y plazo de resolución en Corte

IV. FUNDAMENTOS DE HECHO COMUNES A TODAS LAS PRETENSIONES

A. Breve resumen de los hechos que originan la presente demanda

4.1 Mediante Resolución "Final" N° 501-2014/CC1 de fecha 21 de mayo de 2014 (ANEXO 1-D), expedida por La Comisión de Protección al Consumidor de INDECOPI (en adelante **la Comisión**), se declaró fundada la denuncia interpuesta contra **PACÍFICO** por el señor **Oscar Segovia Trauco** por la supuesta infracción a los artículos 18° y 19° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, pues la Comisión señaló *"que* [**PACÍFICO**] *se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS."*

Como consecuencia de lo señalado, la Comisión de INDECOPI impuso una multa total a **PACÍFICO** ascendente a 31 UIT (equivalente actualmente a la suma de S/. 117,800.00).

Son competentes para conocer del proceso de amparo, a elección del demandante, el Juez civil del lugar donde se afectó el derecho, o donde tiene su domicilio el afectado, o donde domicilia el autor de la infracción.
Si la afectación de derechos se origina en una resolución judicial, la demanda se interpondrá ante la Sala Civil de turno de la Corte Superior de Justicia respectiva, la que designará a uno de sus miembros, el cual verificará los hechos referidos al presunto agravio.
La Sala Civil resolverá en un plazo que no excederá de cinco días desde la interposición de la demanda."

312

4.2 Mediante escrito de 4 de junio de 2014, **PACÍFICO** procedió a apelar la decisión referida de la Comisión, la cual se encuentra en trámite a la fecha a fin de que sea resuelta por la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal de INDECOPI (en adelante, **la Sala**).

4.3 Sin embargo, una vez emitida la decisión referida por la Comisión, INDECOPI procedió inmediatamente, desde el 10 de junio de 2014, a publicitar en su **portal web** y **redes sociales**, que **PACÍFICO** ha sido sancionada porque *"no cubrió enfermedades preexistentes que fueron cubiertas por el seguro anteriormente contratado".*

Ello, repercutió automáticamente en los principales **medios de comunicación** de nuestro país, los cuales recogieron la noticia difundida por INDECOPI, difundiéndola en cada una de sus columnas.

4.4 Es decir, Señor Juez, INDECOPI ha procedido -en un claro abuso de derecho- a publicitar abiertamente un resultado en sede administrativa que no es definitivo ni mucho menos tiene calidad de cosa juzgada: no es siquiera un resultado final en sede administrativa (que puede ser impugnado en vía judicial).

Así pues, INDECOPI ha logrado brindar información arbitrariamente al público de un resultado en un procedimiento administrativo sancionador en contra de nuestra empresa, el cual únicamente ha sido resuelto en primera instancia administrativa, pero, publicitado por dicha entidad con titulares que generan en el público receptor un pleno –pero falso-

convencimiento de que nuestra empresa ha sido sancionada definitivamente y que por tanto estamos ineludiblemente obligados a no ejecutar la conducta que INDECOPI ha sancionado –reiteramos- en primera instancia (por presuntamente no cubrir enfermedades que habrían sido cubiertas por un Plan de Salud contratado por la Entidad Empleadora con una Entidad Prestadora de Salud, no resueltas al momento de la contratación del Seguro).

4.5 Es en el contexto descrito, que los Vocales integrantes de la Sala conocen y resolverán la apelación interpuesta por nuestra parte.

Es decir, las personas sobre las cuales recae la función materialmente jurisdiccional de decidir en sede administrativa si **PACÍFICO** ha ejercido una conducta sancionable o no a la luz de la normativa de protección al consumidor, han sido los principales receptores de toda la campaña publicitaria referida y sobre quienes recae directamente la presión mediática y funcional generada por su propia entidad, quebrando las garantías constitucionales de nuestra empresa en el marco del debido procedimiento administrativo.

B. <u>Los actos de la arbitraria publicidad realizada por INDECOPI en agravio de nuestros derechos constitucionales al debido proceso, buena reputación e imagen y presunción de inocencia</u>

4.6 Tal como hemos referido anteriormente, a partir del 10 de junio de 2014, INDECOPI difundió el resultado en primera instancia

del procedimiento sancionador iniciado por el señor Oscar Segovia Trauco en nuestra contra:

i) Así pues inició publicando en su portal web, específicamente en la sección "Noticias" el siguiente titular: **"INDECOPI sancionó a empresa PACÍFICO PERUANO SUIZA porque no cubrió enfermedades preexistentes" (ANEXO 1-E):**

Indecopi

martes 12 de agosto del 2014 Página Principal > Noticias > INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes

INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes

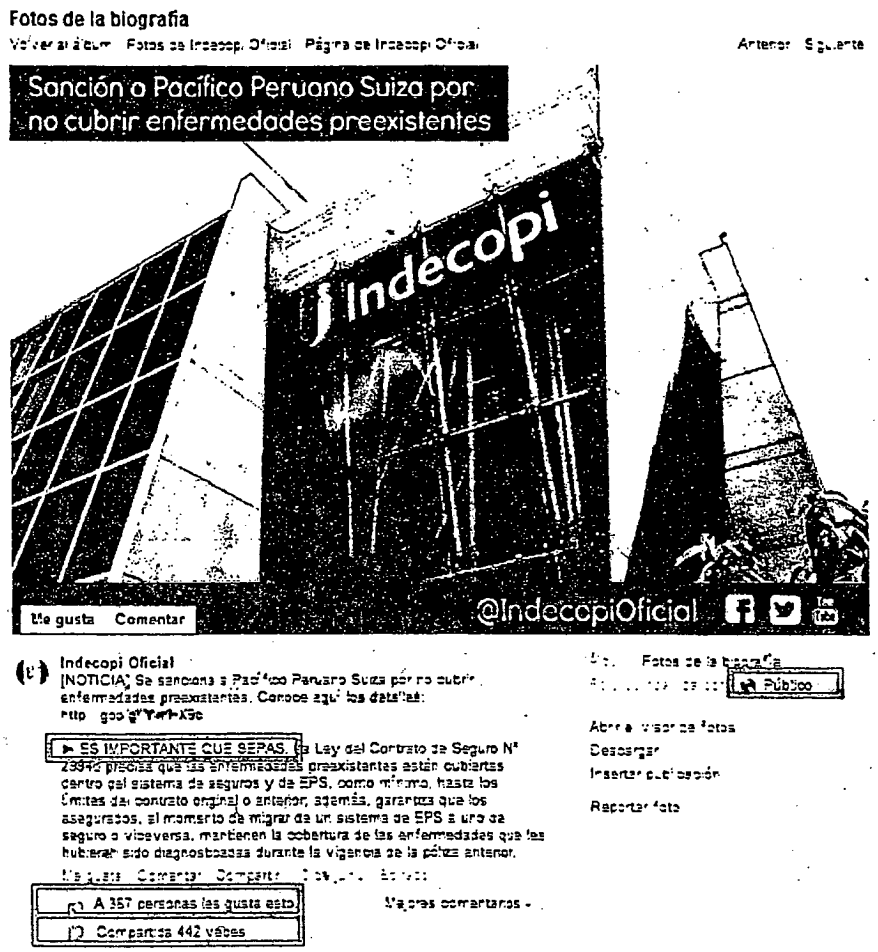
En dicho comunicado, INDECOPI consigna como resumen inicial de lo publicado lo siguiente:

> El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) sancionó a la empresa El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. porque se negó, de manera injustificada, a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deben ser atendidas.

ii) En esa misma fecha, la página oficial de INDECOPI en la red social FACEBOOK publicó en una gran imagen el siguiente titular **"Sanción a Pacífico Peruano Suiza**

por no cubrir enfermedades preexistentes" (ANEXO 1-F).

Y no solamente ello, sino que dicha entidad se dirige directamente en este espacio virtual al usuario del servicio de seguro privado (nuestros clientes y potenciales clientes), advirtiéndole que *"ES IMPORTANTE QUE SEPA(S)"* los alcances de la resolución de la Comisión de INDECOPI que sancionó a **PACÍFICO** en primera instancia. Es decir, pese a no tener un pronunciamiento definitivo de INDECOPI como entidad (pues está pendiente el resultado en segunda instancia administrativa), esta institución "alerta" e "informa" a los más de 40 mil suscriptores de su red social (ANEXO 1-G) lo que supuestamente debe esperar "legalmente" de las empresas de seguro privado, como **PACÍFICO**, sobre las enfermedades preexistentes:



Note Usted Señor Juez el gran efecto de esta publicación: i) fue republicada 441 veces; y ii) 387 personas señalaron que la noticia era de su agrado. Sumado a ello, en otra perspectiva de la publicación **(ANEXO 1-H)**, se puede apreciar que 54 personas hicieron comentarios basados en el supuesto que nuestra empresa actuó de forma contraria a ley (lo cual pueden constituirse en potenciales reclamos como efectivamente viene ocurriendo), pese a que ello no ha sido siquiera definido en última instancia administrativa **(Ver ANEXO 1-U)**.

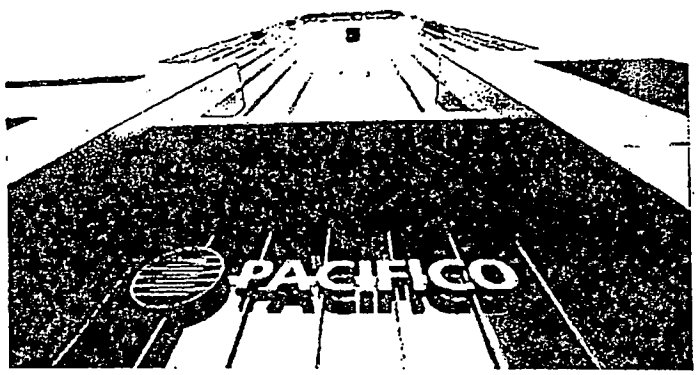
En suma, se tiene que INDECOPI brinda a los consumidores y usuarios una información producto de una postura que puede ser susceptible de ser revertida en segunda instancia por la Sala. Sin embargo, sus titulares no mencionan si quiera ello y, por el contrario, publicitan como cierto un resultado que no es definitivo, generando confusión en los usuarios y consumidores, en desmedro de la imagen de **PACÍFICO**:

iii) Producto de la publicación realizada por INDECOPI en sus portales, los medios de comunicación no se hicieron esperar. Tanto el 10 como el 11 de junio de 2014, los **principales diarios y medios de comunicación impresa y virtual** publicaron la sanción impuesta por la Comisión de INDECOPI a **PACÍFICO**, cuyos titulares -una vez más- generaron masivamente la falsa imagen en el público de que la decisión de INDECOPI es definitiva y final, en agravio de la imagen y reputación de **PACÍFICO**:

a. Diario Gestión (ANEXO 1-I)

Indecopi sancionó a aseguradora Pacífico por no cubrir enfermedades preexistentes en seguro

Martes, 10 de junio del 2014



Pacífico. Indecopi le impuso una sanción económica de 30 UIT.

1487
Me gusta
Compartir
64

El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi) sancionó a la empresa El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. porque se negó, de manera injustificada, a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deben ser atendidas.

b. Diario El Comercio (ANEXO 1-J Y ANEXO 1-K)

MARTES 10 DE JUNIO DEL 2014 | 14:56

Indecopi sancionó con multa de S/.114.000 a Pacífico Seguros

Multa fue impuesta a la aseguradora por negarse a otorgar un seguro de salud con cobertura para enfermedades preexistentes

Compartir 264 Twittear 6 +1 3 Compartir Pin it

Fecha : 11-06-2014 Medio : Diario - El Comercio Sección : Portafolio Página : B3
Lectoría : 354.779 Alto / Ancho: 23.27 x 4.24 Valor (US$): 1710.86

Indecopi multa con S/.117.800 a El Pacífico Seguros

El Indecopi impuso a El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. una multa de S/.114.000 (30 UIT) por negarse de manera injustificada a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deben ser atendidas.

c. Semana Económica (ANEXO 1-L)

SEMANAeconómica.com

ECONOMÍA | EMPRESA | EXTRACTIVOS | FINANZAS | INFRAESTRUCTURA | SERVICIOS

10 JUNIO 2014

Indecopi sanciona con multa de S/.114 mil a Pacífico Peruano Suiza

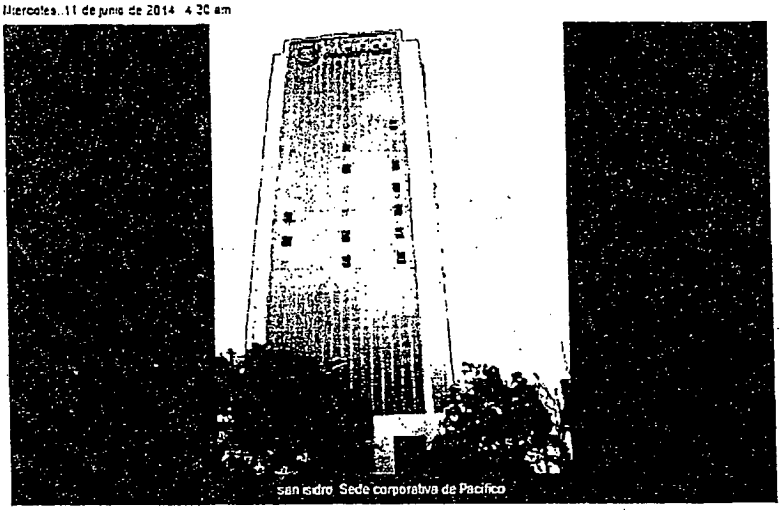
Compartir Twittear Compartir

La acción es por negarse a otorgar un seguro de salud que cubra enfermedades preexistentes.

d. Diario La República (ANEXO 1-M)

Indecopi multa a Pacífico Seguros con S/. 114 mil

Miercoles, 11 de junio de 2014 4:30 am



san isidro. Sede corporativa de Pacífico

Comentar 1 Compartir Twittear 2 +1 1 A A

Falta. Empresa no cubrió enfermedades preexistentes en seguro médico.

e. Diario 16 (ANEXO 1-N)

Fecha : 11-06-2014 Medio : Diario - Diario 16 Sección : Actualidad Página : 10
Lectoría: - Alto / Ancho: 12.57 x 16.59 Valor (US$): 584.84

(1/1)

Sancionan a Seguros Pacífico por no cubrir enfermedades preexistentes en seguro

f. Diario La Nación (ANEXO 1-O)

Fecha : 11-06-2014 Medio : Diario - La Nación Sección : Economia
Lectoría: - Alto / Ancho: 11.62 x 17.58 Valor (US$): 723.63

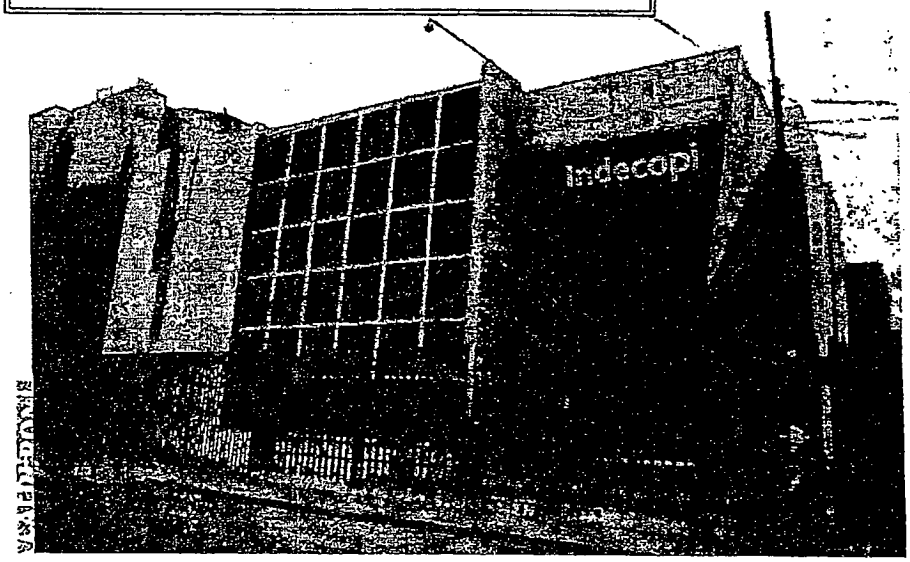
Por negarse a otorgar seguro de salud

Indecopi multó con S/. 144 mil a Pacífico Peruano Suiza

g. Agencia Peruana de Noticias - ANDINA (ANEXO 1-P)

Indecopi sanciona con multa de S/. 114 mil a Pacífico Peruano Suiza

Por no cubrir enfermedad preexistente en seguro médico



La pregunta que cabe hacerse luego de ver las publicaciones detalladas anteriormente es ¿Cómo los medios obtuvieron dicha información sobre **PACÍFICO**? Evidentemente de INDECOPI, pues dicha entidad fue la que la emitió en un inicio desde su portal web y, porque como es evidente, de dicha institución es de donde proviene el procedimiento administrativo de primera instancia que difundió.

Aprecie Usted mismo Señor Juez, el común denominador de todos los titulares publicados masivamente en los principales medios de nuestro país: **Producto de la información dada por la Comisión de INDECOPI, se publicita abierta, arbitraria e irrestrictamente que PACÍFICO se negó injustificadamente a cubrir enfermedades preexistentes de sus asegurados (en**

plural pese a que se trata de la discusión de un caso en concreto) y por ello fue sancionado, no por la Comisión en primera instancia (como efectivamente sucedió), sino por INDECOPI como institución.

Cabe destacar que ningún medio de comunicación recogió la posición de **PACÍFICO** sobre la controversia, debido a que como la nota de prensa de INDECOPI transmitió el mensaje de que se trataba de una sanción definitiva, entonces no existió mayor interés en conocer la opinión del administrado sancionado.

Con ello se da el claro mensaje al público de que ya ha sido decidido de manera definitiva por la autoridad competente que **PACÍFICO** infringió la normativa del consumidor. Los titulares son fulminantes para la imagen de **PACÍFICO**, cuya marca se resalta en las notas periodísticas con su propio logo e infraestructura vinculada a una supuesta infracción, pese a haber tenido únicamente un resultado en primera instancia y, lo más importante, haber acreditado vía apelación que la decisión de la Comisión debe revertirse.

Claramente, los vocales de la Sala de INDECOPI, al igual que el resto de ciudadanos, no son ajenos a tamaña presión mediática con un tema de por medio además tan sensible como lo es la prestación de servicios de salud a la población. Es por ello, que en el presente caso, se torna aún más importante que la información dada respecto al tema de preexistencias aseguradas sea **veraz, clara, definitiva y exacta. No como se ha dado en el presente caso, Señor Juez.**

Con lo expuesto, se acredita fehacientemente que **PACÍFICO** se encuentra en una **grave e inconstitucional desigualdad procesal frente al denunciante** en el procedimiento administrativo que será discutido en apelación, pues **su imagen y posición se han visto seriamente reducidas en el procedimiento administrativo** producto de la arbitraria publicidad descrita. **Ello ha traído como consecuencia que la Sala de INDECOPI que resolvería en segunda instancia administrativa el procedimiento administrativo sancionador contra PACÍFICO NO SEA UN ENTE IMPARCIAL: ya se quebró nuestra presunción de inocencia y, por tanto, la probabilidad de revertir su resultado resulta manifiestamente escasa para nuestra parte.**

V. CUESTIÓN PREVIA: PROCEDENCIA DE LA PRESENTE DEMANDA EN LA VÍA DE PROCESO DE AMPARO

A. RELEVANCIA CONSTITUCIONAL DE LOS DERECHOS RECLAMADOS:

- **En el presente caso se han violado derechos constitucionales de PACÍFICO:** i) **derecho al debido proceso;** ii) **derecho a la imagen y buena reputación y** iii) **derecho a la presunción de inocencia; producto de una actuación de INDECOPI que viola la prohibición constitucional al abuso de derecho y el principio constitucional de interdicción de la arbitrariedad**

5.1 El artículo 2º del Código Procesal Constitucional establece que:

*"Los procesos constitucionales de hábeas corpus, **amparo** y hábeas data proceden cuando **se** amenace o **viole los derechos constitucionales por acción u omisión de actos de cumplimiento obligatorio, por parte de cualquier autoridad**, funcionario o persona. Cuando se invoque la amenaza de violación, ésta debe ser cierta y de inminente realización"*. (El resaltado es agregado).

5.2 Atendiendo a la norma glosada, se tiene que los procesos de amparo proceden cuando por actos u omisiones de cualquier persona o institución se afectan o amenazan derechos constitucionales reconocidos en nuestra Carta Magna. Así pues, la acción de amparo constituye un tipo de tutela de urgencia en virtud de la cual se busca reparar la afectación o amenaza a los derechos fundamentales de manera pronta y expedita, restituyendo las cosas al estado anterior de la vulneración.

5.3 De manera específica, el artículo 37° regula los derechos constitucionales protegidos a través de la acción de amparo:

"Artículo 37.- Derechos protegidos
El amparo procede en defensa de los siguientes derechos:
(...)
8) Del honor, intimidad, voz, imagen y rectificación de informaciones inexactas o agraviantes;

(...)

16) De la tutela procesal efectiva

(...)

25) Los demás que la Constitución reconoce. (...)"

5.4 Así las cosas, el artículo 37° del Código Procesal Constitucional, en concordancia con lo establecido en el artículo 38° de la misma norma[16], establece que **la demanda de amparo es procedente para defender únicamente derechos reconocidos en la Constitución,** entre los cuales se encuentra **i)** el **debido proceso** como parte del derecho continente a la tutela procesal efectiva[17] ; **ii)** el derecho a la imagen y buena reputación y **iii)** el derecho a la presunción de inocencia:

> **Constitución Política del Perú**
>
> ***"Artículo 139°.*** *Son principios y derechos de la función jurisdiccional:*
>
> *(...)*
>
> *3.* ***La observancia del debido proceso*** *y la tutela jurisdiccional.*
>
> *(...)"*

---

[16] **Código Procesal Constitucional**
"Artículo 38.- Derechos no protegidos
No procede el amparo en defensa de un derecho que carece de sustento constitucional directo o que no está referido a los aspectos constitucionalmente protegidos del mismo."

[17] Ver STC N.° 2802-2005-PA/TC. Fundamento Jurídico N° 13: *"el debido proceso forma parte de la concepción del derecho de toda persona a la tutela jurisdiccional efectiva, y se concreta en las denominadas garantías que, dentro de un íter procesal diseñado en la ley, están previstas en la Constitución."* (El resaltado es agregado).

Constitución Política del Perú

"Artículo 2°. Toda persona tiene derecho:

(...)

*7. Al **honor y a la buena reputación**, a la intimidad personal y familiar así como a la voz y a la **imagen** propias.*

(...)

24. A la libertad y a la seguridad personales. En consecuencia:

*e. **Toda persona es considerada inocente** mientras no se haya declarado judicialmente su responsabilidad.*

(...)" (El resaltado es agregado).

5.5 De conformidad con los antecedentes descritos y, conforme se desarrollará más adelante, dejamos constancia que **se inicia el presente proceso debido a que INDECOPI ha vulnerado los siguientes derechos de PACÍFICO reconocidos expresamente en nuestra Constitución:**

i) Los derechos que conforman el **debido proceso** de **PACÍFICO** en sede administrativa (en la modalidad de **juez o autoridad imparcial e igualdad procesal o igualdad de armas**)

ii) El **derecho a la imagen y buena reputación** de **PACÍFICO**

iii) El **derecho a la presunción de inocencia** de **PACÍFICO**

320

Así pues, en el presente caso, tenemos que la actuación arbitraria de INDECOPI de publicitar masivamente la conducta de **PACÍFICO** que fue sancionada por la Comisión en primera instancia, reflejándola como un comportamiento referente que debe exigirse a dicha aseguradora (o a otras):

i) Condiciona ineludiblemente a las autoridades administrativas que resolverán la apelación interpuesta por **PACÍFICO** contra la resolución de la Comisión que la sancionó en primera instancia, quebrando por completo **la garantía del debido proceso de PACIFICO a un juez (autoridad) imparcial y a la igualdad procesal** y transgrediendo por completo su **derecho a la presunción de inocencia**, derechos constitucionales reconocidos en el artículo 139.3° y 2.24.e) de la Constitución, dejando en una absoluta indefensión a nuestra parte; y

ii) Transgrede su **imagen y buena reputación,** derecho constitucional reconocido en el artículo 2° de la Carta Magna, frente a terceros y frente a las autoridades que resolverán el procedimiento administrativo sancionador del cual es parte.

5.6 Por tanto, la presente demanda de amparo es plenamente procedente pues se ha interpuesto para defender los derechos constitucionales referidos anteriormente, conforme lo exige el artículo 37° del Código Procesal Constitucional.

B. INEXISTENCIA DE VÍAS IGUALMENTE SATISFACTORIAS

5.7 En este extremo, debemos referir que al amparo se le atribuye una condición residual, lo que significa que **su procedencia se configura sólo cuando no existe una vía –judicial o administrativa- distinta, que brinde una tutela igualmente satisfactoria en términos de eficacia, celeridad y urgencia**, conforme a lo dispuesto por el artículo 5.2° del Código Procesal Constitucional:

> *"**Artículo 5.- Causales de improcedencia***
> *No proceden los procesos constitucionales cuando:*
> *(...)*
> *2. Existan vías procedimentales específicas, **igualmente satisfactorias, para la protección del derecho constitucional amenazado** o vulnerado, salvo cuando se trate del proceso de hábeas corpus"* (El resaltado es agregado).

5.8 En tal sentido, tal como lo señala el profesor Sagües, dicha norma *"obliga al magistrado interviniente a realizar un **cuidadoso análisis**: se trata de averiguar, como requisito para admitir una acción de amparo, si **los procedimientos regulares (sean judiciales o administrativos), resultan idóneos, suficientes, aptos o eficaces para atender al problema planteado. No basta, pues, que haya una vía procesal (de cualquier índole), para desestimar un pedido de amparo: hay que considerar, inexcusablemente, si tal trámite es auténticamente operativo para enfrentar el acto lesivo**. Resultaría harto*

fácil (y a la vez, farisaico), rechazar una demanda de amparo por la simple razón de existir acciones judiciales y administrativas que contemplaran el problema litigioso, ya que con tal criterio, todo amparo resultaría prácticamente desechable. Lo que debe determinarse, es si tales caminos son ***efectivamente útiles*** *para lograr "la protección del derecho o garantía constitucional de que se trate"*[18]. (El resaltado es agregado).

5.9 Teniendo en cuenta lo expuesto, dejamos constancia que **en el caso de autos, no existe un proceso igual de satisfactorio para resguardar la grave afectación a nuestro derecho constitucional:** i) **a que una autoridad administrativa imparcial resuelva en dicha instancia un procedimiento sancionador en nuestra contra;** ii) **a la igualdad de armas en el procedimiento** iii) **a la imagen y buena reputación y** iv) **a la presunción de inocencia.**

5.10 Como usted podrá observar señor Juez, **el debate planteado en el presente caso es eminentemente constitucional** y la eficacia de la interdicción de la arbitrariedad que se debiera dar respecto de los actos realizados por INDECOPI, solo se puede dar satisfactoriamente a través del proceso de amparo.

5.11 Queda claro que **el proceso de amparo es el proceso por excelencia para proteger los derechos constitucionales invocados por PACÍFICO** dada la manifiesta arbitrariedad con la que ha actuado INDECOPI.

---

[18] SAGÜES, Néstor Pedro. Derecho Procesal Constitucional. Acción de Amparo. Segunda Edición, ASTREA, Buenos Aires, 1988, p. 169.

5.12 ¿Por qué no sucede lo mismo con otro proceso? Pues porque aquí no estamos discutiendo el fondo de un procedimiento administrativo, no estamos contradiciendo el resultado en primera instancia administrativa a través del proceso de amparo. **Aquí hay exclusivamente una infracción constitucional cometida por INDECOPI en un acto ajeno al procedimiento administrativo (pero que lo afecta directamente):** Una arbitrariedad manifiesta de **INDECOPI** al haber condicionado la imparcialidad de los Vocales de la Sala generando desigualdad de armas entre las partes, afectando su derecho a un debido proceso y a la presunción de inocencia, en desmedro además del derecho constitucional a la imagen de **PACÍFICO**.

Recordemos que "*el amparo es un proceso perteneciente a la **tutela jurisdiccional de urgencia**, porque **su finalidad es brindar protección inmediata a las personas que enfrentan amenazas o agravios contra sus derechos constitucionales, para evitar que sufran daños irreparables.** Por eso los ordenamientos que regulan su funcionamiento deben contener instituciones y reglas procedimentales dirigidas a **facilitar el acceso de los justiciables a este proceso y a conseguir la efectividad de su resultado**.*"[19] (El resaltado es agregado).

[19] **CAIRO ROLDÁN**, Omar. El amparo y la tutela de urgencia: instituciones en el Perú y en el Derecho Comparado. En Palestra del Tribunal Constitucional. Revista de Doctrina y Jurisprudencia. N° 2, Palestra Editores: Lima, 2008, p. 128.

5.13 Es justamente por ello, que la vulneración de los derechos constitucionales de **PACÍFICO** debe ser protegida a través del proceso de amparo. Nos explicamos ¿Qué sucedería si no existe una tutela urgente para **PACÍFICO**?:

- La administración, en última instancia administrativa, resolverá el procedimiento sancionador contra **PACÍFICO** en una Sala cuyos integrantes han visto irremediablemente afectada su imparcialidad pues, en ellos recae principalmente la presión mediática que su propia entidad ha creado respecto al caso. Con ello, la transgresión al derecho a la presunción de inocencia de **PACÍFICO** se perpetraría, al igual que la transgresión a la igualdad procesal o de armas en el procedimiento administrativo: pues se resolvería un procedimiento sancionador contra **PACÍFICO** cuando nuestra empresa se encuentra en grave desventaja frente al denunciante, producto de la arbitraria influencia creada por INDECOPI respecto al caso en concreto (conforme se fundamentará más detalladamente más adelante).

- La afectación al derecho a la imagen y buena reputación de **PACÍFICO** se incrementaría y agravaría con un resultado en última instancia administrativa producto de la presión de medios en los integrantes de la Sala competente para resolver.

C. <u>NO ES EXIGIBLE EL AGOTAMIENTO DE UNA VÍA PREVIA</u>

5.14 En concordancia con la residualidad regulada en nuestro Código Procesal Constitucional para el proceso de amparo, el artículo

46° de la misma noma establece las excepciones al agotamiento de la vía previa para interponer una demanda amparo, regulando lo siguiente en su inciso 2:

> ***"Artículo 46.- Excepciones al agotamiento de las vías previas***
> *No será exigible el agotamiento de las vías previas si:*
> *(...)*
> *2) **Por el agotamiento de la vía previa la agresión pudiera convertirse en irreparable.***
> *(...)"* (El resaltado es agregado).

5.15 En tal sentido, tal como lo explica José Luis Lazzarini, *"no basta, que haya una vía previa o paralela al juicio de amparo o, (...) que haya recursos o remedios judiciales o administrativos al alcance del quejoso para reparar su lesión, si tales procedimientos, no son **hábiles para la inmediata o eficaz protección del derecho lesionado, y su tránsito previo, traja aparejado un mal grave e irreparable** (...)"*[20] (El resaltado es agregado).

5.16 La irreparabilidad del daño como excepción al agotamiento de la vía previa para la procedencia del amparo, calza perfectamente en el presente caso Señor Juez, pues el agotamiento de la vía previa administrativa, tornaría en inútil el presente proceso al ver su finalidad frustada.

---

[20] **LAZZARINI,** José Luis. El Juicio de Amparo. Segunda Edición. Fondo Editorial de Derecho y Economía, Buenos Aires, 1987, p. 99.

323

5.17 Así pues, tal como se puede apreciar de nuestras pretensiones, en el presente caso no es posible que esperemos a agotar una vía previa en sede administrativa y/o judicial, pues la agresión por parte de INDECOPI se tornaría en irreparable o de muy difícil reparación.

¿Por qué? **Porque justamente estamos cuestionando a INDECOPI como institución que no ofrece las garantías constitucionales de debido procedimiento**. Se cuestiona su **imparcialidad** al encontrarnos en una grave desigualdad procesal producto de la afectación a nuestra imagen. Todo ello causado por la arbitraria y abusiva publicidad realizada por el propio INDECOPI respecto al procedimiento sancionador contra **PACÍFICO** resuelto en primera instancia (explicado en los fundamentos de hecho).

Si justamente el presente amparo busca que se dé por agotada la vía administrativa pues INDECOPI no es un ente imparcial para resolver la imputación hecha a PACÍFICO, ya que la igualdad procesal y la presunción de inocencia de nuestra empresa se ha visto mutilada, resultaría manifiestamente contradictorio que tengamos que agotar tal vía administrativa.

En consecuencia, **no habiendo ninguna vía igualmente satisfactoria ni una vía previa que agotar que no desnaturalice la protección constitucional en el presente proceso, la procedencia de la demanda en este extremo se encuentra acreditada.**

Sin perjuicio de lo expuesto, debe tenerse en cuenta que el artículo 45° del Código Procesal Constitucional establece que *"El amparo sólo procede cuando se hayan agotado las vías previas. En caso de duda sobre el agotamiento de la vía previa* ***se preferirá dar trámite a la demanda de amparo****."* (El resaltado es agregado).

D. Plazo para interponer la presente demanda

5.18 Conforme hemos reseñado en los fundamentos de hecho de la presente demanda, la afectación a nuestros derechos constitucionales se ha producido con la irrestricta y arbitraria publicidad de INDECOPI respecto al procedimiento en primera instancia administrativa seguido por el señor Oscar Segovia Trauco, la cual se inició desde el 10 de junio de 2014 (Ver **ANEXO 1-E**).

5.19 Sin perjuicio de ello, la publicación referida continúa en el portal web y red social de INDECOPI, así como en los archivos de los medios de comunicación detallados en nuestros fundamentos de hecho, por lo que afectación a los derechos constitucionales invocados de **PACÍFICO** se mantiene a la fecha.

5.20 En tal sentido, al ser una afectación continuada a nuestros derechos constitucionales, recalcamos que la presente demanda de amparo se interpone dentro del plazo establecido en el artículo 44º del Código Procesal Constitucional[21], pues aún no ha cesado su ejecución.

[21] **Código Procesal Constitucional**

Sobre la base de lo expuesto en el presente apartado, la presente demanda de amparo, no se encuentra inmersa en ninguna de las causales de improcedencia contenidas en el artículo 5º del mismo Código, por lo que **no deberá haber cuestionamiento alguno respecto a su procedencia**.

VI. FUNDAMENTOS JURÍDICOS COMUNES A TODAS LAS PRETENSIONES

A. VULNERACIÓN A LOS DERECHOS CONSTITUCIONALES DE PACÍFICO

- **Violación al derecho constitucional al debido proceso (autoridad imparcial e igualdad procesal)**

- El derecho constitucional al debido proceso en sede administrativa: debido procedimiento administrativo

6.1 Como ya hemos manifestado, el derecho constitucional al debido proceso se encuentra contenido en el artículo 139.3° de la Constitución y "***comprende un repertorio de derechos que forman parte de su contenido esencial*** (...) ***La sola***

"Artículo 44.- Plazo de interposición de la demanda
El plazo para interponer la demanda de amparo prescribe a los sesenta días hábiles de producida la afectación siempre que el afectado hubiese tenido conocimiento del acto lesivo y se hubiese hallado en posibilidad de interponer la demanda. (...)
Para el cómputo del plazo se observarán las siguientes reglas:
(...)
3) Si los actos que constituyen la afectación son continuados, el plazo se computa desde la fecha en que haya cesado totalmente su ejecución.
(...)"

inobservancia de cualquiera de estas reglas, *como de otras que forman parte del citado contenido, convierte el* ***proceso en irregular legitimando con ello el control constitucional***."[22]

6.2 Al respecto, resaltamos que **el derecho constitucional al debido proceso no circunscribe únicamente su aplicación a procesos judiciales o jurisdiccionales sino que también es aplicable, entre otros, a procedimientos administrativos**, quedando establecido así el deber ineludible de las autoridades administrativas a respetar el derecho al debido proceso de los administrados, así como todas las garantías que se encuentran contenidas en tal derecho[23].

El Tribunal Constitucional, como Supremo Intérprete de nuestra Constitución, así lo ha manifestado en reiterados pronunciamientos:

> *"2. El Tribunal Constitucional estima oportuno recordar, conforme lo ha manifestado en reiterada y uniforme jurisprudencia, que el debido proceso, como principio constitucional, está concebido como el cumplimiento de todas las garantías y normas de orden público que deben aplicarse a todos los casos y procedimientos,* ***incluidos los administrativos****, a fin de que las personas estén*

[22] STC N° 04509-2011-PA/TC de fecha 11 de julio de 2012. Fundamento Jurídico N° 4.
[23] Por ello, es que la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, reconoce en su artículo IV del Título Preliminar, al principio del debido procedimiento como uno de los pilares en los cuales debe descansar todo procedimiento administrativo.

en condiciones de defender adecuadamente sus derechos ante cualquier acto del Estado que pueda afectarlos. Vale decir que ***cualquier actuación u omisión de los órganos estatales dentro de un proceso, sea éste administrativo*** *-como en el caso de autos- o jurisdiccional,* ***debe respetar el debido proceso legal.***[24] (El resaltado es agregado).

- El derecho a una autoridad imparcial como parte de nuestro derecho constitucional al debido procedimiento

6.3 Tal como hemos referido anteriormente, el derecho al debido proceso contiene un repertorio de derechos que lo conforman, dentro de los cuales se encuentra el derecho a un juez imparcial.

6.4 La importancia de la imparcialidad de un juzgador se ve reflejada en que se encuentra expresamente consagrada en los tratados internacionales en derechos humanos, tales como el **Pacto de San José de Costa Rica**, en la **Declaración Universal de Derechos Humanos** y en el **Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales:**

Pacto de San José de Costa Rica

"Artículo 8. Garantías Judiciales

[24] STC 4289-2004-AA/TC de fecha 17 de febrero de 2005. Fundamento Jurídico 2.

*1. **Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial,** establecido con anterioridad por la ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter."*

Declaración Universal de Derechos Humanos

"Artículo 10
***Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial,** para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella (...)"*

Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales

"Artículo 6. Derecho a un proceso equitativo
***1. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa, públicamente y dentro de un plazo razonable, por un tribunal independiente e imparcial,** establecido por la ley, que decidirá los litigios sobre sus derechos y obligaciones (...)"*

6.5 Así pues, tal derecho a un juzgador imparcial como parte del derecho al debido proceso, también se manifiesta en el ámbito administrativo, como ya hemos mencionado:

> *"3. **El derecho al debido proceso y los derechos que contiene son invocables y, por lo tanto, están garantizados,** no solo en el seno de un proceso judicial, sino **también en el ámbito del procedimiento administrativo**. Así, **el debido proceso administrativo** supone, en toda circunstancia, el respeto –por parte de la administración pública o privada- de todos los principios y derechos normalmente invocables en el ámbito de la jurisdicción común o especializada, a los cuales se refiere el artículo 139° de la Constitución (juez natural, **juez imparcial** e independiente, derecho de defensa, etc.)"*[25]

Con ello, se desprende que es derecho constitucional de todo administrado –como **PACÍFICO** en el presente caso- contar con autoridades administrativas imparciales que resuelvan los procedimientos administrativos de los cuales son parte, como parte de su derecho constitucional al debido proceso (debido procedimiento).

[25] STC N° 4289-2004-AA/TC de fecha 17 de febrero de 2005. Fundamento Jurídico 3.

- La arbitraria publicidad generada por INDECOPI ha afectado la imparcialidad de la autoridad que resolverá en vía de apelación si **PACÍFICO** incurrió o no en alguna infracción administrativa respecto al tratamiento de las enfermedades preexistentes y la cobertura del seguro privado

6.6 Específicamente sobre la imparcialidad del juzgador, el Tribunal Constitucional ha dispuesto que este tiene dos acepciones: *"a) **Imparcialidad subjetiva**, se refiere a **cualquier tipo** de **compromiso** que pudiera tener el **juez con las partes** procesales o en el resultado del proceso; b) **Imparcialidad objetiva**, está referida a la **influencia negativa que puede tener en el juez la estructura del sistema, restándole imparcialidad**, es decir, si el sistema no ofrece suficientes garantías para desterrar cualquier duda razonable."*[26] (El resaltado es agregado).

6.7 En el caso en concreto, resulta importante resaltar que la arbitraria y abusiva actuación de INDECOPI de publicitar un pronunciamiento de la Comisión que no es definitivo y, en un tema tan sensible como lo es las preexistencias en el seguro privado, ha quebrado y afectado ineludiblemente el criterio de los Vocales de la Sala que conocerá el caso en vía de apelación.

¿Por qué? Pues porque es evidente que su criterio no ha podido mantenerse ajeno a la presión social y mediática iniciada por su propia entidad. Recordemos que, gracias a la publicidad desplegada por INDECOPI, para los medios de comunicación, la

[26] STC N° 04298-2012-PA/TC de fecha 17 de abril de 2013. Fundamento Jurídico N° 8.

opinión pública y la ciudadanía en general "**PACÍFICO** es el antagonista de los asegurados pues no les cubre las preexistencias". Este mito tan vago, inexacto y genérico se ha producido por la desinformación y tergiversación de los hechos que INDECOPI ha generado, publicitando un fallo administrativo inicial y que no es definitivo para que sea realmente un comportamiento exigible a **PACÍFICO**.

Teniendo en cuenta ello, ¿cómo puede esperarse que los integrantes de la Sala de INDECOPI que resolvería la apelación de **PACÍFICO** no se vean influenciados por la opinión pública y de los asegurados (formada sobre la base de información inexacta brindada por su propia entidad)? Ello es, sin duda, casi imposible.

Es más, no debe escapar al análisis de vuestro Juzgado que la presión a los Vocales de la Sala de INDECOPI proviene y provendrá no sólo de los medios de comunicación y la opinión pública, sino también y especialmente de la propia institución, pues resulta evidente que el área administrativa de INDECOPI que dispuso la publicación de la Nota de Prensa, perseguirá que la Sala de INDECOPI confirme la resolución de la Comisión, pues en caso contrario la entidad trasmitiría un mensaje contradictorio y de división interna que podría impactar su reputación. Lamentablemente, ese es un nuevo elemento perverso que ha sembrado INDECOPI al publicar la Nota de Prensa y que, sin lugar a dudas, impactará contra la imparcialidad de la Sala como segunda instancia en el respectivo procedimiento administrativo.

6.8 Por ello, en el presente caso, es claro que el sistema de justicia administrativo no brinda a **PACÍFICO** las garantías inherentes al debido proceso, pues a través de la arbitraria actuación de INDECOPI descrita y reiterada a lo largo del presente escrito, se ha mermado gravemente la imparcialidad de la autoridad administrativa que resolvería de manera definitiva la infracción imputada a **PACÍFICO** por el tema de las enfermedades preexistentes y su cobertura.

6.9 Con lo expuesto, se evidencia que **tanto la imparcialidad objetiva como subjetiva que debe tener la autoridad que resuelve un procedimiento administrativo ha sido quebrada y violada en el presente caso.**

Para poder apreciarlo claramente, resulta útil remitirnos a la famosa sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH)[27] donde se distinguió claramente entre la imparcialidad objetiva y la subjetiva. Dicha sentencia es comentada por el profesor Joan Picó[28], señalando que la imparcialidad puede tener este doble alcance:

i) **Subjetivo**: el cual se refiere a la **convicción personal** de un juzgador determinado respecto al caso en concreto y a las partes; y

[27] Asunto Hauldschildt de 24 de mayo de 1989 donde el TEDH elabora una doctrina fuertemente restrictiva sobre el derecho al juez (autoridad) imparcial reconocido en el artículo 6.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que luego fue desarrollada en otras sentencias.

[28] PICÓ I JUNOY. Joan. La imparcialidad judicial y sus garantías. Editorial J. M. BOSCH, Barcelona, pp. 24-25

ii) **Objetivo:** el cual incide sobre las **garantías suficientes** que debe reunir el juzgador en su actuación respecto al objeto mismo del proceso, *"presumiéndose la falta de imparcialidad si no concurren las citadas garantías".*

6.10 Así pues, la Sala de **INDECOPI** no cuenta con garantía alguna de imparcialidad, **la imparcialidad subjetiva y objetiva de tal órgano administrativo se ha quebrado ineludiblemente por la difusión y publicidad percibida desde el interior de su institución**, aunque tal quiebre –por ejemplo- no haya sido estrictamente intencional:

i) La imparcialidad **subjetiva** de la Sala de INDECOPI se ha quebrado pues su convicción personal respecto al caso en concreto ha sido distorsionada producto de los efectos de la difusión mediática de su resultado en primera instancia y la presión de la respuesta del público (consumidores) frente a ello.

ii) La imparcialidad **objetiva** de la Sala de INDECOPI ha sido evidentemente afectada pues, como órgano que decide en instancia administrativa sobre un procedimiento sancionador contra nuestra empresa, **no nos ofrece la garantía esencial y más importante de todo debido proceso: la imparcialidad de quien nos juzga.**

6.11 A fin de acreditar el quiebre total de la imparcialidad generado desde el mismo interior de INDECOPI, hemos analizado la totalidad de Notas de Prensa de INDECOPI durante la actual gestión presidencial de dicha entidad (2011 al 2014). Y, los

resultados hablan por sí solos: (i) desde septiembre 2011, se han publicado **28 notas de prensa con las mismas características** a las del presente caso; (ii) de ellas, 7 notas de prensa son del sector financiero y seguros (25%) y, lo más grave, (iii) **en la totalidad (100%) de los casos de notas de prensa publicadas que luego han sido resueltas en segunda instancia, el Tribunal de INDECOPI ha confirmado el pronunciamiento de primera instancia**. Ello es una clara y contundente prueba de que **cuando se publica una nota de prensa de alguna resolución de la Comisión, se condiciona ineludiblemente la posición del Tribunal** cuando resuelve en segunda instancia, colegiado que **en todos los casos resueltos a la fecha, ha confirmado lo decidido por la Comisión cuando se emitió previamente una Nota de Prensa desde el interior de la entidad** (Ver ANEXO 1-9).

- El derecho a la igualdad procesal o igualdad de armas como parte del debido procedimiento administrativo: La arbitraria publicidad generada por INDECOPI ha afectado la igualdad procesal o igualdad de armas de **PACÍFICO** en el procedimiento administrativo

6.12 El derecho a la igualdad procesal o igualdad de armas implica, en términos sencillos y claros, que ambas partes tengan idénticas posibilidades procesales para sostener y fundamentar lo que cada una estime conveniente[29], "***de tal modo que el***

[29]Ver **PICÓ I JUNOY**. Joan. El principio de la buena fe procesal, "Premio Nacional San Raimundo de Peñafort" de la Real Academia Española de Jurisprudencia y Legislación. J.Mª. Bosch editor, Barcelona, 2003.

resultado a que cada cual aspira no puede ser favorecido por privilegios a favor ni gravámenes en perjuicio."[30]

6.13 A tal efecto, es importante tener en cuenta que nuestro Supremo Intérprete ha sido enfático en establecer que el principio descrito de igualdad de armas se aplica a todo proceso, incluido el procedimiento administrativo como el del presente caso:

"todo proceso, judicial, ***administrativo*** *o en sede privada,* ***debe garantizar que*** *las partes del proceso detenten las mismas oportunidades de alegar, defenderse o probar, de modo que* ***no se ocasione una desventaja en ninguna de ellas respecto a la otra. Tal exigencia constituye un componente del debido proceso*** *ya que ningún proceso que inobserve dicho imperativo puede reputarse como "debido".*"[31]

6.14 Teniendo en cuenta lo expuesto, se desprende que el derecho a la igualdad de armas de **PACÍFICO** se ha visto transgredido, de las mismas razones por las cuales **PACÍFICO** ha visto mermado su derecho a contar con autoridades imparciales que resuelvan de manera definitiva en sede administrativa la sanción que se le imputa.

¿Por qué? Pues porque **PACÍFICO** se encuentra actualmente, luego de haber apelado la decisión administrativa de primera

---

[30] **PRIETO-CASTRO FERRANDIZ**, Leonardo. Derecho Procesal Civil. Volumen I, Editorial Revista de Derecho Privado, Madrid, 1968, p.287.

[31] STC N° 06135-2006-PA/TC de fecha 19 de octubre de 2007. Fundamento Jurídico N° 5.

instancia, en una **evidente situación de desventaja procesal que le genera una grave indefensión en el procedimiento**. Dicha situación de desventaja consiste en ser ya "la parte infractora" frente a los medios de comunicación, la opinión pública y de los asegurados producto de la abusiva y arbitraria publicidad iniciada por INDECOPI cuando aún no se tenía un pronunciamiento administrativo definitivo y firme al respecto.

6.15 La parte denunciante, a diferencia de **PACÍFICO**, se encuentra en una clara posición de ventaja en el procedimiento, pues ha sido beneficiada con toda la presión mediática generada por la publicidad de INDECOPI, lo cual ha producido que resulte **poco probable revertir el resultado en primera instancia administrativa**, en desmedro de nuestro derecho al debido proceso.

6.16 Por tanto, la relación descrita entre el derecho de igualdad de armas y la imparcialidad de todo juzgador se hace inminente, dejando en claro que **todas las partes en un proceso se deben encontrar siempre en igualdad de condiciones y ello debe ser reflejado de tal forma por quien las juzga de forma imparcial**:

*"(...) el principio de igualdad de armas procesales, según el cual las partes han de tener las **mismas posibilidades** y cargas de alegación, prueba e impugnación; esto es la **imparcialidad judicial comporta en particular, el derecho de las partes de pretender y esperar que el juez las trate de igual modo, bajo el mismo plano de igualdad.** En consecuencia,*

*la existencia de **cualquier tipo de perjuicio** o interés del juzgador a favor de una parte, o en perjuicio **de la otra, supone conculcar el principio básico de la igualdad de armas procesales, provocando que el juez deje de estar legitimado para resolverlo**."*[32]

6.17 El extracto citado resulta sumamente importante para efectos de lo que solicitamos en nuestra demanda de amparo. A lo largo del presente escrito, hemos demostrado que la imparcialidad e igualdad procesal -como derechos constitucionales de **PACÍFICO**- ha sido quebrada por la arbitraria difusión de información por parte de INDECOPI. Por ello, tal como lo recalca la más autorizada doctrina al respecto, **la Sala de INDECOPI no está legitimada para resolver en instancia administrativa el procedimiento sancionador iniciado en nuestra contra, pues el derecho de igualdad de armas de PACÍFICO ha sido conculcado, NO existiendo en consecuencia una autoridad administrativa que resuelva de forma imparcial, conforme las garantías constitucionales consagradas a todo proceso.**

A manera de conclusión al presente apartado referido a la afectación al debido proceso de **PACÍFICO** en la modalidad de derecho a una autoridad imparcial y a la igualdad de armas en el procedimiento, resulta importante remitirnos a lo señalado por el Profesor Joan Pico:

---

[32] **PICÓ I JUNOY.** Joan. La imparcialidad judicial y sus garantías: la abstención y recusación, Barcelona, Editorial Bosch, 1998, p. 26.

*"dentro del **derecho a un proceso con todas las garantías** encontramos:*

- *el derecho a la igualdad de armas procesales; y*
- *el derecho la imparcialidad (...)"*[33]

Sin embargo, ya hemos explicado que ambos conceptos se han visto mermados en el presente caso por la actuación de INDECOPI, por lo que queda acreditada la transgresión al debido procedimiento (proceso) de **PACÍFICO**.

- **Vulneración al derecho constitucional a la imagen y buena reputación de PACÍFICO**

6.18 Como ya hemos referido anteriormente, el derecho a la imagen y buena reputación es un derecho constitucional reconocido en el artículo 2.7° de la Constitución:

> *"**Artículo 2°.** Toda persona tiene derecho:*
> *(...)*
> *7. Al honor y a la **buena reputación**, a la intimidad personal y familiar así como a la voz y a la **imagen** propias."*

6.19 Ahora bien, la doctrina y jurisprudencia, han sido unánimes en recalcar que una persona jurídica como **PACÍFICO**, puede ser titular del derecho constitucional a la imagen y buena reputación.

---

[33] **PICÓ I JUNOY.** Joan. Las Garantías Constitucionales del Proceso. Ob. Cit.pp. 131-132.

Así lo ha reconocido el profesor Juan Espinoza cuando menciona expresamente que una persona jurídica, como **PACÍFICO**, puede ver transgredido su derecho a la reputación producto de afirmaciones inexactas respecto a ella:

> *"(...) se debe hacer la precisión de que la persona jurídica también puede ser titular de situaciones jurídicas existenciales, como el derecho a la identidad, **reputación**, privacidad, entre otros. (pag 27)*
>
> *(...)*
>
> *En efecto, se le pueden lesionar estos derechos a la persona jurídica si se hacen **afirmaciones inexactas sobre ella**, si se hacen **juicios de valor negativo** o si se viola su correspondencia.*
>
> *(...)*
>
> *Admitir que la persona jurídica (o incluso, el sujeto colectivo) no es titular per se de situaciones jurídicas es negarle su calidad de sujeto de derecho autónomo."*[34] (El resaltado es agregado).

Nuestro Tribunal Constitucional también ha dejado establecido el derecho de las personas jurídicas al buen nombre y la reputación y su clara protección a través del proceso de amparo:

---

[34] **ESPINOZA ESPINOZA,** Juan. EN: Derecho de las personas. Tomo II. 6° edición. Editorial Iustitia - Grijley: Lima, 2012, pp. 27-29.

*"Sin embargo, aunque la **buena reputación** se refiera, en principio, a los seres humanos, éste no es un derecho que ellos con carácter exclusivo **puedan titularizar**, sino **también las personas jurídicas de derecho privado**, pues, de otro modo, el desconocimiento hacia estos últimos podría ocasionar que se deje en una situación de indefensión constitucional ataques contra la "**imagen**" que tienen frente a los demás o ante el descrédito ante terceros de toda organización creada por los individuos. En consecuencia, el Tribunal Constitucional considera que **las personas jurídicas de derecho privado también son titulares del derecho a la buena reputación y, por tanto, pueden promover su protección a través del proceso de amparo**."*[35] (El resaltado es agregado).

6.20 Teniendo claro el derecho de **PACÍFICO** a su buen nombre y reputación, así como la protección de dicho derecho a través del presente proceso de amparo, resulta claro que en este caso la actuación de INDECOPI que hemos descrito en nuestros fundamentos de hecho ha mermado por completo nuestro derecho constitucional a la imagen y reputación.

6.21 A fin de acreditar lo referido, recordemos por favor las actuaciones de INDECOPI descritas en nuestros fundamentos

[35] STC 0905-2001-AA/TC de fecha 14 de agosto de 2002. Fundamento Jurídico N° 7.

de hecho, las cuales han afectado gravemente nuestra imagen y reputación:

i) INDECOPI publicitó abierta e irrestricamente en su portal web y redes sociales que su entidad –como institución- sancionó a nuestra empresa *"porque se negó, de manera injustificada a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deben ser atendidas".*

ii) Tal publicidad iniciada por INDECOPI generó que los principales medios de comunicación y diarios de nuestro país replicaran lo informado por dicha entidad, con titulares que brindaban información inexacta a la gran masa de consumidores y usuarios. Así pues, tales titulares hacían creer que INDECOPI sancionó de manera definitiva a **PACÍFICO** pues aparentaron reflejar una opinión institucional de INDECOPI referida a que nuestra empresa infringió las normas de protección al consumidor "por no cubrir enfermedades preexistentes que por ley estaba obligado".

iii) Sin perjuicio de que en el cuerpo de las notas periodísticas se mencione o no que **PACÍFICO** apeló o impugnó la resolución emitida por la Comisión, los titulares fueron fulminantes y claros en la información inexacta brindada. Tengamos en cuenta que los titulares de una nota periodística son muchas veces lo único que se lee en una noticia por ser lo más resaltante o, de lo contrario, lo que mayormente queda en la mentalidad del público.

iv) Por los motivos expuestos, la gran cantidad masiva de personas a las cuales están dirigidas las publicaciones referidas anteriormente, han sido negativamente condicionadas respecto a la opinión de nuestra empresa en un tema tan sensible como lo son las enfermedades preexistentes y su cobertura, cuando no se ha definido el tema siquiera en instancia administrativa.

6.22 En conclusión, tenemos que INDECOPI ha hecho de conocimiento público un pronunciamiento sobre una supuesta infracción a la normativa de protección al consumidor, pese a que el mismo podría verse sustancialmente modificado o revertido ante la apelación interpuesta por nuestra empresa a ser resuelta por una segunda instancia administrativa.

6.23 Lo referido anteriormente atenta gravemente contra la imagen de **PACÍFICO** como una de las principales compañías aseguradoras de nuestro país, pues ha sido reconocida como la mejor compañía de seguros generales del Perú por el sector empresarial, los líderes de opinión y la opinión pública, según estudios realizados por Ipsos-Apoyo y la Encuesta Anual de Ejecutivos de la Cámara de Comercio de Lima (ANEXO 1-R). De igual modo, ha sido distinguida como una "Empresa socialmente responsable" al asumir voluntaria y públicamente el compromiso de una gestión responsable como parte de su cultura y estrategia de negocio (ANEXO 1-S).

Asimismo, recientemente **PACÍFICO** ha sido reconocida con el Premio de la Bolsa de Valores de Lima y Ernst & Young "La Voz del Mercado", el cual reconoce las buenas prácticas en buen

gobierno corporativo por los principales actores del mercado local e internacional **(ANEXO 1-T)**.

6.24 Tal imagen y reputación ha sido producto de un esfuerzo y trabajo constante construido a lo largo de toda la trayectoria de nuestra empresa, la cual debe verse necesariamente respaldada por la satisfacción de nuestros clientes en los servicios de seguros prestados por **PACÍFICO**, pues de lo contrario la imagen alcanzada y el respaldo adquirido se puede ver seriamente descontinuado o mermado en el tiempo.

Y, Señor Juez, INDECOPI con los hechos demandados en el presente proceso ha contribuido con el desmedro referido, menoscabando la imagen y reputación alcanzada por **PACÍFICO**, condicionando negativamente a la opinión pública y a la ciudadanía en general.

6.25 El daño a nuestra imagen es cierto e inminente: INDECOPI ha generado que se dé a conocer públicamente un acto administrativo sancionador y condenatorio que no tiene la calidad de definitivo o incontrovertible, lo que potencialmente podría generar predisposición por parte de nuestro clientes a cuestionar la idoneidad de los servicios que brindamos, sin que dicha falta haya sido establecida de manera definitiva, más aún cuando PACÍFICO la niega y espera un pronunciamiento definitivo en contrario.

- **<u>Vulneración al derecho de presunción de inocencia de PACÍFICO</u>**

- <u>El principio de presunción de inocencia en sede administrativa: principio de lícitud</u>

6.26 La presunción de inocencia es el derecho constitucional de todo procesado, en virtud del cual se le considera inocente de todo delito o infracción durante todo el proceso o procedimiento mientras no se pruebe su culpabilidad y hasta que se expida sentencia definitiva[36].

6.27 Ahora bien, la aplicación de este principio se da tanto en materia penal como en materia administrativa sancionadora, rama que por su naturaleza punitiva recoge los principios del derecho penal.

Así pues, el Tribunal Constitucional ha reconocido la plena aplicación del principio de presunción de inocencia en sede administrativa, el cual se ve reflejado en el principio de licitud consagrado en la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General (en adelante, la LPAG):

> *"a.§ **Derecho a la presunción de inocencia en sede administrativa***

[36] Ver STC N° 3891-2011-PA/TC de fecha 16 de enero de 2012. Fundamento Jurídico 57.

46. En sede administrativa sancionatoria, este derecho se denomina presunción de licitud y se encuentra previsto en el artículo 230.9 de la Ley N.º 27444 (...)"[37]

6.28 Teniendo en cuenta ello, veamos lo que recoge el principio de licitud contenido en el artículo 230.9° de la LPAG:

> *"Artículo 230.- Principios de la potestad sancionadora administrativa*
> *La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:*
> *(...)*
> *9. Presunción de licitud.- Las entidades deben presumir que los administrados han actuado apegados a sus deberes mientras no cuenten con evidencia en contrario.*
> *(...)"*

6.29 Luego de revisar la norma citada, resulta claro que, cuando existe de por medio un procedimiento administrativo sancionador, se presume que el administrado no ha infringido norma administrativa alguna hasta que la autoridad lo determine en base a la prueba evidenciada.

6.30 Justamente de dicha manera lo ha explicado el profesor Morón Urbina cuando se refiere al principio de licitud,

---

[37] STC N° 00156-2012-PHC/TC de fecha 8 de agosto de 2012. Fundamento Jurídico N° 46.

también llamado de corrección o presunción de inocencia en sede administrativa:

> *"**Las entidades deben presumir que los administrados han actuado apegados a sus deberes mientras** no encuentren evidencia en contrario y **esta no sea declarada así mediante resolución administrativa firme**."*[38]
> (El resaltado es agregado).

6.31 Veamos en el siguiente apartado cómo la actuación de INDECOPI ha vulnerado el principio de presunción de inocencia o licitud que debe regir en todo procedimiento administrativo sancionador.

- La arbitraria actuación de INDECOPI ha transgredido abiertamente la presunción de inocencia o licitud administrativa de **PACÍFICO**

6.32 Como ya hemos referido, **PACÍFICO** ha interpuesto la presente demanda por haberse difundido en diversos medios de comunicación la resolución administrativa de primera instancia emitida por la Comisión, la cual le imputa a PACÍFICO haber infringido las normas de protección al consumidor en el procedimiento administrativo sancionador iniciado por el señor Oscar Segovia Trauco respecto a la cobertura de enfermedades preexistentes.

---

[38] MORÓN URBINA, Juan Carlos. Comentarios a la Ley de Procedimiento Administrativo General. Gaceta Jurídica: Lima, 2003, p. 520.

335

6.33 Así pues, tal como hemos explicado a lo largo de la presente demanda, INDECOPI publicitó y generó una difusión masiva en medios, destinada a informar que **PACÍFICO** había sido sancionada por ser una empresa "infractora" del derecho al consumidor, pese a que apeló la decisión de primera instancia de la Comisión y, por tanto, aún no existía (ni existe) un pronunciamiento administrativo firme al respecto.

6.34 Lo expuesto acredita que INDECOPI no tuvo en lo absoluto en consideración el derecho de PACÍFICO a la presunción de licitud de su conducta (presunción de inocencia) pues:

i. Obvió por completo que no existía aún un pronunciamiento administrativo firme ni definitivo y que por tanto el resultado que publicitó a gran escala podía ser variado, modificado o incluso revertido en vía de apelación.

ii. Mutiló por completo la presunción de que PACÍFICO actuó conforme a derecho, pues aún no se tenía un resultado firme en el procedimiento administrativo sancionador iniciado en contra PACÍFICO que establezca de manera definitiva que incurrió en infracción administrativa.

6.35 En estos casos Señor Juez, es claro que la difusión en medios descrita en torno al procedimiento administrativo en primera instancia contra **PACÍFICO**, ha quebrado por completo el principio de presunción de inocencia de nuestra empresa. En casos como este, el profesor Joan Picó lo ha explicado claramente:

"(...) lo que importa destacar a este respecto es que lo que difunden los medios es un mensaje que contiene y a la vez provoca una percepción subliminar cuya imagen no es la presunción de inocencia sino la presunción de culpabilidad. ¿Qué es sino la noticia? ***Filtraciones y juicios paralelos contra los cuales resulta prácticamente inútil poder combatir. Más aún: se sigue utilizando el término <<presunción>> como chaleco salvavidas, pero ya no se habla del presunto inocente*** *a quien se atribuye determinado crimen,* ***sino que limpiamente se habla del presunto asesino****, Pero eso sí, presunto."*[39]

6.36 Lo descrito en la cita anterior es justamente lo que ha ocurrido en el presente caso, Señor Juez. PACÍFICO es un presunto culpable y así se enfrenta al procedimiento administrativo en segunda instancia donde espera –inútilmente- revertir el resultado: su derecho a la presunción de inocencia se ha visto transgredido, al igual que su derecho a la buena reputación, su derecho a una autoridad imparcial y su derecho a la igualdad en el procedimiento.

6.37 La transgresión descrita anteriormente ha mermado casi por completo la posibilidad de que PACÍFICO sea juzgado en sede administrativa por autoridades imparciales y en igualdad de armas respecto al denunciante: reiteramos, la imagen de PACÍFICO no sólo se ha visto afectada frente a los asegurados y el resto de la ciudadanía, los principales receptores de la difusión de esta información dada por

[39] PICO I JUNOY. Joan. Principios y garantías procesales. Liber Amcorum. En homenaje a la Profesora Ma Victoria Berzosa Francos. Bosch Procesal, España, 2013, pp. 492-493.

INDECOPI son los integrantes de la Sala que resolverá en vía de apelación el procedimiento sancionador contra **PACÍFICO**. Frente a ellos, es que se ha quebrado por completo la presunción de inocencia y de licitud de la conducta de **PACÍFICO**, haciendo que prácticamente sea un ilusorio revertir o variar el resultado en primera instancia administrativa.

B. EJERCICIO ABUSIVO DE DERECHO EN CONTRAVENCIÓN AL ARTÍCULO 103° DE LA CONSTITUCIÓN Y VIOLACIÓN AL PRINCIPIO CONSTITUCIONAL DE INTERDICCIÓN DE LA ARBITRARIEDAD POR PARTE DE LA ACTUACIÓN DE INDECOPI

- **La prohibición constitucional de abuso de derecho, la facultad discrecional del Estado y el principio de interdicción de la arbitrariedad**

6.38 El artículo 103° de la Constitución consagra expresamente que *"La Constitución no ampara el abuso del derecho."*

6.39 Por ello, el principio de interdicción de la arbitrariedad implica la prohibición de orden constitucional de toda autoridad, institución u organismo del Estado de actuar de manera arbitraria y sin observar lo que establece nuestro ordenamiento jurídico respecto a sus facultades y competencias, respetando así la seguridad jurídica y los derechos de los ciudadanos.

6.40 En ese sentido, el Tribunal Constitucional ha explicado que, en virtud de tal principio, **se prohíbe toda actuación de la Administración que devengue en arbitraria e injusta**:

> *Al reconocerse en los artículos 3º y 43º de la Constitución Política del Perú el Estado Social y Democrático de Derecho, se ha incorporado el **principio de interdicción o prohibición de todo poder ejercido en forma arbitraria e injusta**. Este principio tiene un doble significado: (i) en un sentido clásico y genérico, la arbitrariedad aparece como el reverso de la justicia y el derecho; (ii) en un sentido moderno y concreto, la arbitrariedad aparece como lo carente de fundamentación objetiva, lo incongruente y contradictorio con la realidad que ha de servir de base a toda decisión. Es decir, como aquello desprendido o ajeno a toda razón de explicarlo."*[40] (El resaltado es agregado).

6.41 De acuerdo a lo expuesto, la facultad discrecional del Estado no es absoluta sino que, conforme es lógico, debe seguir ciertos estándares que eviten decisiones abusivas, arbitrarias y/o injustas, a fin de que resulten razonables y proporcionales de acuerdo a los fines públicos que se persiguen.

---

[40] STC N° 03167-2010-PA/TC de fecha 18 de marzo de 2011. Fundamento Jurídico 12.

337

6.42 Tal como lo ha explicado el autor argentino Hitters, **la discrecionalidad de la Administración tiene como principal límite los derechos constitucionales de los ciudadanos**:

> *"la **discrecionalidad de la administración tiene límites infranqueables, siendo uno de ellos el respeto de los derechos humanos.** Es importante que la actuación de la administración se encuentre regulada, y ésta no puede invocar el orden público para reducir discrecionalmente las garantías de los administrados. Por ejemplo, no puede la administración dictar actos administrativos sancionatorios sin otorgar a los sancionados la garantía del debido proceso (...) **es un derecho humano el obtener todas las garantías que permitan alcanzar decisiones justas, no estando la administración excluida de cumplir con este deber. Las garantías mínimas deben respetarse en el procedimiento administrativo** y en cualquier otro procedimiento cuya decisión pueda afectar los derechos de las personas."*[41] (El resaltado es agregado).

Sin embargo, INDECOPI ha mutilado por completo nuestros derechos constitucionales en el procedimiento administrativo

[41] **HITTERS,** Juan Carlos. Las Garantías Judiciales en el Pacto de San José de Costa Rica (Interpretación Evolutiva de la Corte Interamericana de Derechos Humanos). Revista Da Facultade de Direito Do Sul de Minas. Volumen 26, Pouso Alegre, Brasil, p. 99.

sancionador que actualmente sigue en trámite (vía apelación), habiendo excedido arbitrariamente su facultad discrecional, en una clara violación al principio constitucional de interdicción de la arbitrariedad, conforme detallaremos a continuación.

- **Violación al principio de interdicción de la arbitrariedad en el caso en concreto: La publicidad generada por INDECOPI no es razonable ni proporcional sino que constituye un ejercicio abusivo de derecho**

6.43 Siguiendo la línea descrita en el apartado anterior, es importante explicarle, Señor Juez, que en el presente caso, INDECOPI no actuó de manera razonable y/o proporcional a las circunstancias sino que por el contrario la difusión y publicidad que inició fue abiertamente arbitraria, violando el principio constitucional de interdicción de la arbitrariedad. Veamos por qué.

6.44 Para ello, corresponde remitirnos a lo dispuesto en el artículo 123° del Código de Protección al Consumidor, el cual se refiere a la publicidad de la información de los procedimientos seguidos ante INDECOPI:

> *"**Artículo 123°.- Recopilación de información por la autoridad***
> *El secretario técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi están facultados para reunir información relativa a las características y*

condiciones de los productos o servicios que se expenden en el mercado, con el objeto de informar al consumidor para permitirle tomar una adecuada decisión de consumo.

Los procedimientos seguidos ante el Indecopi tienen carácter público. En esa medida, el secretario técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi se encuentran facultados para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y no constituya violación de secretos comerciales o industriales."

6.45 Tal como se desprende de la norma citada, efectivamente los procedimientos seguidos ante INDECOPI son públicos pero tiene ciertos **parámetros: i)** el Secretario Técnico y la Comisión son los únicos facultados para disponer la difusión de información vinculada a los procedimientos de protección al consumidor; **ii)** dicha difusión sólo se justifica para proteger los intereses de consumidores afectados con la conducta discutida en el procedimiento y **iii)** la difusión de la información relacionada no puede violar secretos industriales.

6.46 En consecuencia, debemos preguntarnos ¿La publicidad generada por INDECOPI respecto al resultado no definitivo en primera instancia del procedimiento administrativo seguido contra **PACÍFICO** respecto a las enfermedades

preexistentes y su cobertura, cumplió con los parámetros del artículo 123° del Código de Protección al Consumidor? Y la respuesta es **NO:**

- No se indica en ningún extremo de la publicidad efectuada en el portal web de INDECOPI (la cual desencadenó la cobertura en los principales medios de nuestro país), que el órgano que ha habilitado tal publicación sea la Comisión o la Secretaría Técnica.

  Peor aún, resulta razonablemente presumible que no haya sido la Comisión ni la Secretaría Técnica los que hayan habilitado tal publicación, pues no existe ningún pronunciamiento de estos órganos al respecto, pese a que son los únicos facultados por ley para difundir la información de por medio.

- Es justamente por ello que no es posible determinar en qué medida la publicación podría repercutir en los intereses de los consumidores afectados. Y, justamente Señor Juez, no es posible hablar de "protección de consumidores afectados" pues no existe aún un pronunciamiento firme y definitivo en instancia administrativa para que INDECOPI pueda justificar el ejercicio de tan importante facultad tuitiva.

6.47 Por tales motivos, Señor Juez, que la publicidad iniciada por INDECOPI respecto al procedimiento administrativo sancionador que aún continúa en trámite en instancia administrativa deviene en arbitrario: No ha cumplido con las

limitaciones y parámetros establecidas en la ley de la materia (Código de Protección al Consumidor).

6.48 Adicionalmente a ello, no puede dejar de mencionarse que la actuación descrita de INDECOPI no encuadra en lo absoluto en el principio de proporcionalidad de las actuaciones administrativas, en virtud del cual la Administración debe actuar respetando los derechos fundamentales de los ciudadanos:

> *"En efecto, es en el seno de la actuación de la Administración donde* ***el principio de proporcionalidad cobra especial relevancia, debido a los márgenes de discreción con que inevitablemente actúa la Administración para atender las demandas de una sociedad en constante cambio****, pero también, debido a la presencia de cláusulas generales e indeterminadas como el interés general o el bien común, que* ***deben ser compatibilizados con otras cláusulas o principios igualmente abiertos a la interpretación, como son los derechos fundamentales*** *o la propia dignidad de las personas. Como bien nos recuerda López González, "En la tensión permanente entre Poder y Libertad que protagoniza el desenvolvimiento del Derecho Público y por ello también el del Derecho Administrativo, el Estado de Derecho a través de la consagración que*

formula el principio de legalidad y de la garantía y protección de los derechos fundamentales, exige un uso jurídico proporcionado del poder, a fin de satisfacer los intereses generales con la menos e indispensable restricción de las libertades"[42] (El resaltado es agregado).

6.49 En el presente caso, cabe preguntarse ¿Era proporcional a los fines de INDECOPI que se publicite el resultado del procedimiento en cuestión contra **PACÍFICO**? Sin perjuicio de que en el presente caso no se ha cumplido con lo dispuesto en el Código de Protección al Consumidor, aún así, existían otras medidas no lesivas a nuestros derechos constitucionales que alcanzaban la misma supuesta finalidad de protección a los consumidores. Por ejemplo, pudieron haber difundido información sobre la aplicación de normas de seguros sin alusión a nuestra empresa, pues reiteramos, ello no se justificaba al no haber si quiera un pronunciamiento firme en primera instancia respecto a nuestro procedimiento.

6.50 Por el contrario, lo más grave en el presente caso es que, tal como hemos fundamentado y acreditado en las secciones anteriores del presente escrito, **la actuación de INDECOPI ha dejado en absoluta indefensión constitucional a PACÍFICO pues ha violado todas sus garantías constitucionales**: **i)** ha violado su derecho a una autoridad imparcial; **ii)** ha violado su derecho a la igualdad procesal; y

[42] STC 2192-2004-AA /TC de 11 de octubre de 2004. Fundamento Jurídico N° 17.

iii) ha violado su derecho a la presunción de inocencia. Con tales transgresiones, resulta imposible que **PACÍFICO** cuente en el procedimiento administrativo sancionador ante INDECOPI con las garantías mínimas que la Constitución le otorga.

- **La tutela inhibitoria solicitada en nuestra tercera y cuarta pretensión principal como respuesta al abuso de derecho**

6.51 La tutela inhibitoria surge como una tutela diferenciada preventiva *"la que podemos definir como la prestación jurisdiccional de naturaleza específica, destinada a* ***impedir la práctica, continuación o repetición de lo ilícito, por medio de un mandato judicial irreemplazable de hacer o de no hacer****, según sea la conducta comisiva u omisiva."*[43]

6.52 Es en virtud de dicha tutela y, como consecuencia de restablecer a nuestra parte en el ejercicio de nuestros derechos constitucionales conculcados, que solicitamos a vuestro Despacho (a través de nuestra tercera pretensión) que **INDECOPI** no vuelva a cometer en el futuro la arbitraria difusión de información de un procedimiento que aún no han sido resuelto de manera definitiva y firme en

[43] MONROY GÁLVEZ, Juan y MONROY PALACIOS, Juan. Del mito del proceso ordinario a la tutela diferenciada. Apuntes iniciales. En: Sentencia Anticipada (Despachos interinos de fondo). Director Jorge W. Peyrano, Coordinador Carlos A. Carbone. Rubinzal – Culzoni Editores: Buenos Aires, p. 183.

instancia administrativa, a fin de no transgredir nuestros derechos constitucionales como administrados.

6.53 La arbitraria actuación de INDECOPI descrita en el apartado anterior, la cual refleja un claro abuso de derecho por no ser razonable y no respetar nuestros derechos constitucionales, justifica plenamente nuestra solicitud de tutela inhibitoria a fin de evitar que en el futuro dicha conducta vuelva a repetirse y, nos veamos nuevamente en la posición de interponer una demanda de amparo como la presente.

El profesor Ordoqui ha explicado claramente la justificación de la tutela inhibitoria la cual calza perfectamente en el presente caso:

*Por aquello de que **'más vale prevenir que curar'** se contemplan no sólo aspectos económicos sino esencialmente tuitivos de la persona. **Ante la amenaza cierta de peligro inminente de que ocurriera un daño por abuso de derecho, el orden jurídico no puede quedar inactivo. No parece acertado pensar que ante un daño inminente el derecho solo puede esperar y ver cómo el peligro se convierte en daño para solo entonces actuar**. Dicha forma de pensar es contraria a la propia racionalidad y sentido del derecho"*

(...)

Por ello es importante en el estudio del abuso de derecho no sólo concentrar la atención en la posible

resarcibilidad de los daños sino de la denominada ***tutela sustancial inhibitoria*** *(...)"*[44] (El resaltado es agregado).

6.54 En atención a lo expuesto Señor Juez, solicitamos nos brinde tutela inhibitoria frente al abuso de derecho perpetrado por la Administración (INDECOPI) y no permita que los actos demandados en el presente proceso vuelvan a repetirse, en desmedro de nuestros derechos constitucionales.

VII. EN CONCLUSIÓN:

Por los fundamentos expuestos anteriormente Señor Juez, solicitamos que nuestra demanda sea declarada fundada y, en consecuencia:

i. Se declare que **i)** el **derecho constitucional al debido proceso** de **PACÍFICO**, contenido en el artículo 139.3° de la Constitución (**autoridad imparcial e igualdad procesal**); **ii)** el **derecho constitucional a la imagen y buena reputación** de **PACÍFICO** contenido en el artículo 2.7° de la Constitución y **iii)** el **derecho constitucional a la presunción de inocencia** de **PACÍFICO** contenido en el inciso e) del artículo 2.24° de la Constitución; han sido vulnerados en sede administrativa por INDECOPI como consecuencia de la arbitraria publicidad realizada por dicha entidad sobre el resultado del procedimiento administrativo iniciado por el señor Oscar Segovia Trauco contra **PACÍFICO**, antes de que sea

[44] ORDOQUI CASTILLA, Gustavo. Abuso de Derecho. Pontifica Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Grupo Editorial Ibañez, Bogotá, 2009, pp. 117-118.

resuelto el procedimiento de manera definitiva en instancia administrativa. **(PRIMERA PRETENSIÓN).**

ii. Se restablezca a **PACÍFICO** en el pleno ejercicio de **i)** su **derecho constitucional al debido proceso (autoridad imparcial e igualdad de armas); ii)** su **derecho constitucional a la imagen y buena reputación** y **iii)** su **derecho constitucional a la presunción de inocencia (presunción de licitud), DECLARANDO** que **se ha agotado la vía administrativa en el presente caso al no existir garantías de imparcialidad en el procedimiento administrativo iniciado por el señor Oscar Segovia Trauco contra PACÍFICO**, pues como consecuencia de la publicación en su página web institucional se produjo una serie de menciones periodísticas arbitrarias por parte de dicha entidad sobre el resultado del procedimiento trilateral antes de que sea resuelto de manera definitiva en instancia administrativa, por lo que **se ha quebrado por completo las garantías constitucionales del procedimiento administrativo antes referidas, habiendo quedado PACÍFICO en un estado absoluto de indefensión constitucional: No existiendo ninguna garantía de imparcialidad en el trámite de la apelación ante la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal de INDECOPI (segunda instancia administrativa). (SEGUNDA PRETENSIÓN)**

iii. Se ordene a **INDECOPI** no volver a publicar en su portal institucional web procedimientos administrativos que aún no han sido resueltos de manera definitiva y firme en instancia administrativa, a fin de no transgredir los derechos constitucionales a i) la **imparcialidad** de los Vocales de la Sala Especializada en

Protección al Consumidor; ii) la **igualdad procesal** o igualdad de armas; iii) la **imagen y buena reputación;** y iv) al principio de **presunción de inocencia. (TERCERA PRETENSIÓN).**

iv. Se ordene a INDECOPI abstenerse de conocer cualquier procedimiento administrativo que verse sobre la misma materia discutida en el procedimiento administrativo seguido por el señor Oscar Segovia Trauco contra **PACÍFICO,** esto es, sobre la continuidad de atención de las enfermedades consideradas como preexistentes en los contratos de seguros de salud, dándose por agotada la instancia en cualquier procedimiento administrativo que verse sobre dicha materia pues se ha transgredido i) la **imparcialidad** de los Vocales que resolverán en segunda instancia; ii) la **igualdad procesal** o igualdad de armas de las partes; iii) la **imagen y buena reputación** del administrado (**PACÍFICO**); y iv) el principio de **presunción de inocencia** del administrado (**PACÍFICO**). **(CUARTA PRETENSIÓN).**

v. Se ordene a INDECOPI publicar una nota rectificatoria, con la mismas características que la publicada con fecha 10 de junio de 2014, donde i) señale que no corresponde que su Entidad publique los resultados de los procedimientos administrativos en primera instancia y ii) se comprometa a no incurrir nuevamente en esta misma conducta ofreciendo las disculpas correspondientes a **PACÍFICO** por el daño causado a su imagen y reputación; pues al ser un resultado que puede revertirse al interior de la propia Entidad, afecta i) la imparcialidad de los Vocales que resolverán en segunda instancia; ii) la igualdad procesal o igualdad de armas de las partes; iii) la imagen y buena reputación del administrado; y iv)

el principio de presunción de inocencia del administrado. **(QUINTA PRETENSIÓN).**

VIII. MEDIOS PROBATORIOS

Ofrecemos en calidad de medios probatorios los siguientes:

1. Resolución "Final" N° 501-2014/CC1 de fecha 21 de mayo de 2014 expedida por La Comisión de Protección al Consumidor de INDECOPI **(ANEXO 1-D).**

2. Publicación de fecha 10 de junio de 2014, descargada del sitio oficial de INDECOPI: "INDECOPI sancionó a empresa PACÍFICO Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes" **(ANEXO 1-E).**

3. Publicación en la página oficial de INDECOPI en la red social FACEBOOK de fecha 10 de junio de 2014, con el titular: "Sanción a Pacífico Peruano Suiza por no cubrir enfermedades preexistentes". **(ANEXO 1-F).**

4. Impresión de la página oficial de INDECOPI en la red social FACEBOOK, donde consta que dicha página cuenta con más de 40 mil usuarios o suscriptores que ven las noticias publicadas **(ANEXO 1-G).**

5. Número de comentarios de la publicación en la página oficial de INDECOPI en FACEBOOK de fecha 10 de junio de 2014, con el titular: "Sanción a Pacífico Peruano Suiza por no cubrir enfermedades preexistentes" **(ANEXO 1-H).**

6. Nota periodística de fecha 10 de junio de 2014, publicada por el diario Gestión: "INDECOPI sancionó a aseguradora Pacífico por no cubrir enfermedades preexistentes en seguro" **(ANEXO 1-I).**

7. Nota periodística de fecha 10 de junio de 2014, publicada por el Diario El Comercio: "Indecopi sancionó con multa de S/.114.000 a Pacífico Seguros" **(ANEXO 1-J).**

8. Nota periodística de fecha 11 de junio de 2014, publicada por el diario El Comercio: "Indecopi multa con S/.117.800 a El Pacífico Seguros" **(ANEXO 1-K).**

9. Nota periodística de fecha 10 de junio de 2014, publicada en el portal web SEMANA ECONÓMICA: "Indecopi sanciona con multa de S/.114 mil a Pacífico Peruano Suiza" **(ANEXO 1-L).**

10. Nota periodística de fecha 11 de junio de 2014, publicada por el diario La República: "Indecopi multa a Pacífico Seguros con S/. 114 mil" **(ANEXO 1-M).**

11. Nota periodística de fecha 11 de junio de 2014, publicada por Diario 16: "Sancionan a Seguros Pacífico por no cubrir enfermedades preexistentes en seguro" **(ANEXO 1-N).**

12. Nota periodística de fecha 11 de junio de 2014, publicada por diario La Nación: "Indecopi multó con S/. 144 mil a Pacífico Peruano Suiza" **(ANEXO 1-O).**

13. Nota Periodística de fecha 10 de junio de 2014, publicada en el portal web Agencia Peruana de Noticias – ANDINA: "Indecopi sanciona con multa de S/. 114 mil a Pacífico Peruano Suiza" **(ANEXO 1-P)**.

14. Cuadro que analiza las Notas de Prensa de INDECOPI en materia de Protección al Consumidor del 2011 al 2014, donde se evidencia que el Tribunal de la Sala -a la fecha- ha confirmado la totalidad de las decisiones de la Comisión cuando existe de por medio una nota de prensa previa publicada por INDECOPI **(ANEXO 1-Q)**

15. Reconocimiento a **PACÍFICO** como mejor compañía de seguros generales del Perú por el sector empresarial, los líderes de opinión y la opinión pública, según estudios realizados por Ipsos-Apoyo y la Encuesta Anual de Ejecutivos de la Cámara de Comercio de Lima **(ANEXO 1-R)**.

16. Reconocimiento a **PACÍFICO** como "Empresa socialmente responsable" al asumir voluntaria y públicamente el compromiso de una gestión responsable como parte de su cultura y estrategia de negocio **(ANEXO 1-S)**.

17. Reconocimiento a **PACÍFICO** (como parte del grupo CREDICORP) con el premio "La Voz del Mercado" de la Bolsa de Valores de Lima y Ernst & Young, el cual reconoce las buenas prácticas en buen gobierno corporativo por los principales actores del mercado local e internacional **(ANEXO 1-T)**.

18. Correos electrónicos donde constan los reclamos surgidos a PACÍFICO como consecuencia del resultado de primera instancia administrativa publicitado por INDECOPI **(ANEXO 1-U)**.

POR TANTO:

A usted, Señor Juez, solicitamos se sirva admitir a trámite la presente demanda, declarándola fundada oportunamente.

PRIMER OTROSÍ DIGO: Acompañamos los siguientes documentos en calidad de Anexos:

ANEXO 1-A Copia del DNI del representante de **PACÍFICO**.
ANEXO 1-B Vigencia de poder del representante de **PACÍFICO**.
ANEXO 1-C: Ficha RUC de **PACÍFICO**.
ANEXOS 1-D al 1-U: Medios probatorios a los que se refiere la sección VIII de la presente demanda.

SEGUNDO OTROSÍ DECIMOS: Conforme a lo establecido por el artículo 80° del Código Procesal Civil, delegamos en los doctores Adrián Simons Pino, Verónica de Noriega Madalengoitia y Carla de los Santos López, las facultades generales de representación a las que se refiere el artículo 74° del mismo Código. Por tal motivo, cumplimos con declarar estar instruidos de la delegación que otorgamos y de sus alcances, ratificando el domicilio procesal señalado en la introducción del presente documento.

TERCER OTROSÍ DECIMOS: Autorizamos a los señores Gino Álvarez García, identificado con DNI N° 06786279, Juan Manuel Loza, identificado con DNI N° 45189743, Daniel Andrés Reyna Vargas, identificado con DNI N° 47223774, Angela Lucía Zerga Tapia, identificada con DNI N° 45889547 y, Thalía del Pilar Torres Falcón, identificada con DNI N° 47954897, para que, indistintamente, puedan recoger y tramitar en nombre de los recurrentes todos los avisos, partes

y demás documentos que hubiese que hacerse entrega a nuestra parte o tramitar en el presente proceso.

CUARTO OTROSÍ DECIMOS: Acompañamos copias suficientes del presente escrito y señalamos que estamos exonerados de adjuntar tasas y cédulas judiciales por tratarse de un proceso constitucional, conforme a lo dispuesto en la Quinta Disposición Final del Código Procesal Constitucional[45].

Lima, 2 de setiembre de 2014

PACIFICO Seguros
FRANCISCO MONGE ZEGARRA
Apoderado
Reg. C.A.L. 35358

ADRIAN SIMONS PINO
ABOGADO
REG. C.A.L. 21216

Veronica de Noriega Madalengoitia
Abogada
Reg. C.A.L. N° 58833

CARLA DE LOS SANTOS LÓPEZ
ABOGADA
C.A.L. 55743

[45] **Código Procesal Constitucional**
"DISPOSICIONES FINALES
(...)
QUINTA.- Exoneración de tasas judiciales
Los procesos constitucionales se encuentran exonerados del pago de tasas judiciales."

EXPEDIENTE : 33703-2014
ESPECIALISTA : JOSE LUIS MORENO SEGOVIA
DEMANDANTE : EL PACIFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
DEMANDADO : INDECOPI,
MINISTERIO DE INDUSTRIA, TURISMO, INTEGRACION Y NEGOCIACIONES COMERCIALES INTERNACIONALES
MATERIA : PROCESO DE AMPARO

RESOLUCIÓN NÚMERO: DOS
Lima, 25 de Setiembre del 2014

Dando cuanta en la fecha del escrito de fecha **19 de setiembre de 2014**, presentado por la parte demandante, el cual señala que ha cumplido con las observaciones mediante Resolución Uno. Téngase presente y atendiendo:

PRIMERO: Que, mediante la Resolución Uno de fecha 09 de Setiembre del 2014, se declaró inadmisible la demanda a fin de que la parte demandante cumpliera con lo siguiente:

1. Aclarar su Tercera y Cuarta pretensión dado que han sido planteadas de manera genérica y no en un caso concreto.
2. Señalar los motivos por los que dirige su demanda contra el Ministerio de Industria, Turismo, Integración y Negociaciones Comerciales Internacionales.
3. Adjuntar la constancia de habilitación de su abogado defensor expedida por el Colegio de Abogados respectivo.

SEGUNDO: Al respecto, con el escrito que se da cuenta la recurrente cumplió con subsanar las observaciones planteadas mediante resolución Uno, señalando lo siguiente:

1. Señala que la Tercera y Cuarta pretensión de su demanda están dirigidas al caso concreto
2. Refiere que resulta de interés al Ministerio de Industria, Turismo, Integración y Negociaciones Comerciales Internacionales lo expuesto en la presente demanda en atención a lo establecido en la resolución de la Presidencia del Directorio de INDECOPI N° 034-2002-INDECOPI/DIR.
3. Cumplió con adjuntar la constancia de habilitación de sus abogados.

TERCERO: Que estando lo expuesto en el escrito de subsanación en relación a las pretensiones, deberá procederse a admitir la demanda.

CUARTO: En relación a la incorporación del Ministerio de Industria, Turismo, Integración y Negociaciones Comerciales, como tercero coadyuvante, se advierte que la citada Resolución N° 034-2002-INDECOPI/DIR tal y como lo señala su artículo primero estuvo vigente sólo para los casos en los que INDECOPI fuera demandado en un procesos contencioso administrativo. 1

Que el reglamento de organización y funciones del INDECOPI aprobado mediante Decreto Supremo 09-2009-PCM,y modificado mediante Decreto Supremo 107-2012-PCM señala en su artículo 62: "La Gerencia Legal es la encargada de prestar asesoría legal a todos los órganos que conforman la estructura orgánico administrativa y orgánico resolutiva del INDECOPI. Sus unciones generales son las siguientes: ***a) Asumir las acciones relativas a la defensa judicial de las resoluciones y actuaciones Procesales de la institución, así como el patrocinio del personal de la Institución, Cuando es emplazado con ocasión del ejercicio de sus funciones, con arreglo a las Facultades que le confiera el Consejo Directivo.***

Por lo expuesto y advirtiéndose de autos que lo que se vaya a resolver no tiene relación algún con el Ministerio de Industria, Turismo, integración y negociaciones comerciales Internaciones, se deberá denegar la solicitud de incorporación del citado ministerio como tercero coadyuvante.

QUINTO: Que estando a lo expuesto **SE RESUELVE:**

i) **ADMITIR** a trámite el proceso de amparo, interpuesto por la empresa **EL PACIFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A** contra el **INSTITUTO DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCION DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL-INDECOPI**

ii) Que, estando próximo a implementarse el Sistema de Notificaciones electrónicas en la sede de los juzgados sub-especializados en materia Tributaria y de Mercado, de manera especifica en el presente juzgado en un primer momento no tendría efectos legales; sin embargo, a fin de integramos al nuevo sistema se invita a las partes que a la fecha no hubieran señalado el numero de su Casilla Electrónica (otorgada por el Poder Judicial) a fin de que lo proporcionen, con la finalidad de que sean notificados a dicha casilla una vez implementado el referido sistema, sin perjuicio de la diligencia de las notificaciones por cédula que se vienen efectuando.

iii) Al Primer Otrosí.- Téngase por acompañada la demanda con los documentos que se adjuntan.

iv) Al Segundo Otrosí.- Téngase por delegada la representación procesal a los abogados que indican.

v) Al Tercer Otrosí.- Téngase por autorizadas a las personas que se indican para realizar las labores señaladas.

vi) Al Cuarto Otrosí.- Téngase presente.

Notifíquese.-

[ANEXO] 5-(ANEXO 5-F 346

ESTUDIO ECHECOPAR
ASOCIADO A BAKER & MCKENZIE INTERNATIONAL

Estudio Echecopar

Av. De la Floresta 497
Piso 5 San Borja
Lima 41
Peru

Tel: +51 1 618 8500
Fax: +51 1 372 7171 / 372 7374
www.echecopar.com.pe

Asia Pacífico
Bangkok
Hanói
Ho Chi Minh
Hong Kong
Kuala Lumpur*
Manila*
Melbourne
Pekín
Shanghai
Sidney
Singapur
Taipéi
Tokio
Yakarta*

Europa, Medio Oriente y África
Abu Dabi
Almaty
Amberes
Ámsterdam
Baréin
Bakú
Barcelona
Berlín
Bruselas
Budapest
Casablanca
Doha
Dusseldorf
El Cairo
Estambul
Estocolmo
Fráncfort
Ginebra
Johannesburgo
Kiev
Londres
Luxemburgo
Madrid
Milán
Moscú
Múnich
París
Praga
Riad
Roma
S. Petersburgo
Varsovia
Viena
Zúrich

Latinoamérica
Bogotá
Brasilia*
Buenos Aires
Caracas
Guadalajara
Juárez
Lima
México, D.F.
Monterrey
Porto Alegre*
Rio de Janeiro*
Santiago
Sao Paulo*
Tijuana
Valencia

Norteamérica
Chicago
Dallas
Houston
Miami
Nueva York
Palo Alto
San Francisco
Toronto
Washington, D.C.

* Firma Asociada

INFORME LEGAL

Lima, 17 de julio de 2014

Señores
EL PACÍFICO PERUANO SUIZA CÍA. DE SEGUROS Y REASEGUROS
Av. Juan de Arona No. 830
San Isidro.-

Ref.: Opinión legal sobre la denuncia formulada por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco ante la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI (Exp. No. 528-2013/CC1)

Estimados señores:

Sirva la presente para saludarlos y hacerles llegar, conforme a lo solicitado, nuestra opinión legal con relación a la denuncia formulada por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Cía. de Seguros y Reaseguros (en adelante, "Pacífico Seguros") ante la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI, tramitada bajo Expediente No. 582-2013/CC1, por presunta infracción a los artículos 18 y 19 de la Ley No. 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.

Luego de analizar la materia consultada, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La relación jurídica que une al señor Segovia y a Pacífico es una sola y nació en setiembre de 2012, esto es, antes de la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, por lo que las disposiciones contenidas en esta no son de aplicación al caso. Así, la relación jurídica entre el señor Segovia y Pacífico Seguros se rige exclusivamente por lo acordado entre las partes.

- El Seguro de continuidad contratado por el señor Segovia cubre únicamente las dolencias que se presenten desde la fecha de su contratación, situación que fue informada y aceptada por el señor Segovia en dicha oportunidad. Es por ello que la Póliza emitida por Pacífico Seguros en el mes de setiembre de 2012 contenía una Cláusula de Exclusión que establecía que tanto las hemorroides como la rinitis alérgica constituían preexistencias y, en consecuencia, no se encontraban cubiertas por el seguro brindado por Pacífico Seguros. Así, en virtud de lo acordado entre las partes, no correspondía a Pacífico Seguros dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia.

- Ahora bien, aun en el negado supuesto que la Ley del Contrato de Seguro fuera de aplicación a la relación jurídica entre el señor Segovia y Pacífico Seguros, su artículo 118 no regula las preexistencias cruzadas, por lo que tampoco hubiera obligado a Pacífico Seguros a dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia.

I. ANTECEDENTES

1.1 Durante el periodo comprendido entre los meses de setiembre de 2011 y julio de 2013, el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, "el señor Segovia") tenía contratado un plan de salud con la empresa Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "Pacífico EPS"). Durante la vigencia de este plan de salud, el señor Segovia fue diagnosticado con rinitis alérgica y hemorroides, el 22 de octubre de 2011 y el 4 de abril de 2012, respectivamente.

1.2 En el mes de agosto de 2012, esto es, tras haber sido diagnosticado con rinitis alérgica y hemorroides, el señor Segovia contrató con Pacífico Seguros - persona jurídica distinta a Pacífico EPS - una póliza de salud, con No. **7664910** - denominada comercialmente como "Seguro de continuidad" -,la cual establecía expresamente que tanto la rinitis alérgica como las hemorroides, por tratarse de preexistencias, no se encontraban cubiertas por dicho seguro. Ello se aprecia de lo establecido en la "Cláusula de Exclusión", contenida en la página 3 de la citada póliza, la cual establece lo siguiente:

> *"Queda entendido y convenido que de acuerdo a los antecedente médicos al inicio del seguro, la presente póliza no cubre ningún tratamiento médico relacionado con las siguientes dolencias, complicaciones y consecuencias:*
>
> *Titular Segovia Trauco Oscar Ezequiel* — *Hemorroides*
> *Rinitis alérgica, no especificada"*

1.3 El Seguro de continuidad es un producto de salud individual que puede ser contratado en paralelo a la EPS o a un seguro médico grupal. En virtud del Seguro de continuidad, las enfermedades que puedan aparecer desde el momento de su contratación estarán cubiertas también en un futuro en caso el asegurado cambie de trabajo y por ende deje la EPS. Asimismo, permite ampliar el Beneficio Máximo Anual que brinda la EPS, esto significa que si el asegurado enfrentara un evento médico cuyo costo es superior a la cobertura de la EPS, el Seguro de continuidad cubriría la diferencia.

Conforme se aprecia de lo antes señalado, el Seguro de continuidad es un respaldo adicional con el que cuentan los asegurados que lo contratan voluntariamente. Así, mientras el asegurado cuenta con una EPS y no excede el límite máximo de beneficio anual, el Seguro de continuidad se mantiene "inactivo" - y, en razón de ello, la prima que se paga por este es mucho menor a la de cualquier producto de seguros tradicional -, hasta que, por ejemplo, el asegurado cambia de trabajo y se desafilia de su EPS, momento en el cual se activa la cobertura "reforzada" del Seguro de continuidad. En ese momento, Pacífico Seguros emite un documento en la cual se consignan las condiciones que regirán la relación entre el asegurado y Pacífico Seguros en adelante.

1.4 En el mes de julio de 2013, el señor Segovia se cambió de trabajo y, en consecuencia, se desafilió de su EPS, situación que informó inmediatamente a Pacífico Seguros, conforme a lo acordado mediante la Póliza No. 7664910, a efectos de que esta proceda a activar la cobertura complementaria del Seguro de continuidad y, en consecuencia, emita un nuevo documento que contenga las condiciones que, complementando a las pactadas al momento de la contratación (esto es, en setiembre de 2012), regirían su relación contractual desde esa fecha en adelante. El documento que se emitió en dicha oportunidad - al cual, por procedimientos internos de Pacífico Seguros, se le otorga un nuevo número de póliza (No. **9797782)** -, también establecía expresamente que las dolencias, complicaciones y consecuencias derivadas de hemorroides y/o rinitis alérgica no se encontraban cubiertas, por constituirse en preexistencias, replicando lo establecido al contratar el Seguro de continuidad.

1.5 En agosto de 2013 el señor Segovia acudió a un centro de salud a efectos de que le realicen el tratamiento correspondiente a las dolencias de rinitis alérgica y hemorroides, oportunidad en la que le indicaron que dichas dolencias constituían preexistencias y, en consecuencia, no estaban cubiertas por su seguro de salud. En razón a ello, mediante escrito de fecha 6 de setiembre de 2013, el señor Segovia presentó una denuncia contra Pacífico Seguros, solicitando se le ordene a esta otorgar la cobertura correspondiente ante cualquier enfermedad que pueda padecer, debido a que no tendría preexistencias.

1.6 Mediante Resolución No. 501-2014/CC1, la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI resolvió declarar fundada la denuncia formulada por el señor Segovia contra Pacífico Seguros, por considerar que se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencia enfermedades que ya habían sido cubiertas por un plan de salud contratado anteriormente con la empresa Pacífico EPS. En consecuencia, resolvió sancionar a Pacífico Seguros con una multa ascendente a treinta (30) UIT.

La Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI sustentó su decisión en lo dispuesto por el artículo 118 de la Ley No. 29946, Ley del Contrato de Seguro, que a su entender era de aplicación a la relación jurídica entre el señor Segovia y Pacífico Seguros y, además, regulaba la cobertura de preexistencias cruzadas, por lo que obligaría a Pacífico Seguros a dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia.

II. OPINIÓN LEGAL

En el marco de la controversia descrita en los antecedentes, se nos ha solicitado analizar si Pacífico Seguros, al considerar las dolencias de rinitis alérgica y hemorroides como preexistencias y negarse a su cobertura, ha actuado conforme a lo pactado con el señor Segovia y a lo dispuesto por el marco legal vigente.

A efectos de dar respuesta a dicha consulta, corresponde en primer lugar realizar una descripción del marco legal vigente sobre el tratamiento de preexistencias.

349

2.1 CUESTIÓN PREVIA: Breve descripción del marco legal vigente sobre preexistencias

A la fecha de contratación del Seguro de continuidad entre Pacífico Seguros y el señor Segovia, esto es, a agosto de 2012, eran las siguientes normas legales las que contenían una regulación sobre preexistencias:

- **Ley No. 28770,** Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior. Conforme a lo dispuesto por el artículo 1 de esta ley, en la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica no se considera 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 diferente.

  Así, de ser el caso que un asegurado contrate un nuevo seguro de salud, no se considerarán como preexistencias en el marco de esta nueva relación jurídica aquellas dolencias que se hubieran presentado durante la vigencia de la póliza de seguros que cubrió el periodo inmediatamente anterior.

  Según se aprecia de lo antes señalado, esta norma únicamente regula el tratamiento de las preexistencias en el marco de la contratación de seguros de salud con compañías de seguros, esto es, no es de aplicación a la desafiliación de una compañía de seguros y posterior afiliación a una Entidad Prestadora de Salud (en adelante, "EPS") ni viceversa (a lo que se le denomina "preexistencia cruzada").

- **Ley No. 29561**, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud.- El objetivo de esta norma es garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las EPS para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia del cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.

  Así, esta norma tampoco regula las denominadas "preexistencias cruzadas", solo prevé la cobertura de preexistencias cuando el asegurado se cambie de una EPS a otra EPS.

Conforme se aprecia de lo antes señalado, **ninguna de las dos leyes citadas**- vigentes al momento de la contratación del Seguro de continuidad - **es de aplicación al caso en concreto,** en tanto no regulan las preexistencias cruzadas. Según lo indicado a manera de antecedentes, el señor Segovia pretendería que Pacífico Seguros reconozca las dolencias que se detectaron durante la vigencia de su seguro EPS, esto es, que de cobertura a preexistencias cruzadas. No obstante, conforme a lo ya anotado, ninguna de las normas antes anotadas regula las preexistencias cruzadas.

350

Tras la contratación del Seguro de continuidad por parte del señor Segovia con Pacífico Seguros, con fecha 27 de noviembre de 2012, se publicó la **Ley No. 29946**, Ley del Contrato de Seguro (sobre la cual nos referiremos en detalle en el punto 2.3), que se refiere al tratamiento de preexistencias en su artículo 118. Cabe precisar que la Quinta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro establece que sus disposiciones se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo, *"siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente"*.

Ahora bien, tras haber descrito de manera general cuál es el marco normativo legal que regula el otorgamiento de cobertura a preexistencias, corresponde analizar si en el presente caso la actuación de Pacífico Seguros fue conforme con este o no.

2.2 ANÁLISIS DEL MARCO LEGAL Y DE LA REGULACIÓN CONTRACTUAL EN RELACIÓN A LA COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

2.2.1 Sobre el ámbito de aplicación temporal de Ley del Contrato de Seguro

Sin perjuicio de que más adelante emitiremos nuestra opinión en relación a cómo creemos que debe ser interpretado el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro, vemos por conveniente analizar en el presente acápite si esta norma es de aplicación a la relación jurídica entre Pacífico Seguros y el señor Segovia. Ello en tanto, conforme a lo anotado a manera de antecedente, la sanción impuesta a Pacífico Seguros por la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI se sustenta en la aplicación de esta norma, que a criterio de la citada autoridad regula las preexistencias cruzadas entre seguros ofrecidos por compañías de seguros y EPS.

Con fecha 27 de noviembre de 2012, se publicó en el Diario Oficial El Peruano la Ley del Contrato de Seguro, cuya Quinta Disposición Complementaria, Final y Modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, sobre la aplicación en el tiempo de dicha norma, establece lo siguiente:

> *"**QUINTA.**- A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente."*

Conforme se aprecia del artículo antes citado, las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguro no son de aplicación a aquellas relaciones jurídicas que ya se hayan encontrado reguladas contractualmente a la fecha de su entrada en vigencia.

Si bien es claro que el señor Segovia y Pacífico Seguros ya mantenían una relación jurídica con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, en tanto el Seguro de continuidad fue contratado en setiembre de 2012, a continuación analizaremos si dicha situación se mantiene en el tiempo y, en consecuencia, si esta norma es de aplicación o no al presente caso.

351

2.2.2 Sobre la aplicabilidad de la Ley del Contrato de Seguro a la relación jurídica entre el señor Segovia y Pacífico Seguros

2.2.2.1 Sobre la naturaleza del Seguro de continuidad

Conforme a lo señalado en el punto 2.1, a la fecha de contratación del Seguro de continuidad por parte del señor Segovia, no existían normas que previeran la cobertura de preexistencias cruzadas. Así, el Seguro de continuidad nace como una alternativa para las personas que cuentan con un plan contratado con una EPS y quieren que, de sufrir alguna dolencia en el futuro, esta sea cubierta aun cuando se desafilien del contrato con la EPS (por ejemplo, por la terminación de la relación laboral) y pasen al sistema privado de seguros.

En tanto, por su propia naturaleza, nos encontramos frente a un seguro que es contratado cuando el titular ya cuenta con la cobertura de una EPS - y, en consecuencia, no está interesado en contar con dos coberturas idénticas y pagar por ambas -, la principal característica del Seguro de continuidad es que este se mantiene "inactivo" en tanto la cobertura de la EPS se encuentre activa y sea suficiente para atender cualquier evento. Durante este periodo de inactividad, en el que el Seguro de continuidad solo funciona como un respaldo a la cobertura de la EPS, se aplicará un descuento (de hasta el 80%) sobre la prima que el titular deberá pagar, la cual se modificará cuando el seguro se active.

El Seguro de continuidad se activará en los siguientes casos:

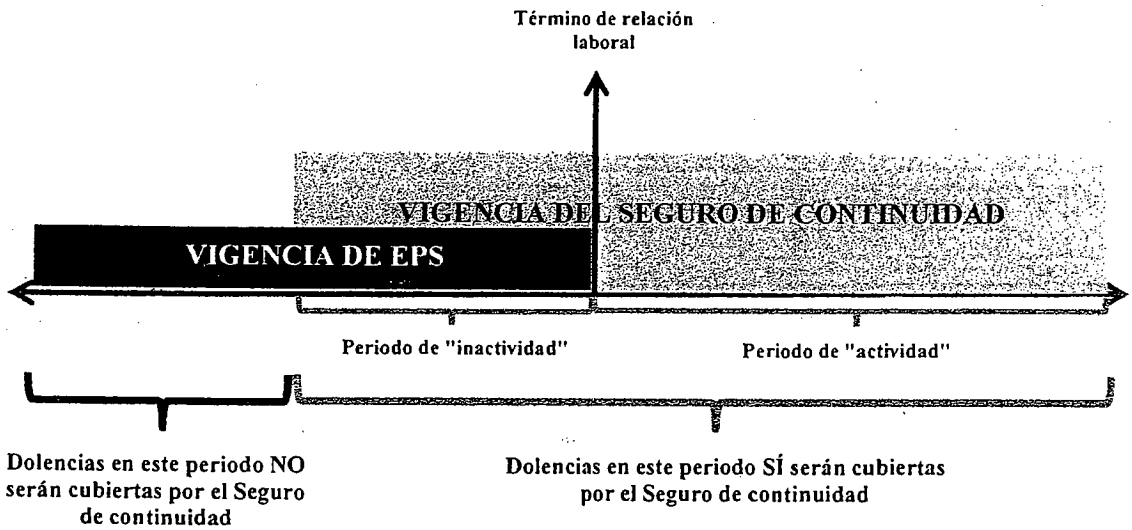
- **Como adicional a la cobertura de la EPS:** Si el titular está trabajando y los gastos por el tratamiento de una enfermedad superan la cobertura máxima anual de su EPS, el Seguro de continuidad se activará como una capa adicional.
- **Como seguro particular:** Si el titular se desvincula de su EPS y en su nuevo trabajo no cuenta con una EPS, el Seguro de continuidad se activa como un seguro particular.

Al momento de su activación, Pacífico Seguros emite un nuevo documento (al que denomina "póliza") que complementa la póliza emitida al momento de la contratación, esto es, a la que fue de aplicación durante el periodo de inactividad. Ello con el objetivo de establecer las condiciones que regirán la relación jurídica entre las partes durante el periodo de actividad, las cuales, conforme a lo ya anotado, difieren y/o complementan de las aplicadas durante el periodo de inactividad. Si bien la emisión de una póliza complementaria para la ejecución de la relación desde ese momento en adelante puede generar la impresión de que nos encontramos frente a dos contratos distintos, cabe indicar que nos encontramos frente a **una única relación jurídica** conformada por dos momentos: periodo de inactividad y periodo de actividad, el último de los cuales, en tanto agrega prestaciones, da lugar a que Pacífico Seguros emita un nuevo documento (al que denomina póliza y le otorga una nueva numeración) al momento de la activación.

En tanto se trata de una relación jurídica que nace cuando la cobertura de la EPS se encuentra aun activa, uno de los principales beneficios que este Seguro de continuidad ofrece - y de especial relevancia para el análisis de la denuncia formulada por el señor Segovia - es que este cubrirá todas las dolencias que se presenten **desde la fecha de su contratación,** sin perjuicio de que estas

352

se presenten durante el periodo de inactividad o de actividad. Así, aun cuando el titular presente una dolencia que sea cubierta por la EPS (por estar el Seguro de continuidad inactivo), cuando el Seguro de continuidad se active, el tratamiento de dicha dolencia será cubierto por este. No obstante, las dolencias que hubiera sufrido el titular durante el periodo previo a la contratación sí constituirán preexistencias y, en consecuencia, no serán cubiertas por el Seguro de continuidad en su periodo activo. A efectos de exponer con más claridad cómo funciona el Seguro de continuidad de Pacífico Seguros, incluimos el siguiente gráfico:



El Seguro de continuidad - como cualquier otro seguro - solo cubre aquellas dolencias que se presenten desde el momento de la contratación en adelante por cuanto esta es precisamente la racionalidad detrás del mercado de seguros: cubrir riesgos. Así, las empresas aseguradoras asumen el riesgo de una situación incierta (la obligación de cubrir las dolencias que en un futuro pudieran padecer sus afiliados) a cambio de una contraprestación, que asimismo es pagada por los asegurados a fin de tener un respaldo para cubrir los costos de una eventual dolencia, la cual puede nunca presentarse. Así, los seguros existen en razón a una situación de incertidumbre. Si nos encontramos frente a una dolencia preexistente, ya no nos encontramos frente a una situación de incertidumbre, sino frente a una situación cierta que, como tal, escapa de su ámbito de cobertura.

2.2.2.2 Al señor Segovia y a Pacífico Seguros los une una única relación jurídica, anterior a la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro

Según lo ya anotado a manera de antecedentes, el señor Segovia contrató el Seguro de continuidad con Pacífico Seguros el **5 de setiembre de 2012**. En dicha oportunidad, Pacífico Seguros emitió la Póliza No. **7664910**, cuyas Condiciones Especiales, contenidas en la página 3, establecían lo siguiente:

> *"(...) COBERTURA DE DIAGNÓSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL POR ENFERMEDAD Y POR PERSONA DE S/.100,000.00.*
> *LA ELIMINACIÓN DEL DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL POR ENFERMEDAD Y POR PERSONA DE S/.100,000.00 SE EFECTIVIZARÁ UNA VEZ QUE EL ASEGURADO COMUNIQUE FORMALMENTE A LA COMPAÑÍA SU DESAFILIACIÓN A LA EPS O SEGURO DE GRUPO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA.*
> *LA ELIMINACIÓN DEL DEDUCIBLE ADICIONAL ANUAL POR ENFERMEDAD Y POR PERSONA IMPLICARÁ A SU VEZ LA ELIMINACIÓN DEL DESCUENTO APLICADO, **PASÁNDOSE A APLICAR LA PRIMA REGULAR DEL PRODUCTO.**"* **(El Subrayado es nuestro)**

Cuando el señor Segovia pone en conocimiento de Pacífico Seguros su desafiliación del seguro contratado con la EPS, esto es, en el mes de julio de 2013, Pacífico Seguros procede, conforme a sus procedimientos internos, a activar el Seguro de continuidad (esto es, pasa al segundo momento de la misma relación jurídica) y, en consecuencia, emite una nueva póliza que complementa las condiciones anteriores, estableciendo así en un único documento los términos que serán de aplicación en el periodo activo, con No. **9797782**, en cuyas Condiciones Especiales se establece lo siguiente:

> *"POR CONTINUIDAD DE SEGURO, QUEDAN ELIMINADOS LOS PERIODOS DE CARENCIA Y DE ESPERA, A EXCEPCIÓN DEL PERIODO PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS.*
> *BENEFICIO PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS TIENE UN PERIODO DE ESPERA DE 24 MESES CONTADOS A PARTIR DEL 05/09/2012.*
>
> *SE OTORGA COBERTURA DE DIAGNÓSTICOS ORIGINADOS DESDE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE CONTINUIDAD (05/09/2012) POLIZA SALUD TOTAL **7664910.**"*

Conforme a lo ya anotado en el numeral anterior, si bien es el caso que Pacífico Seguros procedió a la emisión de dos pólizas (una en setiembre de 2012 y otra en julio de 2013) para efectos de dar cumplimiento a sus procedimientos internos, lo cierto es que ambas pólizas forman parte de una misma relación jurídica, la cual nació en el mes de setiembre de 2012 y se mantiene vigente a la fecha de la presente.

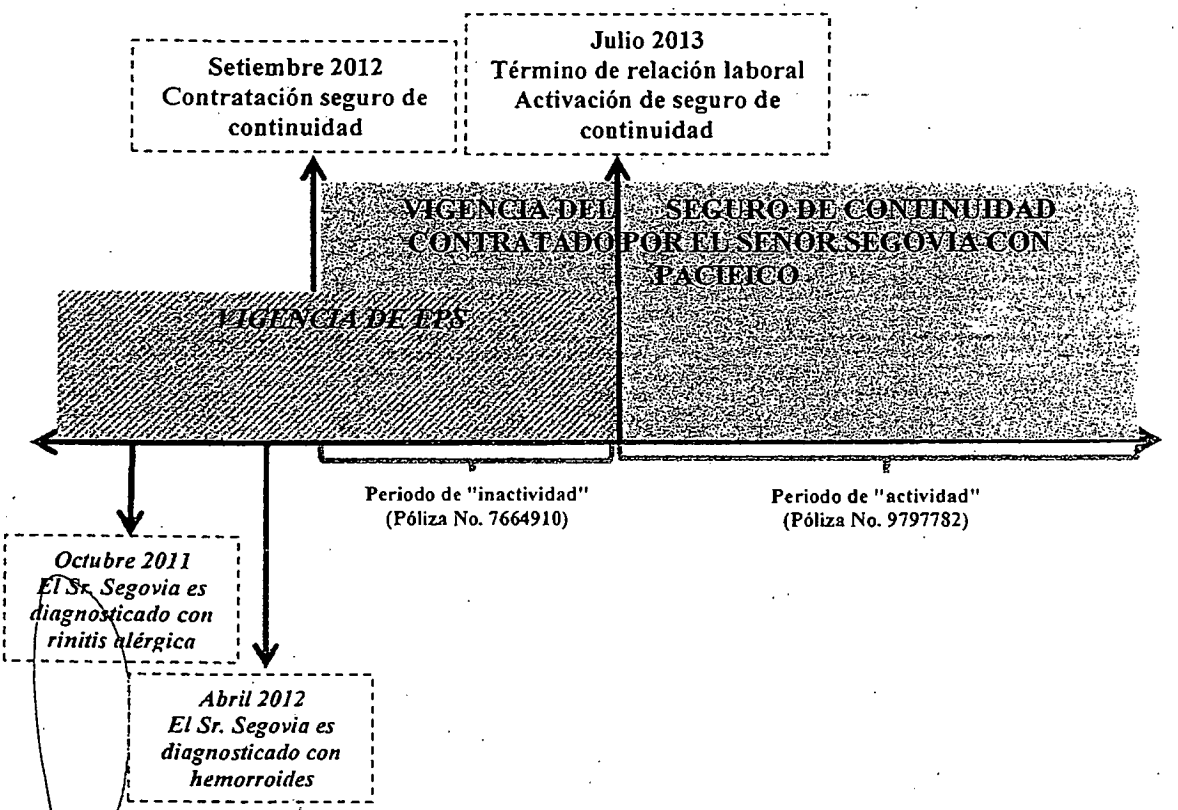
Ello no solo se evidencia luego de conocer cuál es la naturaleza del Seguro de continuidad, sino en tanto ello se establece expresamente en ambas pólizas emitidas por Pacífico Seguros. En efecto, conforme al texto citado de la póliza de setiembre de 2012, en dicha oportunidad se establecía que lo que el señor Segovia estaba contratando era un deducible adicional anual por enfermedad, el cual se iba a activar en tanto ello sea solicitado por el señor Segovia a efectos de cubrir los costos del tratamiento de cualquier dolencia que pudiera presentarse y que excediera la cobertura de la EPS. Asimismo, se indicaba que, una vez que el Seguro de continuidad se active, se eliminaría el descuento aplicado y se procedería al cobro de la prima regular del producto. Cabe anotar que, durante el periodo de inactividad, la prima que Pacífico Seguros cobraba al señor Segovia ascendía a S/.407.55, mientras que la prima que se cobró a este desde la activación de la cobertura ascendía a S/.2,229.00.

Asimismo, conforme se aprecia del texto citado de la póliza emitida en julio de 2013, esta hace expresa referencia no solo a que se trata de una continuidad de seguro, relación jurídica que nació

en el mes de setiembre de 2012, sino también al número de póliza que dio origen a dicha relación jurídica (Póliza No. 7664910).

A mayor abundamiento, otro hecho que revela que se trata de una misma relación jurídica es que Pacífico Seguros indica en el texto citado de la póliza emitida en julio de 2013 que quedan eliminados los periodos de carencia y de espera, salvo el referido a trasplante de órganos, en tanto el plazo para ello (computado desde la fecha que nació la relación contractual, esto es, desde setiembre de 2012) aun no había transcurrido. Si se tratara de una nueva relación jurídica, correspondería que los periodos de carencia y de espera vuelvan a computarse desde su nacimiento, mas este no es el caso.

A continuación, traducimos en un gráfico la relación del señor Segovia con Pacífico:



Conforme a lo antes señalado, en tanto tras del análisis realizado queda claro que la relación jurídica que une al señor Segovia y a Pacífico es una sola y nació en setiembre de 2012, esto es, antes de la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, las disposiciones contenidas en este - independientemente de su contenido, el cual será analizado en el punto 2.3 - no son de

355

aplicación al caso. Así, la relación jurídica entre el señor Segovia y Pacífico Seguros se rige exclusivamente por lo acordado entre las partes.

2.2.3 Conforme a las disposiciones contractuales aceptadas por las partes, no correspondía a Pacífico Seguros dar cobertura a las preexistencias

Según señalamos al describir cuál es la naturaleza del Seguro de continuidad, este cubre todas las dolencias que se presenten desde la fecha de su contratación, aun cuando se presenten durante el periodo de inactividad.

Dicha situación fue informada y aceptada por el señor Segovia al momento de la contratación. En efecto, mediante la Póliza No. 76694910 (acápite "Condiciones Especiales") se informa lo siguiente:

> *"(...) No se cubren enfermedades preexistentes. Cobertura de diagnósticos originados **desde la fecha de contratación** del deducible adicional anual por enfermedad y por persona de S/.100,000.00"*

De esta manera, el señor Segovia no pudo tener la expectativa en relación a que el Seguro de continuidad contratado con Pacífico Seguros iba a cubrir las dolencias que se hubieran presentado con anterioridad a su contratación, esto es, con anterioridad a setiembre de 2012.

Asimismo, conforme a lo ya anotado a manera de antecedentes, la Póliza No. 76694910, emitida en el mes de setiembre de 2012, contenía una Cláusula de Exclusión que establecía que tanto las hemorroides como la rinitis alérgica constituían preexistencias y, en consecuencia, no se encontraban cubiertas por el seguro brindado por Pacífico Seguros:

> *"Queda entendido y convenido que de acuerdo a los antecedente médicos al inicio del seguro, la presente póliza no cubre ningún tratamiento médico relacionado con las siguientes dolencias, complicaciones y consecuencias:*
>
> *Titular Segovia Trauco Oscar Ezequiel* — *Hemorroides*
> *Rinitis alérgica, no especificada"*

Estas preexistencias fueron reiteradas en la Póliza No. 9797782, emitida en el mes de julio de 2013.

Conforme a lo antes señalado, somos de la opinión que, en virtud de lo acordado entre las partes, no correspondía a Pacífico Seguros dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia, por lo que hubiera correspondido que la Comisión de Protección del INDECOPI declare infundada la denuncia.

356

2.3 AUN CUANDO LA LEY DEL CONTRATO DE SEGURO FUERA APLICABLE AL CASO BAJO ANÁLISIS, SOMOS DE LA OPINIÓN QUE ESTA NO OBLIGA A PACÍFICO SEGUROS A CUBRIR LAS PREEXISTENCIAS DEL SEÑOR SEGOVIA

2.3.1 Análisis de lo dispuesto por el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro

El Capítulo III de la Ley del Contrato de Seguro, sobre seguro de personas, regula en su artículo 118, el tratamiento de preexistencias, del siguiente modo:

> *"Artículo 118. Preexistencias*
> *Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.*
>
> *Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."*

Tras una interpretación literal de lo dispuesto por el artículo anterior, esto es, en palabras de GUASTINI[1], *"la interpretación que atribuye a una disposición su significado "literal", es decir, el más inmediato –el significado prima facie, como suele decirse- que se desprende del uso común de las palabras y de las reglas sintácticas"*, somos de la opinión que el objetivo de este, aparte de precisar la definición de preexistencia, es establecer que la cobertura de preexistencias (independientemente del régimen del que se trate) es, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Esto es, que no se podría otorgar la cobertura de preexistencias (ya reguladas por la Ley No. 28770, respecto del sistema privado; y por la Ley No. 29561, respecto de las EPS) en un monto menor al que fuera originalmente otorgado al asegurado.

Así, apelando al significado ordinario (común) de las palabras y a las reglas gramaticales de la lengua usualmente aceptadas, este artículo no regula de manera general el tratamiento de preexistencias (pues ya hay normas al interior de cada sistema que lo hacen), sino únicamente el monto mínimo de la cobertura que deberá ser respetado en cada sistema, por considerar que las normas ya existentes a la fecha no eran claras en dicho extremo.

Así, en nuestra opinión, es claro que la referencia a *"dentro del sistema de seguros y de EPS"* tendría como único propósito precisar que la limitación contenida en el artículo 118 (sobre el límite mínimo de la cobertura) es de aplicación a ambos sistemas, debiendo ser incorporada al marco legal que regula las preexistencias respecto de cada uno de ellos.

Por tanto, no es posible sostener que a través de este artículo se está regulando las preexistencias cruzadas, modificando así el marco legal vigente a la fecha. Dicha interpretación no es correcta por ser extensiva e inconsistente de la norma.

---

1 GUASTINI, Riccardo. Estudios Sobre La Interpretación Jurídica. Ed. Porrúa. Segunda Edición. México, 2000, p. 26

357

A la misma conclusión arribamos si aplicamos el método de interpretación sistemática. La interpretación sistemática es "*toda interpretación que deduzca el significado de una disposición de su colocación en el "sistema" del derecho: unas veces, en el sistema jurídico en su conjunto; más frecuentemente, en un subsistema del sistema jurídico total, es decir, en el conjunto de las disposiciones que disciplinan una determinada materia o una determinada institución.*"[2] Así, no se considera la disposición normativa de forma aislada, sino que esta debe ser interpretada dentro del sistema jurídico en general, dando coherencia a este.

Al respecto, conforme anotamos a manera de antecedentes, antes de la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, ya existían dos (2) normas que regulaban las preexistencias, una respecto del sistema privado y otra respecto de las EPS (Ley No. 28770 y Ley No. 29561, respectivamente)[3].

La claridad en relación a que dichas normas regulan únicamente la cobertura de preexistencias al interior de cada sistema (esto es, de seguro de salud privado a seguros de salud privado y de EPS a EPS) es incuestionable. Los propios títulos de las normas así lo refieren:

> *"Ley No. 28770, Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el periodo inmediato anterior."*
>
> *"Ley No. 29561, Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud."*

Así, contando con este marco legal de antecedente, en un contexto en el cual la regulación de preexistencias ha merecido un tratamiento independiente respecto de cada sistema, de una interpretación sistemática del artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro se concluye que este tendría por objeto únicamente incorporar a ambos marcos legales una disposición, para que esta se lea conjuntamente con las disposiciones contenidas en cada uno de ellos.

En línea con lo que exponemos, se ha pronunciado la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (en adelante, "SBS"), mediante la Resolución SBS No. 3202-2013, por medio de la cual resuelve Aprobar las Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud, en cuyo artículo 3 establece lo siguiente:

> *"Artículo 3.- El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118 de la Ley N° 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley, las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley N° 28770. Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo*

---

2 GUASTINI, Riccardo. Op. Cit p. 44

3 Sobre este punto, cabe precisar que, en tanto ya existe regulación especial sobre preexistencias respecto del sistema de seguros y de EPS (Ley No. 28770 y Ley No. 29561), a efectos de dilucidar el contenido del artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro, no corresponde remitirnos a la *analogía* - método de integración jurídica -, sino exclusivamente a los métodos de interpretación jurídica.

358

*tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley N° 28770. Asimismo, la continuidad de la cobertura de las preexistencias en los seguros de salud no se restringe en ningún caso a una sola empresa de seguros sino a cualquiera que integre el **sistema de seguros** peruano, según lo señalado en la citada Ley."*

Conforme se aprecia de la norma antes citada, es opinión de la SBS que los únicos efectos del artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro respecto de la Ley No. 28870 son los siguientes: (i) se precisa que las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales; y (ii) que la cobertura de las preexistencias no se restringe al caso en el que se contrata con la misma compañía de seguros (como lo señalaba el título de dicha ley), sino respecto de todas las compañías de seguros que integren el sistema. No es opinión de la SBS, que el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro refiera que las preexistencias también se aplican de manera cruzada, esto es, entre seguros de empresas de seguros y Entidades Prestadoras de Salud.

Por último, si aplicamos el método de interpretación teleológico, también llegamos a la conclusión de que el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro no regula las preexistencias cruzadas. El método teleológico apela a la voluntad, a la intención, a los objetivos del legislador al momento de proponer la norma. Como señala GUASTINI[4], la fuente puede ser del tipo histórico (cuáles fueron las circunstancias sociales que promovieron la dación del texto de la ley tal como fue publicado) o del legislador de carne y hueso (el proyecto legislativo, lo defendido durante su debate o declaraciones de los proponentes).

Lo que se pretendía lograr a través de la Ley del Contrato de Seguros, y así se estableció en el Proyecto de Ley[5], era incorporar disposiciones generales que sean de aplicación a todas las clases de seguros, siendo de aplicación supletoria[6] a los seguros obligatorios y a aquellos respecto de los cuales ya existiera regulación en leyes especiales.

Conforme se aprecia, lo que se buscaba mediante la Ley del Contrato de Seguro era recoger en una norma las principales disposiciones aplicables a los contratos de seguro, con algunas contribuciones adicionales (establecer los principios por lo que se deben regir los contratos de seguro, las reglas básicas de interpretación de estos, regulación sobre cláusulas abusivas, entre otros), mas no era parte del proyecto realizar una modificación general del marco legal hasta entonces vigente. Prueba de ello no es solo la referencia a que dicha norma será de aplicación supletoria respecto de la regulación ya existente, sino que su Décimo Tercera Disposición

---

4 Ibid., p. 33

5 Ver en:
http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebfbe305256f2e006d1cf0/d7dd4027b8e5452c052578e90079137f/$FILE/PL00028110811.pdf

6 La aplicación supletoria de la Ley del Contrato de Seguros es regulada en el artículo I del Título I de la citada norma, en los siguientes términos:
"Artículo I. La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.
En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria. (...)"

359

Complementaria Final y Modificatoria establece las normas que, a partir de su entrada en vigencia, deberán entenderse derogadas. Siendo que ninguna de estas está referida a la regulación de las preexistencias (contenidas en Ley No. 28770 y Ley No. 29561), tras un análisis mediante el método teleológico también se concluye que el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguros no prevé las preexistencias cruzadas.

Además, apoya también la interpretación de que el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro no regula las preexistencias cruzadas, que a la fecha de la presente existe un proyecto de ley que busca, precisamente, incluir en la Ley del Contrato del Seguro la regulación de preexistencias cruzadas. En efecto, el Proyecto de Ley No. 3416/2013-CR, presentado con fecha 29 de abril de 2014, propone modificar el artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro en los siguientes términos:

> *"Artículo 118.- Preexistencias*
> *Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.*
> ***La obligación de otorgar cobertura de preexistencias en los seguros de salud corresponde a cualquier empresa de seguros, aun cuando el cambio se realice de una EPS a una compañía de seguros o viceversa.***
> *Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."*(Resaltado agregado)

De haber sido el caso que a través del artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro se hubiera pretendido regulas las preexistencias cruzadas, **ello tendría que haberse establecido expresamente**, es decir, tendría que tener un texto como el del Proyecto de Ley antes citado, además de establecer que, con dicha disposición, se está procediendo a modificar el marco legal vigente, esto es, la Ley No. 28770 y la Ley No. 29561, mas este no ha sido el caso. Somos de la opinión que establecer, mediante una interpretación extensiva - que no se desprende en absoluto de la literalidad de la norma -, que se está introduciendo una modificación al ordenamiento jurídico (a través de la modificación de dos leyes emitidas con anterioridad), es un despropósito.

En ese sentido, consideramos que el texto del artículo 118 de la Ley del Contrato de Seguro no obligaba a Pacífico Seguros a otorgar cobertura respecto de las preexistencias del señor Segovia, por cuanto no regula las preexistencias cruzadas.

2.3.2 Las preexistencias cruzadas solo están reguladas respecto del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - producto distinto al contratado por el señor Segovia-, para el cual se ha emitido un marco legal particular

Conforme a lo ya expuesto en el numeral anterior, la Ley del Contrato de Seguro, norma de aplicación general, no regula la cobertura de preexistencias cruzadas (entre empresas de seguros y EPS). Solo existe una oferta de seguros, regulada por la Ley No. 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (en adelante, "LAMUS"), para la cual sí se ha previsto

legalmente la cobertura de preexistencias cruzadas: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, "PEAS").

El PEAS es definido por el artículo 13 de la citada norma en los siguientes términos:

> *"Artículo 13.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*
> *El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios."*

Según lo dispuesto por el artículo antes citado, el PEAS se constituye en un producto distinto e independiente de los seguros ya ofrecidos en el mercado, esto es, distinto del que fue adquirido por el señor Segovia de Pacífico Seguros. En efecto, si bien el PEAS, por un lado, contiene condiciones mínimas asegurables, es el caso que algunas de estas no son cubiertas por los seguros de salud ya existentes en el mercado (por ejemplo, cobertura para salud mental), por otro lado, no incluye coberturas que sí tienen otros seguros privados. Así, se trata de una oferta diferenciada en el mercado, siendo la aspiración de la LMAUS que todos los ciudadanos cuenten con esta.

En relación al tratamiento de preexistencias para el caso de las PEAS, el artículo 100 del Decreto Supremo No. 008-2010-SA, Reglamento de la LMAUS, establece la posibilidad de que las personas afiliadas al PEAS y que además hayan adquirido voluntariamente un plan de salud complementario (toda vez que respecto de las coberturas del PEAS, siempre se cubrirán las preexistencias [7]), puedan verse beneficiados con la continuidad en la cobertura de sus enfermedades preexistentes, regulándose incluso las preexistencias cruzadas:

> *"Artículo 100.- DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS*
> *(...)*
> ***Los planes de salud complementarios al PEAS deberán contener una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados al Aseguramiento Universal en Salud cambien de IAFA o plan contratado**, siempre que se cumpla con que:*
> *a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y de un plan complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.*
> *b) Su inscripción en el nuevo Plan de Salud Complementario debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.*
> *c) La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del Plan Complementario anterior, no esté excluida bajo ese contrato y sea un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida motivo de que no*

[7] **Decreto Supremo No. 008-2010-SA, Reglamento de la LMAUS**
"Artículo 89.- Preexistencias
En ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión. La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte del asegurado, al momento de su afiliación."

361

fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo plan complementario siendo totalmente excluida del contrato.

d) *Las IAFAS podrán limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.*

e) *Las IAFAS podrán analizar el impacto económico de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso."*

Así, para acceder al beneficio de continuidad al que se refiere el artículo 100 del Reglamento de la LMAUS, deberán presentarse las siguientes condiciones de manera concurrente:

(i) Se trata de un asegurado afiliado al PEAS quien, adicionalmente, ha contratado voluntariamente un plan complementario de salud.

(ii) Decida efectuar un cambio de IAFA o de plan de salud contratado.

(iii) Cumpla con los requisitos listados en el artículo 100 del Reglamento LMAUS.

Conforme se aprecia del punto (i), para acceder al beneficio de continuidad, el asegurado debe haber contratado un PEAS. Al respecto, conforme a lo ya anotado, el señor Segovia contrató con Pacífico Seguros un seguro distinto y diferenciado del PEAS, denominado Seguro de continuidad, por lo que el señor Segovia no podría acceder al beneficio de continuidad bajo análisis.

Además, conforme al punto (ii), tendría que efectuar un cambio de IAFA, esto es, Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud registradas ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA. Al respecto, cabe indicar que Pacífico Seguros no calificaba como IAFA al momento en que el señor Segovia contrató el Seguro de Continuidad.

En efecto, el artículo 7 de la LMAUS - actualmente derogado - , establecía que las *"Compañías de Seguros Privados de Salud"*, entre otras instituciones, calificaban como IAFAS. Conforme al catálogo de empresas supervisadas por la SBS, Pacífico Seguros tenía la clasificación de "***Empresa de Seguros***" y no de "*Compañía de Seguros Privados de Salud*".

El 6 de diciembre de 2013, mediante el Decreto Legislativo No. 1158, que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, se dispuso derogar el artículo 7 de la LMAUS y se incluyó en su texto un nuevo listado de las instituciones que califican como IAFAS, reemplazando la denominación "*6. Compañía de Seguros Privados de Salud*" por la de "*6. Empresas de Seguros contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso d) del artículo 16 de la Ley 26702 que oferten cobertura de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición otro tipo de coberturas*".

Así, es recién a partir del 6 de diciembre de 2013 que Pacífico Seguros califica como IAFA, obligada a ofertar PEAS al mercado y llamada a cumplir con la regulación a la que estas se encuentran sujetas, incluyendo aquella referida al tratamiento y cobertura de preexistencias.

Siendo que en el caso del señor Segovia no se presentan las condiciones para estar dentro del régimen de excepción de la LMAUS - el único en el cual se regula la cobertura de preexistencias

cruzadas -, se concluye que la actuación de Pacífico Seguros de negar la cobertura de las preexistencias del señor Segovia es conforme con el marco legal vigente.

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración o mayor información sobre el particular.

Atentamente,

ESTUDIO ECHECOPAR

Teresa Tovar Mena
T +51 (1) 618 8500 x 552
F +51 (1) 372 7374
teresa.tovar@bakermckenzie.com

Juan Carlos Morón Urbina
T +51 (1) 618 8500 x 534
F +51 (1) 372 7374
juancarlos.moron@bakermckenzie.com

[ANEXO] 5-D

363

OSTERLING
ABOGADOS

Av. Santo Toribio 143. Piso 3. San Isidro. Lima 27. Perú. T (511) 611 8282. F (511) 611 8284. www.osterlingfirm.com

San Isidro, 24 de setiembre de 2014

Señores
EL PACÍFICO PERUANO-SUIZA
COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA
Calle Juan de Arona 830
San Isidro.-

Atención: Dr Miguel Delgado
Gerente Legal

Referencia: Opinión Legal
Expediente 582-2013/CC1

Estimados señores:

Nos referimos a la consulta que nos han formulado con relación ala denuncia interpuesta por el señor Oscar Exequiel Segovia Trauco (señor Segovia) contra El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros (Pacífico Seguros) ante la Comisión Protección al Consumidor del Instituto de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), seguida bajo el Expediente de la referencia.

De manera concreta, nos consultan cuál es nuestra opinión legal respecto de la posición adoptada por el INDECOPI en el referido procedimiento administrativo; y, puntualmente, si existe la posibilidad de migrar de un plan de salud de una EPS hacia un seguro privado al amparo de lo establecido por el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, otorgando cobertura a las preexistencias que arrastra el asegurado del sistema de salud anterior.

Seguidamente, nos es grato absolver la consulta formulada:

I. ANTECEDENTES NECESARIOS: EL PROCEDIMIENTO ANTE INDECOPI

I.1. LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DEL SEÑOR SEGOVIA

1. De la información que nos ha sido proporcionada, así como de los escritos presentados por Pacifico Seguros y por el señor Segovia en el procedimiento seguido ante INDECOPI y las resoluciones emitidas por este organismo regulador, se advierten los siguientes hechos que resultan relevantes para el presente análisis.

2. El señor Segovia contó con un plan de salud de Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (Pacífico EPS) en el periodo comprendido entre septiembre de 2011 y julio de 2013 (El Plan de Salud). En julio de 2013, el señor Segovia dejó de laborar para su entonces empleador (Tarjeta Naranja Perú SAC) y por tal motivo, se desafilió al señor Segovia del plan de salud que se tenía contratado con Pacifico EPS.

3. Durante el periodo en que el señor Segovia contó con el plan de salud de Pacífico EPS, se le diagnosticaron las enfermedades de rinitis alérgica y hemorroides. Éstas

enfermedades y su respectivo tratamiento, fueron cubiertas por el plan de salud que mantuvo contratado con Pacifico EPS.

4. Asimismo, el 04 de setiembre de 2012, durante el periodo de vigencia del plan de saludcon Pacífico EPS, el señor Segovia habría presentado a Pacífico Seguros, la solicitud de Seguro de Salud N° 0565352 para afiliarse al Seguro de Salud Total (La Póliza) con el beneficio de Continuidad.

5. De esta manera, desde el 05 de setiembre de 2012 el señor Segovia fue asegurado de Pacífico Seguros bajo la cobertura de La Póliza Seguro de Salud Total, con beneficio de continuidad, la misma que se mantuvo inactiva hasta el 31 de julio de 2013. Cabe destacar que **en La Póliza, se verifica claramente una cláusula de exclusión que establece que dicha Póliza no cubriría ningún tratamiento médico relacionado con las enfermedades de Hemorroides y Rinitis Alérgica**.

6. Ahora bien, al término de la relación laboral del señor Segovia y consecuente desafiliación de su plan de salud con Pacífico EPS (31.07.2013), a solicitud del señor Segovia Pacifico Seguros La Póliza fue activada.

7. En este punto, consideramos oportuno precisar que pese a que administrativamente Pacifico Seguros emitió dos documentos, como son ***(i)*** la Póliza de Continuidad N° 7664910 del 05 de setiembre de 2012 y ***(ii)*** la Póliza de Salud N° 9797782 del 31 de julio de 2013, se trata del mismo contrato de seguros. Es decir, de la misma Póliza de Salud (La Póliza), que fue contratada con el beneficio de continuidad el 05 de setiembre de 2012 (con las exclusiones de Rinitis y Hemorroides), y cuyas coberturas totales fueron activadas a solicitud del señor Segovia el 31 de julio de 2013 (Póliza de Salud N° 9797782)

8. Finalmente, durante la vigencia de La Póliza, el día 17 de agosto de 2013, el señor Segovia acudió a la Clínica Jockey Salud para recibir atención médica por las enfermedades de Rinitis y Hemorroides. Sin embargo, dicho establecimiento le indicó que de acuerdo a su Póliza la atención de aquellas enfermedades se encontraba excluida al tratarse de enfermedades preexistentes, lo que motivó el rechazo de su atención.

I.2. LA DENUNCIA ADMINISTRATIVA Y LA DECISIÓN DE INDECOPI

9. Frente a la negativa de Pacifico Seguros de incluir las enfermedades consideradas como preexistentes bajo cobertura de La Póliza , el señor Segovia formuló una denuncia administrativa contra Pacifico Seguros ante la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI, la cual fue admitida por la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI (Secretaría Técnica) mediante Resolución No. 1 de fecha 26 de setiembre de 2013, en virtud a la cual se imputó a Pacífico Seguros la infracción a los artículos 18°, 19° y literal a) del artículo 47° del Código de Protección y Defensa del Consumidor (el Código).

10. En su denuncia, el señor Segovia solicitó que se ordene a Pacífico Seguros otorgar la cobertura correspondiente ante cualquier enfermedad que pueda padecer, en la medida en que el señor Segovia consideraba que no tenía preexistencias. Asimismo, solicitó que

se ordene a Pacífico Seguros que cumpla con proporcionar los medicamentos necesarios para su tratamiento, entre otras medidas correctivas solicitadas[1].

11. Posteriormente, y sin perjuicio de los descargos presentados por Pacifico Seguros, la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI mediante Resolución Final N° 501-2014/CC1 resolvió declarar fundada la denuncia presentada por el señor Segovia.

12. La Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI sostuvo en dicha Resolución que se habían infringido los artículos 18° y 19° del Código en la medida en que Pacífico Seguros se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el señor Segovia para el tratamiento médico que solicitó, al haber considerado como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un plan de salud contratado anteriormente por el señor Segovia con una compañía del sistema EPS.

13. De igual manera, se declaró fundada la denuncia en el extremo en que Pacífico Seguros habría infringido el literal a) del artículo 47° del Código, en la medida en que no habría proporcionado una copia y anexos de la Póliza al señor Segovia al momento de contratar la referida Póliza.

14. Como medidas correctivas, se ordenó que Pacífico Seguros emita una Póliza que mantenga la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud brindado por Pacifico EPS y en la que no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides como enfermedades preexistentes. Se ordenó asimismo el pago de costas y costos del procedimiento.

I.3. LA POSICIÓN DE INDECOPI

15. Como fundamento de la Resolución Final, la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI ha considerado que en lo que se refiere a preexistencias, el ámbito de aplicación de la Ley N° 29946 (Ley del Contrato de Seguro) se extiende a todas las clases de seguros (ya sea compañías de seguros o EPS), superando los alcances de la Ley N° 28870, la cual únicamente regula las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro con la misma compañía.

16. En tal sentido, la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI considera que la Ley del Contrato de Seguro establece que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud continuarán siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo contrato seguro de salud hasta los límites del contrato anterior, en donde no importa si la cobertura del seguro de salud estuvo a cargo de una EPS o una compañía de seguros.

17. Bajo la premisa anterior, la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI concluye que la Ley del Contrato de Seguros garantiza que los asegurados mantengan la cobertura de las enfermedades que les hubieran sido diagnosticadas durante la vigencia

---

[1] Solicitó adicionalmente que se aplique una sanción ejemplar y el pago de costas y costos del procedimiento.

de la Póliza anterior, al momento de migrar de un sistema de EPS a uno de seguro o viceversa.

18. Adicionalmente, la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI considera que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, constituye una garantía legal, que genera en el consumidor la expectativa de que una vez contratado un seguro de salud con su compañía aseguradora, existirá una continuidad de la cobertura de las enfermedades que eran cubiertas por el seguro de salud anterior contratado con una EPS.

19. Es importante destacar que la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI hace referencia al producto "Seguro de Continuidad" de Pacífico Seguros, indicando que este producto (de acuerdo lo alegado por Pacífico Seguros), puede ser contratado en paralelo a la EPS o al seguro colectivo, garantizando la cobertura futura de aquellas enfermedades que se originen desde el momento de su contratación, siendo que ese beneficio, habría sido el que el señor Segovia solicitó para migrar de Pacífico EPS a Pacífico Seguros.

20. No obstante, aun cuando la Comisión tuvo en cuenta el producto "Seguro de Continuidad", ha establecido como sustento de su decisión, que lo ofrecido por Pacífico Seguros a través del seguro de continuidad, es un beneficio que ya ha sido recogido y previsto por el artículo 118° de la Ley de Contrato de Seguro, pues dicha norma sería clara al establecer que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas por un seguro de salud brindado por una compañía del sistema EPS, seguirán siendo cubiertas por el seguro de salud que el asegurado contrate con una compañía de seguros.

21. Por tal razón, la Comisión precisa que "[...] ***la continuidad en la cobertura de las enfermedades preexistentes, dentro del sistema de seguros y de EPS, es un beneficio que la Ley del Contrato de Seguro ha previsto para todos los asegurados y no únicamente para aquellos que opten por contratar el referido "Seguro de Continuidad"*** (énfasis y subrayado añadidos).

22. Concluyendo que: "[...] *en el presente caso Pacífico Seguros consideró como preexistencias –y, por tanto, excluidas de la cobertura de la póliza– a la rinitis alérgica y las hemorroides que padece el señor Segovia, pese a que el tratamiento de estas enfermedades ya se encontraba cubierto por Pacífico EPS en el seguro de salud que anteriormente contrató con dicha compañía. [...] En consecuencia, en atención a los argumentos expuestos, corresponde declarar fundado este extremo de la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción a los artículos 18° y 19° del Código*".

23. De acuerdo a lo anterior, según el INDECOPI, Pacífico Seguros se encuentra obligado (a partir de la vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, puntualmente el artículo 118° de la misma) a otorgar cobertura a las preexistencias de los asegurados, independientemente de si el contrato de seguro anterior provenga o no del Sistema de Seguros Privado (de Asistencia Médica) o de una EPS.

II. NORMATIVIDAD SOBRE PREEXISTENCIAS EN NUESTROS SISTEMAS DE SALUD

24. En nuestra legislación conviven dos sistemas de aseguramiento de salud, cuya naturaleza difiere en cada caso. Por un lado tenemos al Sistema de Seguros Privados y, por otro al Sistema brindado por las EPS. Ambos sistemas son regulados y supervisados por Entidades diferentes (SBS y SUSALUD[2], respectivamente) y responden a objetivos distintos. Como veremos más adelante, las EPS responden a un régimen de seguridad social que obedece a la función del Estado de proveer un servicio público de salud para la población y en donde los empleadores están motivados a incorporarse por los beneficios en el pago de sus aportes, lo cual no ocurre en el Sistema de los Seguros Privados.

25. Consideramos conveniente desarrollar este capítulo, puesto que la posición adoptada por el INDECOPI en el caso que nos ocupa sostiene que no habría ninguna diferencia entre estos sistemas y que, en todo caso, ambos resultan indistintos a partir de la vigencia de la Ley del Contrato de Seguro en lo que a preexistencias se refiere (pues de acuerdo a la lectura de INDECOPI, el artículo 118° de dicha Ley, unificaría ambos sistemas).

II.1. LAS PREEXISTENCIAS EN LOS SEGUROS DE SALUD O DE ASISTENCIA MÉDICA

II.1.1. NATURALEZA DE LOS SEGUROS DE SALUD O DE ASISTENCIA MÉDICA

26. En este caso, la vinculación entre la Compañía de Seguros y el Asegurado surge del contrato de seguro, el cual es celebrado por las partes en ejercicio de su libertad de contratar. En el contrato de seguro (materializado a través de la Póliza) quedan claramente convenidas la prima, el riesgo objeto de cobertura, la suma asegurada, el interés asegurable y las demás condiciones propias del seguro contratado. El Asegurado contrata la prestación de servicios de salud de la Compañía de Seguros para reparar las consecuencias producidas por alguna enfermedad o condición médica cubierta por la póliza[3].

---

[2] Mediante el Decreto Supremo Nº 008-2014-SA, publicado el 10 de junio de 2014, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, en cuyo texto se dispuso la aprobación del uso del término SUSALUD como acrónimo de la Superintendencia Nacional de Salud (antes SUNASA).

[3] En efecto, el Decreto Supremo 174-2012-EF(publicado el 06 de setiembre de 2012 que reglamentó la Ley N° 29878 -*Ley que establece medidas de protección y supervisión de las condiciones generales de las pólizas de seguros médicos, de salud o de asistencia médica y modifica la Ley Nº 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros*, publicada el 05 de junio de 2012-) establece lo siguiente:

> "[...]
> ***Artículo 1º.- Pólizas de seguros médicos, de salud o de asistencia médica***
> *Las pólizas de seguros a las que se refiere la Ley N° 29878, son aquellas por las cuales una empresa de seguros se obliga, dentro de los límites establecidos en las leyes aplicables y en el contrato de seguro, a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad del asegurado.*
> *Para tal efecto, comprende los seguros cuyas coberturas principales sean las siguientes:*
> *a) Aquellas prestaciones consistentes en reembolso al asegurado de los gastos derivados de la asistencia médica;*
> *b) Aquellas que garantizan al asegurado la prestación de servicios de asistencia médica, debiendo la empresa de seguros poner a disposición del asegurado y dependientes dichos servicios y asumir directamente su costo;*
> *c) Aquellas que otorgan una indemnización a suma alzada a periódica hasta un monto y plazo determinado; y,*
> *d) Otras que determine la Superintendencia.*
> [...]
> ***Artículo 6°.- Infracciones y sanciones***
> *En el marco de lo dispuesto en la Ley N° 26702, la Superintendencia establecerá las infracciones y sanciones que correspondan por la utilización de condiciones y cláusulas en las pólizas de seguros médicos, de salud o de*

27. En tal sentido, resulta pertinente destacar que la prestación por parte de la Compañía de Seguros en estas pólizas, consiste, principalmente, en la asunción o reembolso de los gastos –o parte de ellos- derivados de la asistencia médica(que incluyen, entre otras, atención médica ambulatoria, hospitalaria, exámenes médicos, medicinas, tratamientos en general y coberturas de accidentes personales), una indemnización –encaso de invalidez temporal o permanente–y otras contingencias acordadas en la Póliza.

28. En segundo lugar, queda claro que en este caso estamos frente a un seguro otorgado por una Compañía de Seguros supervisada por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP[4].

29. En síntesis, las pólizas de salud son convenciones privadas en las que las partes, previa celebración de un contrato, acuerdan los límites de cobertura, la cuantía y las sumas aseguradas. Entonces, al ser contratos de seguro se rigen por las normas de la Ley del Contrato de Seguros, la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP,las normas complementarias dictadas por dicho organismo y, en especial, por las condiciones particulares convenidas entre las partes y contenidas en la póliza.

II.1.2. PREEXISTENCIAS EN LOS SEGUROS DE SALUD O DE ASISTENCIA MÉDICA

30. Con fecha 04 de julio de 2006, se publicó la Ley 28770, *"Ley que regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica con la misma Compañía de Seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior"*. Este dispositivo estableció lo siguiente:

> "[...]
> ***Artículo 1°.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica***
> *En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica* ***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 diferente*.
> [...]" (énfasis y subrayado añadidos).

31. Asimismo, aun cuando no se trata de una norma propiamente, cabe destacar los Lineamientos sobre Protección al Consumidor dictados por el INDECOPI el 30 de noviembre de 2006, mediante Resolución 001-2006-LIN-CPC/INDECOPI. Estos Lineamientos establecieron lo siguiente:

> "[...]

asistencia médica que no sean concordantes con lo señalado en la Ley N° 29878 y en el presente Reglamento" (subrayado añadido).

[4] El artículo 5° del Decreto Supremo 174-2012-EF establece que "[c]*onforme las atribuciones que le confiere el artículo 349° numeral 18° de la Ley Nº 26702, la Superintendencia identifica las cláusulas abusivas, prohibiendo su utilización en las pólizas de seguros médicos, de salud o de asistencia médica*[...]"(subrayado añadido).
Asimismo, la Ley del Contrato de Seguro establece en su artículo 27° que "[e]*n materia de seguros personales, obligatorios y masivos, los pólizas deberán sujetarse a las condiciones mínimas y/o cláusulas que se aprobaran mediante resolución del Superintendente*" (subrayado añadido).

OSTERLING
ABOGADOS
Av. Santo Toribio 143. Piso 3. San Isidro. Lima 27. Perú. T (511) 611 8282. F (511) 611 8284. www.osterlingfirm.com

> ***d) ¿Las enfermedades o condiciones médicas desarrolladas durante un contrato de seguro médico deben ser consideradas preexistencias cuando haya una renovación contractual o la firma de un nuevo contrato de seguro con la aseguradora?***
> *No. Sobre este punto, corresponde precisar que* ***cuando un consumidor contrata con una empresa aseguradora y en el desarrollo de la relación comercial presenta una condición médica que conlleva un tratamiento prolongado, esta condición médica no puede ser considerada como una preexistencia cuando se produzca la renovación del contrato de seguro médico entre las partes****.*
> *Asimismo, en el caso que exista una fusión por absorción, la empresa absorbente no debe considerar la enfermedad como una preexistencia, puesto que la nueva aseguradora se coloca en la posición contractual de la aseguradora inicial (con la cual, como vimos, no existía la preexistencia).*
> [...]" (énfasis y subrayado añadidos).

32. A su turno, la Ley 29946, Ley del Contrato de Seguro (LCS), promulgada el 27 de noviembre de 2012 y que entró en vigencia el 27 de mayo de 2013, aborda a las enfermedades preexistentes en los siguientes artículos:

> "[...]
> ***Artículo 117. Seguro de salud***
> *Por el seguro de salud el asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en la ley y en el contrato, a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad del asegurado. La prestación del asegurador podrá consistir en el reembolso al asegurado de los gastos derivados de la asistencia médica, una indemnización a suma alzada en caso de invalidez temporal o permanente u otras contingencias acordadas en la póliza. La prestación podrá consistir también en garantizar al asegurado los servicios de asistencia médica, debiendo el asegurador poner a disposición del asegurado dichos servicios y asumir directamente su costo.*
> *Para tal efecto, 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 118. Preexistencias***
> *Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo,* ***hasta los límites del contrato original o anterior****.*
> *Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.*
> [...] (énfasis y subrayado añadidos).

33. Finalmente, con fecha 26 de mayo de 2013, la Superintendencia de Banca Seguros y AFP (SBS) emitió la Resolución SBS 3203-2013 en virtud de la cual aprobó las *"Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud"*. Esta norma estableció en su artículo 3° lo siguiente:

> "[...]
> ***Artículo 3º.-****El alcance del término preexistencia señalado en la Ley Nº 28770 debe ser entendido como lo señala el segundo párrafo del artículo 118º de la Ley Nº 29946. En este sentido, en concordancia con la citada Ley,* ***las empresas de seguros deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley Nº 28770****. Por lo tanto, las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales, conforme a lo regulado por la Ley Nº*

OSTERLING
ABOGADOS
Av. Santo Toribio 143. Piso 3. San Isidro. Lima 27. Perú. T (511) 611 8282. F (511) 611 8284. www.osterlingfirm.com

*28770. Asimismo, **la continuidad de la cobertura de las preexistencias en los seguros de salud no se restringe en ningún caso a una sola empresa de seguros sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano**[5], según lo señalado en la citada Ley.*
Asimismo, el término "no resuelto" a que hace referencia el citado artículo 118º, se aplica a enfermedades que requieren de continuidad en la atención médica, y que hayan estado cubiertas por un contrato de seguro en el periodo inmediato anterior.
***Para acceder a la continuidad de cobertura de las preexistencias, en el marco de la Ley Nº 28770, bastará la firma del asegurado en la solicitud del seguro y la correspondiente aceptación por la empresa, para que esta solicite a la empresa anterior los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad**. Cabe agregar que la empresa podrá hacer uso de establecimientos de salud afiliados, correspondientes a su red asistencial, que resulten equivalentes a las ofrecidas por la empresa anterior*" (énfasis y subrayado añadidos).

34. De acuerdo a lo expuesto, resulta claro que en relación a las preexistencias en los Seguros de Salud o de Asistencia Médica, **el asegurado podrá acceder a una continuidad de cobertura de las preexistencias con independencia de si lo hace en la misma Compañía de Seguros (renovando su Póliza) o a través de otra Compañía que integra el Sistema de Seguros Peruano (celebrando un nuevo Contrato de Seguro de Asistencia Médica)**.

35. Sin perjuicio de lo anterior, en el caso que nos ocupa, consideramos pertinente precisar que la entrada en vigencia de la LCS (mayo de 2013) fue posterior a la emisión de la Póliza contratada por el señor Segovia (setiembre de 2012), la misma que incluyó como exclusiones (preexistencias) a las enfermedades rinitis alérgica y hemorroides. Es decir, las disposiciones que contiene la LCS no resultan aplicables a las condiciones bajo las cuales fue emitida la Póliza.

36. Al respecto, cabe recordar que la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS establece que "[a]*partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y **no tienen fuerza ni efecto retroactivo**; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente*" (énfasis y subrayado añadidos).

37. Como sabemos, en nuestro ordenamiento jurídico existen límites para la aplicación de las normas. Los artículos 103° y 109 de la Constitución establecen lo siguiente:

> "[...] *La ley, desde su entrada en vigencia, se aplica a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tiene fuerza ni efectos retroactivos; salvo, en ambos supuestos, en materia penal cuando favorece al reo".*
> [...]

---

[5] Al respecto, el Informe de Evolución del Sistema Asegurador peruano publicado por la SBS en su Portal Web en el mes de setiembre (http://www.sbs.gob.pe/app/stats/EstadisticaBoletinEstadistico.asp?p=27#) establece que "[a]*l tercer trimestre de 2013, el sistema asegurador estuvo conformado por 15 empresas. De estas, 4 están dedicadas a ramas generales y de vida, 5 exclusivamente a ramos generales, y 6 exclusivamente a ramos de vida*".

"La ley es obligatoria desde el día siguiente de su publicación en el diario oficial, salvo disposición contraria de la misma ley que posterga su vigencia en todo o en parte".

38. Conforme a lo expuesto, es posible colegir que, como regla, las normas rigen a partir del momento de su entrada en vigencia y carecen de efectos retroactivos. Este precepto es el que precisamente recoge la Ley del Contrato de Seguro en la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria, precisando que dicha Ley no tiene fuerza ni efecto retroactivo. Por lo tanto, las disposiciones de esta norma no resultan exigibles ni aplicables a La Póliza contratada por el señor Segovia.

II.2. LAS PREEXISTENCIAS EN EL SISTEMA DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD – EPS

II.2.1. NATURALEZA DE LOS SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A TRAVÉS DE UNA EPS

39. Previamente a abordar la creación de las EPS y de su ente supervisor y regulador, resulta imperativo referirnos, por su relevancia en el presente análisis, a la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley 29344, publicada el 09 de abril de 2009).

40. Esta Ley indica que su objetivo es "[...] *establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, **a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud**, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento*"[6] (énfasis y subrayado añadidos).

41. Continúa la Ley estableciendo que "[e]*l aseguramiento universal en salud **es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud** que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)*" (énfasis y subrayado añadidos).

42. Asimismo, este marco normativo incorpora a las denominadas IAFAS (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud) quienes tendrán a su cargo administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados. El artículo 7° de esta Ley[7] considera a las EPS y a las Compañías de Seguros que brindan coberturas de salud como IAFAS.

---

[6] Artículo 1° de la Ley No. 29344.

[7] El tenor del artículo 7° es el siguiente:
"Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud sujetas a la presente Ley son aquellas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliadas, entre ellas, los siguientes:
[...]
6. Compañías de Seguros Privados de Salud.
7. Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagados.
[...]
9. Otras modalidades de aseguramiento públicos, privados o mixtos distintas a las señaladas anteriormente".

OSTERLING
ABOGADOS
Av. Santo Toribio 143. Piso 3. San Isidro. Lima 27. Perú. T (511) 611 8282. F (511) 611 8284. www.osterlingfirm.com

43. En efecto, el artículo 15° del Decreto Supremo 008-2010-SA (Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, en adelante "el Reglamento"), establece que:

> "[...]
> ***Artículo 15º.- COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE RAMOS GENERALES***
> *En el caso de las Compañías de Seguros o Reaseguros que en adición a planes de salud brinden otro tipo de cobertura de aseguramiento, ya sea de riesgos patrimoniales u otras modalidades de ramos generales, no requerirán que tramiten ante la SUNASA las autorizaciones de organización y funcionamiento, siempre que se encuentran* (sic) *reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones. En tales casos,**para que brinden las coberturas comprendidas dentro del Aseguramiento Universal en Salud, bastará que se registren ante la SUNASA bajo las condiciones que ésta establezca, acreditando la autorización otorgada por la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones**"* (énfasis y subrayado añadidos).

44. De otro lado, cabe indicar que en virtud a la Ley 29344, se creó la SUNASA[8] (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud), órgano que sustituyó a la SEPS (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud). Esta última, como el propio Reglamento señala[9], fue el "[...] *Organismo Técnico Especializado del Sector Salud que tuvo por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados. En virtud a la Ley Nº 29344 amplía sus facultades incorporando bajo el ámbito de supervisión a las IAFAS, IPRESS y entidades que brindan coberturas de salud bajo pago regular y anticipado, adquiriendo la denominación de Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud*[...]" (subrayado añadido).

45. En relación a la función de supervisión de SUSALUD (antes SUNASA), el artículo 55° de este Reglamento establece que "[p]*ara el caso de las Compañías de Seguros Privados que ofertan cobertura de asistencia médica, SOAT, accidentes personales, y otros tipos de cobertura vinculadas a la salud, que se encuentran bajo el ámbito de la Superintendencia de Banca y Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones reguladas por la Ley Nº 26702, **la supervisión bajo competencia de la SUNASA se circunscribe a los procesos asociados a la prestación de servicios de su red asistencial y al cumplimiento de las condiciones que se deriven de la suscripción de los convenios suscritos con los afiliados o entidades que los representen, además de la verificación de la oportunidad de pago a sus proveedores de servicios de salud, ejerciendo facultad sancionadora de transgredirse estas obligaciones, dentro del marco del Aseguramiento Universal en Salud***" (énfasis y subrayado añadidos).

46. De lo expuesto hasta este punto, cabe anotar que **la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud tiene como finalidad cumplir con un objetivo social:que toda la población residente en el país tenga derecho pleno y progresivo a la seguridad en salud.** Para cumplir este objetivo, esta normatividad ha incorporado a las IAFAS (entre ellas las EPS) quienes estarán a cargo de administrar los fondos destinados al

---

8 Y que como hemos mencionado ahora se denomina Susalud.

9 Artículo 3° del Reglamento.

financiamiento de prestaciones de salud de salud a sus afiliados y siempre bajo el marco del aseguramiento universal.

47. Finalmente, en relación a la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud cabe mencionar que ésta creó los denominados Planes de Aseguramiento en Salud, que son listas de condiciones asegurables y prestaciones de salud, financiadas por las IAFAS. Entre estos planes tenemos al *(i)*Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS; *(ii)*Planes Complementarios, en virtud a los cuales las IAFAS pueden complementar el PEAS y cuyo cumplimiento estará fiscalizado por SUSALUD; y, *(iii)*Planes Específicos, con los que cuentan los asegurados en EsSalud, FFAA y PNP y que posean mejores condiciones que el PEAS.

48. Ahora bien, hecha la precisión sobre la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cabe abordar la Ley 26790 (Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, publicada el 17 de mayo de 1997) en virtud de la cual se crearon las EPS.

49. **Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) son empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de SUSALUD.**

50. Las EPS se constituyen como personas jurídicas, organizadas de acuerdo a la legislación peruana, previa autorización de organización otorgada por SUSALUD. Las EPS surgieron para complementar la atención que brindaba EsSalud a través de dos capas: *(i)*Capa Simple, definida como aquellas intervenciones sencillas y frecuentes, y que pueden ser atendidas mediante consulta ambulatoria o cirugía de día, las mismas que tienen mayor frecuencia y menor complejidad (hoy PEAS) y *(ii)*Capa Compleja, conjunto de intervenciones de salud de menor frecuencia, que son complicadas e infrecuentes, y que requieren de mayor medicación, equipos, hospitalización o largo tiempo de tratamiento para su curación.

51. En tal sentido, **las EPS quedaron en virtud de la Ley antes referida, integradas al régimen contributivo constituido por la "Seguridad Social de Salud"**. El Reglamento de la Ley 26790 las definió como las empresas e instituciones públicas o privadas, distintas al IPSS (ahora EsSalud), cuyo único fin (además de administrar los fondos para el financiamiento de las prestaciones de salud) es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles y fiscalización de la SEPS – (ahora SUSALUD).

52. Puesto que las EPS pertenecen al régimen contributivo dela Seguridad Social de Salud, corresponde entender su naturaleza con arreglo al objeto y fines de la Seguridad Social de Salud. El artículo 2° del Reglamento de la Ley 26790 establece que "[...] *el seguro social en salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios, para la preservación de la salud y el bienestar social. Este seguro está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y se complementa con los planes de salud brindados por las entidades empleadores, ya sean en establecimientos propios o con planes contratados con EPS's debidamente constituidas*".

53. De las disposiciones anteriores, ampliamente desarrolladas en la Ley 26790 y su Reglamento, así como en las disposiciones legales dictadas con posterioridad a estos dispositivos, se desprende claramente que **las EPS forman parte de un sistema asistencial que difiere sustancialmente del Sistema de Seguros Privado en muchos aspectos**.En rigor, la seguridad social está definida como un conjunto de medidas adoptadas por el Estado para proteger a los ciudadanos contra riesgos en situaciones de necesidad.

54. En efecto, el primer y principal aspecto es que **el Seguro Social en Salud constituye un servicio público**, porque forma parte de los servicios mínimos que el Estado se encuentra obligado a brindar a la población por mandato de la Constitución. Efectivamente, los artículos 9°, 10°, 11° y 12° de la Carta Política del Estado se ocupan de este importante tema estableciendo lo siguiente:

> "[...]
> ***Artículo 9°****.El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.*
> ***Artículo 10°****.El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.*
> ***Artículo 11°****.El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.*
> *La ley establece la entidad del Gobierno Nacional que administra los regímenes de pensiones a cargo del Estado.**
> **** Párrafo agregado mediante la Ley Nº 28389, publicada el 17 de noviembre de 2004.***
> ***Artículo 12°.*** *Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley"* (subrayado añadido).

55. En el Perú no existe una disposición legal o constitucional que defina lo que debe entenderse por servicio público. Sin embargo, éste es uno de los conceptos más recurridos en la doctrina constitucional y administrativa, ya que se encuentra estrechamente asociado a la función y rol que debe cumplir el Estado en favor de la población. De manera específica, el artículo 58° de la Carta Política del Estado establece que *"[...] bajo el régimen de la economía social de mercado, el Estado orienta el desarrollo del país y actúa principalmente en las áreas de promoción de empleo, salud, educación, seguridad, servicios públicos e infraestructura"* (subrayado añadido). En rigor, todos los servicios que el Estado provee a la población en cumplimiento del rol que le asigna la Constitución en el marco de la economía social de mercado, se consideran "servicios públicos". Por tal razón, **son servicios públicos no solo los que en forma directa reciben esa denominación, sino los demás servicios que el Estado provee a la población**, como es el caso de la infraestructura (carreteras, aeropuertos, ferrocarriles, etc.), transporte, educación (educación gratuita o subvencionada colegial y universitaria, técnica, etc.), **salud, previsión social**, etc.

56. El Tribunal Constitucional ha tratado de determinar la noción de servicio público, estableciendo para ello una serie de características que lo definen como tal, a saber:

> "[...]
> *Es importante tomar en cuenta que existen una serie de elementos en que en conjunto permiten caracterizar a un servicio público: a) **su naturaleza esencial para la comunidad**; b) **la necesaria continuidad de su prestación en el tiempo**; c) **su naturaleza regular, es decir, que debe mantener un estándar mínimo de calidad** y; d) la necesidad de que **su acceso se de en condiciones de igualdad**[10]"* (énfasis y subrayado añadidos).

57. En este orden de ideas, CALDERÓN[11] señala que "[...] *los servicios públicos son la prestación realizada por la Administración Pública de manera directa o indirecta, para la satisfacción concreta de necesidades colectivas*". MESCHERIAKOFF[12], a su turno, señala que "[...] *los servicios públicos asisten entonces al nacimiento de un derecho exorbitante de derecho común justificado por las necesidades de la utilidad común*". Finalmente, CHARICH[13] sostiene que "[...] *cuando hablamos de un Servicio Público se trata de una actividad esencial sometida a un régimen jurídico particular que puede caracterizarse de acuerdo con los principios de universalidad, igualdad, continuidad y calidad*" (subrayados añadidos).

58. Estas definiciones son solo un intento de la doctrina y la jurisprudencia de acercarnos al significado actual de "servicio público", ya que el contenido del mismo sigue sin la debida regulación en el Perú; pero **en definitiva, podemos entender que un Servicio Público es aquél que tiene estas mismas características pero que además responde a una función que el Estado por mandato de la Constitución realiza en beneficio de la población.**

59. Consiguientemente, aun cuando ciertos servicios prestados desde el sector privado puedan parecerse a los servicios públicos, **la naturaleza de ambos es marcadamente diferente**, ya que no se rigen por los mismos principios, ni tienen, desde luego, los mismos alcances. Esta es precisamente la diferencia existente entre los seguros de salud que ofrecen las empresas privadas de seguros y, los seguros que forman parte del Servicio Público de Salud que presta el Estado, bien sea a través de entidades estatales o privadas a quienes les ha sido delegada la función pública de prestar el servicio público de salud.

60. En conexión con estos conceptos, el artículo 1° de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley 27444, señala que dicha Ley "[...] *será de aplicación para todas las entidades de la administración pública*", pero acto seguido establece que también se entenderá por entidad o entidades de la administración pública a "[...] *las personas jurídicas bajo el régimen privado que presten servicios públicos o ejercen función administrativa, en función de concesión, delegación o autorización del Estado, conforme a la normativa de la materia*" (subrayado añadido).

61. Es al amparo de esta norma que las empresas que prestan servicios públicos se consideran, para todos los efectos como empresas o entidades de la administración

---

10 Sentencia del Tribunal Constitucional N° 0034-2004-AI/TC de fecha 7 de marzo del 2006.
11 CALDERÓN Wilder. *Gestión de los Servicios Públicos*. Lima. 2011
12 MESCHERIAKOFF, A.S. *"Droit des Services Publics."* 2e Edition. Presses Universitaires de France. Paris. 1997. P. 19.
13 M. CHARICH. *"Servizio pubblico e servicio universale: Evoluzione normotiva e profili riconstruttivi"*, Diritto Pubblico. 1998. P. 198.

pública y, consecuentemente, les son de aplicación las disposiciones que rigen para la Administración Pública.

62. Las EPS integran el sistema del Seguro Social de Salud, conjuntamente con EsSalud y, consecuentemente, prestan un servicio público, vale decir, prestan un servicio en materia de salud que el Estado se ha obligado constitucionalmente a brindar a la población. Este servicio no tiene relación directa con los seguros privados de salud que se ofrecen en el mercado, como consecuencia de la libre iniciativa de las empresas de seguros.

63. En esta línea, el portal de SUSALUD establece que "[...] *EsSalud presta servicios al 37 % de la población trabajadora asegurada en esa entidad. La presencia de las EPS favorece la descongestión de los hospitales, policlínicos y otras instalaciones en las que se brinda los servicios de EsSalud y le permite concentrarse mejor en la atención descentralizada en todo el país y en las intervenciones médicas de alta complejidad*".

64. La combinación de prestación de servicios de EsSalud y EPS permite el mejor aprovechamiento de la infraestructura existente en la seguridad social peruana, para beneficio de los que la prestan y los que la reciben, siguiendo la tendencia mundial de los sistemas previsionales de los países con mayor experiencia en seguridad social.

65. En suma, la obligación que el Estado tiene con respecto a la salud de la población forma parte de las prestaciones y servicios mínimos que constitucionalmente debe proveer el Estado como parte de su función. Por esa razón, se consideran servicios públicos. Las EPS forman parte de este sistema, y consiguientemente, ellas fueron creadas para prestar servicios públicos de salud. El servicio público, por su propia naturaleza, es altamente regulado, ya que no se rige por principios propios de los seguros, puesto que tienen altos componentes asistenciales, subsidios, de seguridad social y no son alcanzados por los límites típicos de un seguro particular, que otorga cobertura de riesgos en función de la prima pagada, y siempre está sujeta a límites basados en sumas aseguradas.

66. Ahora bien, si bien existen ciertas similitudes en ambos sistemas, resulta evidente que existen también grandes diferencias, a saber:

- Proporcionalidad entre riesgo y prima: los seguros privados son generalmente diseñados para que exista una proporcionalidad entre el riesgo asumido y la prima, tomando en cuenta la masa crítica y los estudios actuariales, mientras que los programas de seguridad social en general ponen un mayor énfasis en la pertinencia social de los beneficios para todos los participantes, sin que exista una proporción entre el riesgo asumido y la contraprestación pagada.
- Participación voluntaria versusobligatoria: La participación en programas de seguros privados es a menudo voluntaria. La participación en programas de seguro social es generalmente obligatoria, y cuando excepcionalmente la participación es voluntaria, el costo es en gran medida lo suficientemente subvencionado para asegurar la participación masiva.
- Derechos contractuales versus legales: El derecho a las prestaciones en un seguro privado es contractual, sobre la base de un contrato de seguro. La compañía de

seguros no tiene el derecho unilateral de modificar o terminar la cobertura antes del final de la vigencia del contrato. Los programas de seguros sociales por otro lado no son generalmente basados en un contrato, sino en una ley, y el derecho a las prestaciones es legal y no contractual. Las disposiciones del programa se pueden cambiar si la ley se modifica.

- Financiación: La mayoría de sistemas de seguridad social se financian de manera continua sin hacer referencia a las obligaciones futuras. Esto es visto como una cuestión de solidaridad entre las generaciones y entre los enfermos y los sanos como parte del contrato social. En esencia, esto significa que la actual generación de trabajadores saludables pagan para cubrir el cuidado de la salud y los costos de vida de los que están actualmente incapacitados temporalmente por enfermedad o que han dejado de trabajar por vejez o invalidez. Los sistemas privados se financian con las primas y con el producto de las inversiones que las compañías de seguros realizan con dichas primas.

II.2.2. PREEXISTENCIAS EN LOS SEGUROS DE SALUD BRINDADOS A TRAVÉS DE UNA EPS

67. La Ley 29561 – Ley que establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud– (publicada el 18 de julio de 2010), establece lo siguiente:

> "[...]
> ***Artículo 1º.- Objeto de la Ley***
> *La presente Ley tiene el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.*
> *Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes.*
> [...]
> ***Artículo 3º.- Preexistencias de capa compleja del plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), continuidad y condiciones***
> *En el plan de salud y en el contrato de prestación de servicios de seguridad social en salud para afiliados regulares, ofertados por la Entidad Prestadora de Salud (EPS), que incluyan las enfermedades de capa compleja, debe incluirse una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en los supuestos señalados en el artículo 1º de la presente Ley.*
> [...]" (subrayado añadido).

68. Asimismo, el Reglamento de esta Ley (aprobado mediante Decreto Supremo 008-2012-SA de fecha 1 de noviembre de 2012) establece lo siguiente:

> "[...]
> ***Artículo 2°.- DEFINICIÓN DE CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS***
> *Es el derecho del asegurado y sus derechohabientes a seguir recibiendo, en términos y condiciones equivalentes, las prestaciones de salud por contingencias diagnosticadas y no resueltas durante la vigencia de un plan de salud contratado con anterioridad al cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.*
> [...]
> ***Artículo 4°.- CLÁUSULA DE GARANTÍA***
> *Los contratos de los planes de salud que incluyan cobertura de capa compleja deberán incorporar la siguiente cláusula general:*

378

*'La EPS se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud de los trabajadores y sus derechohabientes, en términos y condiciones equivalentes, **por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, determinadas y cubiertas en un anterior plan de salud de una EPS**, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 29561, Ley que establece la continuidad de cobertura de preexistencias en el plan de salud de las Entidades Prestadoras de Salud y su Reglamento'"* (énfasis y subrayado añadidos).

69. Como se colige de las disposiciones citadas, en los Planes de salud brindados por las EPS, los afiliados y sus derechohabientes tienen la posibilidad de mantener o continuar la cobertura de preexistencias si varían de Plan de Salud debido a un cambio de centro laboral o debido a un cambio de Entidad Prestadora de Salud en su mismo centro de trabajo.

II.3. DISTINCIÓN ENTRE EL SISTEMA ASEGURADOR PRIVADO Y EL SISTEMA DE LAS EPS RESPECTO DE LAS PREEXISTENCIAS

70. Sin perjuicio de lo anterior, debemos destacar que el tratamiento de las preexistencias para cada Sistema referido a la posibilidad de que sus asegurados mantengan la cobertura en caso decidan cambiar de plan de salud, está regulado por normas distintas e independientes.

71. En efecto, para el caso de Sistema Asegurador, la referida posibilidad está regulada por **la Ley 28770**, la cual, como hemos descrito, **permite al asegurado acceder a esta continuidad de cobertura de preexistencias con independencia de si lo hace en la misma Compañía de Seguros (renovando su Póliza) o a través de otra Compañía que integra el Sistema de Seguros Peruano (celebrando un nuevo Contrato de Seguros o Póliza)**[14].

72. **Lo propio ocurre con el Sistema EPS a través de la Ley 29561 y su Reglamento**. Ambas normas establecen la posibilidad de que el afiliado o sus derechohabientes mantengan o continúen la cobertura de preexistencias si es que variasen de un Plan de Salud debido a un cambio de centro laboral o debido a un cambio de EPS en su centro de trabajo.

73. En síntesis, **ambos sistemas establecen la posibilidad de que sus asegurados al cambiar de Plan de Salud dentro del mismo sistema, mantengan la cobertura de preexistencias bajo los límites establecidos en el Plan de Salud anterior**.

III. RESPECTO A LA POSIBILIDAD DE MIGRAR DE UN PLAN DE SALUD DE UNA EPS HACIA UN SEGURO PRIVADO AL AMPARO DE LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 118° DE LA LEY DEL CONTRATO DE SEGURO

74. El artículo 118°[15] de la LCS establece que "[l]*as enfermedades preexistentes están cubiertas dentro **del sistema de seguros y de EPS**, como mínimo, **hasta los límites del contrato original o anterior*** [...]" (énfasis y subrayado añadidos).

---

[14] Esto ha sido ratificado por la Ley de Contrato de Seguro y la Resolución SBS. Nº 3203-2013 la cual aprobó las *"Normas Complementarias Aplicablesa los Seguros de Salud"*.

[15] El tenor íntegro de este artículo es el siguiente:
*"**Artículo 118. Preexistencias***

OSTERLING
ABOGADOS
Av. Santo Toribio 143. Piso 3. San Isidro. Lima 27. Perú. T (511) 611 8282. F (511) 611 8284. www.osterlingfirm.com

75. En tal sentido, este artículo hace referencia a la cobertura de preexistencias dentro de ambos sistemas; esto es, dentro del Sistema de EPS así como del Sistema de Seguros Privado, diferenciando a cada uno. Es decir, las preexistencias estarán cubiertas como mínimo hasta los límites del contrato original o anterior emitido dentro de cada sistema, respectivamente.

76. En esta misma línea, la SBS a través de la Resolución SBS 3203-2013 estableció para el caso de las empresas de seguros, que dichas empresas **deben otorgar cobertura a las preexistencias en los seguros de salud en los términos señalados en la Ley 28770 y que, la continuidad a que se refiere esta norma, no se restringe en ningún caso a una sola empresa de seguros sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano.**Precisando de esta manera que esta disposición se aplica de forma exclusiva al sistema de seguros; sin embargo, no resultaría igual de aplicable para la EPS que tienen una regulación y supervisión distinta como se ha explicado anteriormente.

77. De la lectura del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro se desprende claramente que **no es posible pasar de un sistema a otro manteniendo las preexistencias, prueba de ello es que la SBS se ha referido a la continuidad en la cobertura de las preexistencias exclusivamente respecto del Sistema Asegurador**, no solamente porque es el ente regulador y supervisor de las empresas que conforman dicho sistema, sino porque como es evidente, **la continuidad en la cobertura de preexistencias en las EPS está reglamentada por una norma distinta (Ley 29561 y su Reglamento), cuya supervisión le corresponde a la SUSALUD.**

78. Como hemos visto a lo largo del presente informe, ambos sistemas (el de EPS y el de seguros) tienen una naturaleza distinta, es por esta razón que el artículo 118° de la LCS se refiere a ambos sistemas y no a uno sólo, ni pretende unificarlo tampoco. Esto significa que resultaría a todas luces antitécnico pretender mantener las preexistencias al pasar de un sistema al otro, puesto que mientras uno se rige en función al riesgo, el otro se rige por normas de derechos de seguridad social.

79. Adicionalmente, resulta correcto sostener que no es posible que una persona migre de una EPS a un seguro de salud o de asistencia médica –o viceversa–, con el objeto de mantener la cobertura de su seguro anterior respecto de las enfermedades preexistentes, al amparo de lo establecido por el artículo 118° de la LCS. **La continuidad en la cobertura de preexistencias a la que se refiere este artículo, debe ser aplicada en función al Sistema al que pertenece el Plan de Salud del asegurado.**

80. En otras palabras, si el Plan de Salud de un asegurado fuera contratado con una Compañía de Seguros, en virtud de la Ley 28770 podrá mantener bajo cobertura cualquier existencia médica que hubieran surgido durante la vigencia, si lo hace en la misma Compañía de Seguros (renovando su Póliza) o contratando de manera sucesiva

---

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.
Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de solud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud".

con otra Compañía que integra el Sistema de Seguros peruano (celebrando un nuevo Contrato de Seguros o Póliza).

81. Lo propio ocurrirá si el Plan de Salud de un afiliado fuera contratado a través de una EPS. En este caso, en virtud de la Ley 29561 y a lo dispuesto por artículo 118° de la LCS, tal afiliado podrá mantener bajo cobertura cualquier existencia médica que hubieran surgido durante la vigencia de la Póliza EPS, si dicha variación de Plan obedece a un cambio de centro laboral o a un cambio de EPS en el mismo centro de trabajo.

82. Sin embargo, **bajo ningún concepto, podría mantener la cobertura de preexistencias migrando de un Sistema al otro.** Si aceptásemos esta posibilidad, de inmediato se generaría una duda respecto de qué normatividad resultaría aplicable a la continuidad de la cobertura, ya que ambos sistemas atendiendo a su distinta naturaleza, cuentan con normas diferentes.

83. Al respecto, cabe mencionar que cuando el artículo 117° de la LCS establece 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*"; se refiere al mismo contexto regulado por el artículo 118°; es decir, la remisión a la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud importa a aquello que le atañe a las compañías de seguro respecto de dicha Ley.

84. Queda claro entonces, que la LCS no regula a las preexistencias cruzadas entre ambos sistemas (Seguro y EPS), dejando este camino a lo establecido en Ley No. 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, la cual regula la cobertura de preexistencias cruzadas a través del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud –PEAS– (regulado en su artículo 13°[16]).

85. En esta misma línea, el artículo 100° del Decreto Supremo No. 008-2010-SA[17], Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece la

---

16 Cuyo tenor es el siguiente:
"Artículo 13.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios".

17 Cuyo tenor establece lo siguiente:
"Artículo 100.- DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS
[...]
Los planes de salud complementarios al PEAS deberán contener una cláusula de garantía que permita la continuidad de cobertura de diagnósticos preexistentes en caso que los afiliados al Aseguramiento Universal en Salud cambien de IAFA a plan contratado*, siempre que se cumpla con que:*
a) Al momento del diagnóstico de la enfermedad, el afiliado debe encontrarse bajo la cobertura de un PEAS y de un plan complementario, y que haya transcurrido noventa (90) días desde su afiliación.
b) Su inscripción en el nuevo Plan de Salud Complementario debe efectuarse dentro de los sesenta (60) días de extinta la anterior relación contractual.
c) La preexistencia debe haberse generado durante la vigencia del Plan Complementorio anterior, no esté excluido bajo ese contrato y sea un beneficio cubierto también por el plan complementario solicitado. Asimismo, si la preexistencia no está excluida motivo de que no fue declarada oportunamente, declaración falsa o reticente, esta condición no será cubierta en el nuevo plan complementario siendo totalmente excluida del contrato.
d) Las IAFAS podrán limitar la cobertura de las preexistencias a los límites que tenía esa condición en el plan donde se evidenció el diagnóstico.

OSTERLING
ABOGADOS
Av. Santo Toribio 143 Piso 3. San Isidro. Lima 27. Perú. T (511) 611 8282. F (511) 611 8284. www.osterlingfirm.com

posibilidad de que las personas afiliadas al PEAS –y que además hayan adquirido voluntariamente un plan de salud complementario (toda vez que respecto de las coberturas del PEAS, siempre se cubrirán las preexistencias[18])–, puedan verse beneficiados con la continuidad en la cobertura de sus enfermedades preexistentes, regulándose incluso las preexistencias cruzadas.

86. Sin embargo, como hemos precisado en el presente informe, el señor Segovia no adquirió de Pacífico un PEAS, sino un producto distinto, un Seguro de Continuidad en el cual se incluyeron como exclusiones a las enfermedades de Hemorroides y Rinitis Alérgica. Es decir, el señor Segovia no podría beneficiarse de la continuidad que regula la Ley bajo comentario.

87. Finalmente, el señor Segovia no pudo adquirir un PEAS de Pacífico (en setiembre de 2012), puesto que recién a partir del 06 de diciembre de 2013, Pacífico califica como IAFA, obligada a ofertar PEAS. En efecto, a partir del Decreto Legislativo No. 1158 (publicado el 06 de diciembre de 2013), se derogó el artículo 7 de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y se incluyó en su texto un nuevo listado de las instituciones que califican como IAFAS, reemplazando la denominación "*6. Compañía de Seguros Privados de Salud*" por la de "*6. Empresas de Seguros contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso d) del artículo 16 de la Ley 26702 que oferten cobertura de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición otro tipo de coberturas*".

88. En síntesis, somos de la opinión que **debido a la distinta naturaleza y a normativa aplicable a cada uno de los sistemas (Seguros y EPS), no es posible que un afiliado de una EPS migre a una póliza de asistencia médica otorgada por una compañía de seguros manteniendo bajo cobertura cualquier condición médica que hubiera podido surgir durante la vigencia de la EPS**, y como no podría ser de otra manera, **tampoco es posible que un asegurado bajo el Sistema Asegurador pueda afiliarse a una EPS manteniendo las existencias médicas que pudieron surgir durante la vigencia de su póliza de salud**.

IV. PRONUNCIAMIENTO Y CONCLUSIONES SOBRE LA POSICIÓN DE INDECOPI

89. Como hemos advertido de la información proporcionada, el INDECOPI considera que, en virtud de lo establecido por el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro, Pacífico Seguros se encuentra obligado a otorgar cobertura a las preexistencias del señor Segovia, independientemente de si el contrato de seguro anterior provenga o no del Sistema de Seguros Privado (de Asistencia Médica) o de una EPS.

90. Sin embargo, el tratamiento para la continuidad en la cobertura de preexistencias, está claramente determinado y regulado por normas independientes para cada Sistema. En efecto, para las Compañías de Seguro resulta aplicable la Ley 28770; mientras que para las EPS resulta aplicable la Ley 29561 y su Reglamento.

Las IAFAS podrán analizar el impacto económica de las preexistencias y fijar la prima de manera acorde en cada caso" (énfasis y subrayado añadidos).

[18] Al respecto, el artículo 89° de este Reglamento establece lo siguiente:
"Artículo 89.- Preexistencias
En ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión. La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte del asegurado, al momento de su afiliación".

91. Si bien en ambos Sistemas está regulada la posibilidad de que sus asegurados mantengan la cobertura de preexistencias ante un cambio en su Plan de Salud –en distintos cuerpos normativos–, lo cierto es que **dicha continuidad corresponderá aplicar en el mismo Sistema**; esto es, **el cambio de Plan de Salud solo podría significar variar de Compañía de Seguro para el Sistema de Seguros peruano o, variar de EPS en este Sistema, pero no variar entre un sistema y el otro para obtener la cobertura de preexistencias en el otro sistema.**

92. Si bien el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro establece que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior, para aplicar esta continuidad en la cobertura de la preexistencia **se deberá aplicar la normativa vigente para cada sistema y, como ya hemos visto, no podría mantenerse la cobertura de preexistencias, pasando de un sistema al otro.**

93. Por tal motivo, si bien el señor Segovia contrató la Póliza con Pacífico Seguros, en esta Póliza ya se habían incluido como preexistencias a las enfermedades de Rinitis y Hemorroides. En consecuencia, al activarse la Póliza, Pacífico Seguros mantuvo las referidas exclusiones de la Póliza. Y no pudo ser de otra manera, toda vez que el paso del plan de salud de la EPS a la Póliza de salud de Pacifico Seguros significó un cambio de sistema de aseguramiento, cuya regulación sobre preexistencias está claramente detallada para cada caso (e incluso antes de la promulgación de la Ley del Contrato de Seguro). Es decir, Pacífico Seguros tampoco podía ni estaba obligada a incluir como parte de la cobertura a las enfermedades detectadas durante la vigencia de una Plan de salud de la EPS.

94. De otro lado, consideramos que la lectura de INDECOPI sobre el ámbito de aplicación del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no es correcta y resulta antitécnica por los fundamentos expuestos en este informe. Sin embargo, sobre la base de dichos fundamentos, la vigencia y ámbito de aplicación de dicha Ley resultan indistintos en el presente caso, teniendo en cuenta que antes de la promulgación de dicha Ley, existía una normativa para cada sistema de salud que abordaba el tratamiento de continuidad de preexistencias. Lo que ha hecho la Ley del Contrato de Seguro en el artículo 118° no es unificar los sistemas, sino precisar que en ambos sistemas existe la posibilidad de mantener cubiertas las preexistencias cuando se contrate una nueva póliza o se renueve la anterior, lo cual ha sido ratificado por la SBS a través dela Resolución SBS. Nº 3203-2013.

95. Finalmente y sin perjuicio de lo expuesto, debemos precisar que la emisión de la Póliza contratada por el señor Segovia se produjo en setiembre de 2012, la misma que incluyó como exclusiones (preexistencias) a las enfermedades rinitis alérgica y hemorroides, mientras que la Ley del Contrato de Seguro entró en vigencia en mayo de 2013. En tal sentido, contrariamente a lo que ha establecido INDECOPI, las disposiciones que contiene dicha Ley no son aplicables a las condiciones bajo las cuales fue emitida la Póliza (tal como lo establece la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la LCS, sobre la cual nos hemos referido anteriormente).

Av. Santo Toribio 143. Piso 3. San Isidro. Lima 27. Perú . T (511) 611 8282. F (511) 611 8284. www.osterlingfirm.com

383

Sin otro particular, quedamos a su disposición para cualquier aclaración y/o ampliación del presente.

Muy atentamente,

Marco Rivera Noya

Gabriel Loli

Fernando Allasi Uria

384

[ANEXO] 5-E

[ANEXO] 5-E

[ANEXO] 5-F

ACTA DE TRANSCRIPCION PARCIAL DE LA "CONFERENCIA AVANCES Y RETOS DE LA LEY DEL CONTRATO DE SEGUROS"

En Lima, siendo las 10:00 horas del día 03 de Julio del 2014; yo, **JOSE URTEAGA CALDERON**, Abogado Notario de Lima, con Oficio Notarial en la Av. Javier Prado Oeste N° 663 del distrito de Magdalena del Mar, a solicitud del Dr. Francisco Javier Monge Zegarra representante de **EL PACIFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS**; procedo a extender el presente instrumento público extraprotocolar.

JOSE URTEAGA CALDERON NOTARIO DE LIMA

OBJETO DEL ACTA: Transcribir la participación del Dr. Hernán Ramos Romero - Intendente de Regulación de la Superintendencia Nacional de Essalud en la Conferencia Avances y Retos de la Ley del Contrato de Seguros realizada en el Congreso de la República el 20 de Marzo del 2014.

El Dr. Francisco Javier Monge Zegarra, representante de **PACIFICO SEGUROS Y REASEGUROS,** me hace entrega de dos DVD, los cuales contenían los videos correspondientes a la Conferencia Avances y Retos de la Ley del Contrato de Seguros.

A continuación se procede a realizar la transcripción del inicio de la Conferencia:

MODELADOR: "Bien, señores y señoras, eh, damas y caballeros, tengan todos muy buenas tardes, la cordial bienvenida al Congreso de la República, este es la sala Raúl Porras Barrenechea, la que hace algunos unos años fuera la Sede donde sesionaba la Cámara Mayor de Senadores de la Republica hasta el 05 de abril de 1992,

Avances y Retos de la Ley de Contrato de Seguros a Díez Meses de su Vigencia, evento que organiza el despacho del señor Congresista Javier Bedoya de Vivanco, saludamos en la mesa la señora Congresista Dra. María Soledad Pérez Tello, acompañado también eh de las personalidades que están en mesa como la Dra. Mirla Barreto Verastegui, eh el doctor Hernán Ramos Romero, Intendente de Regulación de la Superintendencia Nacional de Salud, igualmente saludamos la presencia del doctor Erick Molina Praeli, eh el sr, el doctor Julio Figueroa Bustamante, el doctor Eduardo Chávez de Piérola, eh el doctor Miguel Delgado Barrera, eh el licenciado Jaime Becerra Arteta, eh el doctor Luis Abramovich Akerman, eh el doctor Alonso Bermúdez del Prado, doctor José Antonio Cornejo, doctor Carlos Fischer García, doctor Marco Rivera Noya, doctor Luis Mesa Carbajal, Avances y Retos de la Ley de Contratos de Seguros, reiterar señores y señoras la bienvenida al Congreso de la República y para dar inicio a esta conferencia sobre el tema que ya hemos anunciado invitamos al señor congresista Javier Bedoya de Vivanco, señor congresista por favor.....".

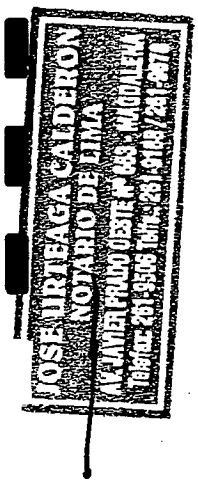
JOSE URTEAGA CALDERON
NOTARIO DE LIMA

A continuación toma la palabra el congresista Javier Bedoya de Vivanco, la Dra. Mirla Barreto Verastegui - Analista Principal de Regulación de la SBS.

Inicio su exposición el doctor Hernán Ramos Romero – Intendente de Regulación de la Superintendencia Nacional de Essalud de Evaluación Institucional, como sigue:

DR. HERNÁN RAMOS ROMERO – INTENDENTE DE REGULACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: "Muchas gracias, eh quisiera que pongan la

presentación, pero podemos ir comenzando mientras lo hacen, muchas gracias congresista, bien la Superintendencia Nacional de Salud ha sufrido desde sus inicios una serie de transformaciones y hoy día ha culminado un segundo proceso de transformación. La Superintendencia Nacional de Salud nace en realidad como institución en el año 97, con la ley marco, eh con la ley de modernización de la seguridad social como Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud que nacen en ese momento, o sea hasta el año 2009 la Superintendencia era la SEPS y regulaba y supervisaba el funcionamiento de cuatro entidades que son las EPS, a partir del 2009 cuando sale la Ley Marco de Aseguramiento Universal en salud la Ley N° 29344 se convierte en Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y aparece además un concepto distinto, el objeto de la ley de aseguramiento en salud era que todos los peruanos en el país, tuvieran una cobertura de seguro de salud, eh entonces eh a partir de ahí, hay un desarrollo de supervisión sobre no solamente sobre los agentes EPS, sino entran las eh compañías prepagadas, que no son otra cosa que prestadores de salud privados, que ofertan planes de salud con coberturas de riesgos, las empresas de seguros y eh los autoseguros, además de todas las instituciones que coberturan riesgo de salud o financian prestaciones de carácter público, eh luego a partir de diciembre de este año del Marco de la Reforma del Sistema Nacional de Salud, sale el Decreto Legislativo 1158 y sufre la siguiente transformación y hoy día es la Superintendencia Nacional de Salud, eh delimitando además competencias distintas eh claramente con SBS y asumiendo competencias en materia de protección al consumidor en el Sector Salud a través de las transferencias de esas competencias, por parte del INDECOPI, proceso en el que nos encontramos hoy día, hoy día nos



encontramos en ese proceso de esa transferencia de esa competencia, entonces la gran misión de la Superintendencia hoy día es la misión de proteger los derechos en salud de cada peruano, antes era solo de los asegurados, hoy día no solo los que tienen un seguro, sino de todos aquellos que se atienden en un prestador de salud, y esto se puede hacer como lo hemos venido definiendo en el marco de cuatro grandes pilares estratégicos, porque la protección del derecho implica una actividad de promoción del derecho, no se puede proteger el derecho de aquellas personas que no saben que tienen un derecho o que no saben cuál es la magnitud de su derecho, entonces hay actividades importantes de promoción de ese derecho, que han significado que se asuma las funciones de Defensoría de Salud que funcionaba en el Ministerio de Salud, y que haya puntos de encuentro con las personas que usan los servicios de salud, eh a través de los delegados de la Superintendencia, el segundo pilar es la protección de la vulneración de los derechos en salud que se expresa a través de las labores de supervisar tanto a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento de salud tanto como de las instituciones prestadoras en salud, y entonces la definiciones de estas administradoras de salud que son las IAFAS son aquellas entidades que están coberturando el riesgo de salud, financiando prestaciones de salud y bajo ese marco quedan entre las entidades privadas, las empresas de salud, las EPS, las prepagas nuevamente y los autoseguros privados, esperemos otra relación igual con las AFOCATS, en este caso, en la que compartimos relación con la SBS, eh y uno podría decir que esa relación se establece gracias a tres parámetros, cuando una persona se relaciona con el sistema de seguros, se relaciona primero con la aseguradora con la empresa que le promete una cobertura a cambio de una prestación que sería la prima o una

cotización en el caso de la seguridad social, pero se enfrenta a una promesa de valor, eh de esa empresa, y se genera una primera relación que es la que luego es regulada por la ley de contratos de seguros, esa relación lleva a la aseguradora a mantener otra relación contractual con aquellos, en el caso de los Ministerio de Salud que van a ser realidad la promesa de valor, porque esa promesa de valor se va a ser realidad cuando alguien se siniestra, en este caso necesita atención médica, y esa es la IPRESS, entonces allí hay una relación contractual entre la IAFAS, que es la que hace la promesa y la IPRESS que ejecuta la relación, y hay una tercera relación, que es la relación entre ese asegurado o el paciente y el establecimiento de salud, pero que esa relación es producida por las otras dos relaciones contractuales, y normalmente no se firma contrato entre un paciente y un hospital, pero esa relación puede verse como una relación contractual seguramente, devenida de las otras, y esas tres relaciones son las que supervisa la Superintendencia, excepto los marco de las empresas de seguros, donde hemos dicho que la primera relación, que es la relación de contrato entre la empresa de seguros y el asegurado, es la una relación que vigila la Superintendencia, pero las otras dos relaciones, la relación de la aseguradora con el prestador, es una relación que vigila y regula la Superintendencia Nacional de Salud, eso es lo que se especifica ya en el Decreto Legislativo 1158, entonces vigilar esa relación, vigilar esas actividades son parte del eje de prevenir la vulneración del derecho, el tercer eje es obviamente restituir, y entonces la Superintendencia cuando nace con la Ley de Aseguramiento Universal de Salud tenía facultad sancionadora, pero esta facultad sancionadora no había sido desarrollada completamente en el marco que debía ser desarrollado que era la Ley, por lo tanto era

390

necesario hacer un up grade de esa facultad sancionadora, y hoy día gracias a haber hecho el Decreto Legislativo 1158, ya en rango de Ley, tenemos una facultad sancionadora mucho más completa, con la capacidad de hacer medidas correctivas, con la capacidad de imponer medidas coercitivas, y con la presencia de un Tribunal Administrativo, que nos permita eh darle a este sistema una tranquilidad en el hecho del debido proceso, y que va a ver el segundo, el el segundo paso administrativo, y además se pudo hacer una corrección de la Ley del Proceso Contencioso Administrativo para que los fallos del tribunal, puedan igual que los fallos del tribunal del Indecopi, igual que los fallos en segunda instancia en la SBS verse en el Sala Contenciosa Administrativa de la Corte Superior y no vayan a juez especializado como se hace ahora, acortando el proceso contencioso, y además equilibrando el sistema sobre todo de protección del consumidor, que era una de las, eh de los requerimientos para poder asumir las funciones de protección al consumidor que veía Indecopi, entonces evitamos tener problemas como los hechos de estar sancionando a dos agentes, a las mismas clínicas, por las mismas situaciones, era algo que tenía que resolverse, el Estado no podía funcionar así, tenía que haber una única entidad probablemente la más especializada en el sistema, que pueda resolver estos problemas, con el mismo equilibrio, con la misma capacidad, con la misma, eh con la misma observación de normas y principios, eh explicado que es la Superintendencia, porque seguramente era, por porque es importante hacerlo, ya que hemos sufrido tantas transformaciones, quisiéramos nosotros hacer un análisis, efectivamente lo que nos dejan estas dos ley que regulan el Sistema de Seguros de Salud, la Ley de Contratos de Seguros y la Ley de Aseguramiento Universal, y nosotros hemos resaltado dos cosas que el Congresista Bedoya a,

391

resalto también en la presentación, y yo quisiera que avancemos con la, con la Ley, en realidad me voy a centrar más que en las definiciones, que las ha explicado muy bien Mirla, eh siguiente, la siguiente por favor, en precisamente en lo que se refiere al capítulo de los seguros de salud, a partir del artículo 117, ya que es interesante definir, lo primero es que los seguros de salud quedan divididos en tres grandes grupos, de acuerdo eh a como honran el siniestro, es decir, son tan seguros de salud, ¿los seguros indemnizatorios?, ¿los seguros que reembolsan?, como los clásicos seguros parecidos a los que conocemos todos, en el cual yo voy al prestador y la empresa paga al prestador, pero esos tres son de acuerdo a la Ley de Contratos de Seguros seguros de salud, y por lo tanto eh las primeras discusiones que hemos tenido con la SBS, y los primeros discusiones que hemos tenido también con los agentes del sistema es que, efectivamente cuando la Ley de Aseguramiento Universal se refiere a que a que todo el mundo puede tener un seguro de salud en este país, está amarrado también a estos tipos de seguros, por lo tanto las empresas de seguros, que oferten cualquiera este tipo de estos seguros son IAFAS, y además lo siguiente importante que hay que mencionar es que la propia Ley de Contrato de Seguros establece que los seguros de salud tanto en planes de seguros de salud, como en preexistencias se rigen por la Ley 29344, por eso es importante hacer este análisis de ambas normas en paralelo; el segundo campo es el artículo 118 que hablaba de las preexistencias y que hablaba de que habían, estaban cubiertas dentro del sistema de seguros como dentro del sistema de EPS, pero como vamos a verlo dentro de un rato, a la hora de hablar de la Ley 29344, cualquier otra IAFAS, también tiene establecidas determinadas reglas para las preexistencias, siguiente por favor, y entonces la Ley de Aseguramiento Universal lo primero

JOSE URTEAGA CALDERON
NOTARIO DE LIMA

que, que vamos a ver son los temas de los planes efectivamente, entonces la Ley de Aseguramiento Universal en su artículo se habla de que los planes aseguramiento universal son tres: el PEAS, los complementarios y los específicos, dejando zanjado que los planes específicos son los que ofrecen en realidad las IAFAS públicas, es decir, las fuerzas armadas, el seguro social, que ofertan definitivamente planes más amplios que el PEAS, o un complementario, por lo tanto en el marco del sistema privado lo que queda es que se pueden ofrecer planes PEAS o planes complementarios, el, el siguiente artículo que es importante relevar, es que precisamente es que esta Ley habla de la obligatoriedad de ofertar planes PEAS en todas las IAFAS, y como habíamos dicho las IAFAS eran consideradas todas o son consideradas todas, por lo tanto hay una obligatoriedad vigente de ofertar el PEAS, esto es también materia obviamente de la discusión que tenemos, podrías volver a la presentación anterior, a la diapositiva anterior, porque hay un artículo adicional para, para agarrar este, que es que en el caso de los planes complementarios, la ley establece que los planes complementarios son regulados, a cargo, la fiscalización de su cumplimiento está a cargo de la Superintendencia, en ese momento la Sunasa, hoy Superintendencia Nacional de Salud, tanto en su regulación como su fiscalización, entonces, ya a nivel de reglamento se establecen las características de la preexistencia, ahora sí por favor, y entonces lo que se dice es que un diagnóstico, como ustedes saben el PEAS es un diagnóstico, un listado positivo, es decir, tiene eh diagnósticos, intervenciones, frecuencias establecidas explícitamente en la póliza, en la, en el listado, y lo que dice es que cualquier de estas las intervenciones que formen parte de una PEAS, o sea que es un diagnóstico PEAS, no puede tener

393

preexistencias, no es pasible de exclusión, la declaración de la preexistencia se hace, pero no es pasible de exclusión, y en el artículo 100 de, que se refiere a los planes complementarios, también se menciona que los planes de salud complementarios al PEAS, deberán contener cláusulas de garantía que permitan la continuidad de la cobertura de diagnósticos preexistentes, hay que recordar que esta norma regula a todas las IAFAS, no solo al sistema de EPS, no solo al sistema de seguros, de empresas de seguros, y obviamente aquí lo que tenemos como conclusión, siguiente, es, y con esto cierro, es que para nosotros hay dos temas que es necesario relevar, uno que ya lo dice la misma Ley, es que la Ley de Contratos de Seguros es supletoria cuando hay otras leyes que rigen los seguros, en este caso, los seguros de salud y las IAFAS, se encuentran sujetas a la Ley de Aseguramiento, y en el segundo espacio es que, en este momento existen vigentes, con respecto a preexistencias, cuatro normas que hablan de preexistencias, por un lado para las empresas de seguros, para las empresas, eh para las entidades prestadoras de salud para las EPS, en el campo de seguros regulares de las EPS, tenemos la ley, eh bueno la, la ley de preexistencias EPS, que habla sobre todo de capa compleja, verdad? y para las preexistencias de empresas de seguros existe la Ley 28770, verdad? que también hable, y para el resto del sistema que regulan las preexistencias al interior de cada sistema, pero aquí comienza la, el, el trato a las preexistencias de forma cruzada, y entonces ahí tenemos tanto a la Ley de Contrato de Seguros, que lo que dice es la preexistencias se regulan por la Ley de Aseguramiento, y la Ley de Aseguramiento en su desarrollo dice que no hay preexistencia ni para el PEAS

en ninguna IAFAS ni para seguros complementarias, y que los seguros complementarios deben tener cláusulas que cubren

394

preexistencia entre el sistema, obviamente hay algunas características que están desarrolladas en estas, eh, nosotros nos encontramos hoy día en virtud a estas, de estas transformaciones que estamos teniendo en coordinaciones muy intensas con la Superintendencia de Banca y Seguros, lo que permitió por ejemplo definir qué campo de supervisión sobre las empresas de seguros le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y que campo a la SBS?, eh qué campo de regulación le pertenece a la Superintendencia y que campo a la SBS?, nosotros eh gracias a estas coordinaciones logramos hacer este, esta disección en el marco de competencias que permitieron sacar el Decreto Legislativo 1158, y nos encontramos en la misma situación con Indecopi, porque ya sea que veamos eh el derecho a la salud, eh o, o un problema de cobertura como derecho al acceso a la salud o ya sea como un problema de consumo, eh la, la Superintendencia adquirió las facultades de protección de derechos de las personas como consumidores y aquellas vinculadas en el marco del propio, de la propio, del propio Código de Protección al Consumidor y tenemos la facultad para aplicar inclusive las mismas medidas correctivas que están en el Código de Protección al Consumidor, este desarrollo de implementación en el que hoy día nos encontramos organizacional y que tenía, tiene ciento veinte día, eh ya está próximo a terminar así que dentro de un par de meses, seguramente estemos con nuestra Superintendencia implementada, y comenzando ya ha resolver en el poco periodo en lo que queda de este año seguramente, algunas de las competencias de defensa del consumidor, que se están desarrollando hoy en el Indecopi, así como tendremos ya la implementado nuestro Reglamento de Infracciones y Sanciones en el marco de lo que es la aplicación de medidas correctivas y algunas sanciones.

JOSE URTEAGA CALDERON
NOTARIO DE LIMA

395

Eh, yo quisiera agradecer la invitación nuevamente y extender el saludo a la Dra. Flor de María Phillip quien precisamente por estar en este ejercicio de implementación de la reglamentación de la reforma, es que se disculpa con ustedes por no haberlos podido acompañar, pero no queríamos dejar de estar presentes en esta invitación tan importante, muchas gracias".

Así continuaron con la Conferencia hasta su término, la cual finalizó con la participación del Congresista Alberto Beingolea Delgado.

Siendo las 16:00 horas del mismo día, concluyó la presente transcripción, de lo que doy fe.

Se deja constancia que por requerimiento del solicitante se emiten cinco juegos del presente Instrumento Público Extraprotocolar.

El presente Instrumento Público Extraprotocolar se otorga de conformidad con el Art. 94° y 98° de la Ley del Notario (D.Leg. 1049).

JOSE URTEAGA CALDERON
ABOGADO - NOTARIO DE LIMA

Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR

ANEXO 1 5-6

La Congresista que suscribe, Cecilia Chacón De Vettori, ejerciendo el derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú, por intermedio del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, presenta el siguiente:

3416

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
29 ABR 2014
RECIBIDO
Firma: ... Hora: 11:11

PROYECTO LEY

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA HA DADO LA SIGUIENTE:

LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 118° DE LA LEY 29946, LEY DEL CONTRATO DE SEGURO, SOBRE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS DENTRO DEL SISTEMA DE SEGUROS Y DE EPS

Artículo 1.- Objeto de la Ley

Modifícase el artículo 118° de la Ley N° 29946, publicada el 27 de noviembre de 2012, en los siguientes términos:

"Artículo 118.- Preexistencias

Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.

La obligación de otorgar cobertura de las preexistencias en los seguros de salud corresponde a cualquier empresa de seguros, aun cuando el cambio se realice de una EPS a una compañía de seguros o viceversa.

Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."

CECILIA ISABEL CHACON DE VETTORI
Congresista de la República

HECTOR V. BECERRIL RODRIGUEZ
Portavoz Titular
GRUPO PARLAMENTARIO FUERZA POPULAR

PEDRO SPADARO P.

ANGEL NEYRA

MARIA CORDERO

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Según la Ley N° 28770, del 4 de julio de 2006, en la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica, las empresas aseguradoras del sistema financiero peruano están obligadas a incluir las enfermedades preexistentes que hubieran 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 diferente. Para estos efectos el asegurado que, en los casos de pólizas grupales, deje de pertenecer al grupo asegurado, podrá contratar, una nueva cobertura con cualquier aseguradora del sistema financiero peruano.

El alcance del término preexistencia señalado en la Ley N° 28770 debe ser entendido según lo establecido en el segundo párrafo del artículo 118° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro: "Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud."

En este sentido, las normas mencionadas establecen que las pólizas de seguros individuales deben tener el mismo tratamiento que las pólizas de seguros grupales. Al respecto la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones, mediante Resolución SBS N°3203-2012 ha señalado que "la continuidad de la cobertura de las preexistencias en los seguros de salud no se restringe en ningún caso a una sola empresa de seguros sino a cualquiera que integre el sistema de seguros peruano, según lo señalado en la citada Ley (N° 28770)."

Conforme al artículo 3° de la Resolución SBS N°3203-2012, para acceder a la continuidad de cobertura de las preexistencias, en el marco de la Ley N° 28770, bastará la firma del asegurado en la solicitud del seguro y la correspondiente aceptación por la empresa, para que esta solicite a la empresa anterior los antecedentes médicos correspondientes, que permitan la continuidad.

Sin embargo ha surgido la interpretación por parte de las compañías aseguradoras de que la continuidad en la cobertura de las enfermedades preexistentes no opera en el caso de que un usuario cambie o migre de una empresa de seguros a una Entidad Prestadora de Salud (EPS) o viceversa.

Esta situación, como es evidente, perjudica gravemente a los asegurados. Un claro ejemplo es el caso de una joven de 27 años, publicitado en diversos medios de comunicación, que padece de lupus –enfermedad incurable que

requiere tratamiento permanente– a quien las compañías de seguros le han negado la cobertura de dicha enfermedad pese a que estuvo inscrita en la Entidad Prestadora de Salud vinculada directamente a una de ellas.

En efecto nuestra propia legislación en materia tributaria reconoce la existencia de empresas vinculadas económicamente, señalando que se consideran partes vinculadas a dos o más personas, empresas o entidades cuando una de ellas participa de manera directa o indirecta en la administración, control o capital de la otra; o cuando la misma persona o grupo de personas participan directa o indirectamente en la dirección, control o capital de varias personas, empresas o entidades. Agrega que también opera la vinculación cuando la transacción sea realizada utilizando personas interpuestas cuyo propósito sea encubrir una transacción entre partes vinculadas.

Resulta absurdo interpretar la Ley de forma tal que una persona no pueda cambiar de una EPS a una empresa del sistema de seguros sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes, más aún cuando sabemos que se trata de empresas que forman parte de un mismo grupo económico.

Lo que ocurría antes de las leyes mencionadas es que cuando una persona cambiaba de aseguradora, la nueva empresa excluía de la cobertura las enfermedades que hubiera adquirido durante el periodo que contrató con la anterior compañía. Nuestra legislación actual debería permitir el cambio con cobertura de enfermedades preexistentes incluso de una compañía de seguros a una EPS o viceversa. Pero eso no se está cumpliendo aun cuando el texto de la Ley del Contrato de Seguro, señala expresamente que "las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior".

Es relevante también recordar el criterio que establece el Código del Consumidor, Ley N° 29571, que busca proteger al público del mercado de seguros al regular la prevalencia de las condiciones más favorables al contratante o asegurado.

Cabe resaltar además, la aplicación del Principio Pro Consumidor, contenido en el mismo Código que señala que el Estado, en todos sus niveles y campos de acción, debe tener un rol activo en la protección de los derechos de los consumidores, y por ello en caso de vacío o defecto de la ley o cuando exista duda en la interpretación de un contrato, debe interpretarse en el sentido más favorable al consumidor. Principio reconocido por el Tribunal Constitucional, el cual al interpretar el artículo 65 de la Constitución, ha manifestado que los consumidores y usuarios merecen protección del más alto nivel y poseen una posición preferente en el ordenamiento jurídico.

Por otro lado, no podemos dejar de reconocer que el asegurado de la EPS se ve en una posición de desventaja debido a que no es posible que continúe aportando y gozando del servicio de la EPS una vez que termina el vínculo laboral; más aún, considerando que en muchos casos ni siquiera tiene una opción diferente de acceder a un seguro privado en su centro laboral, a no ser que contrate ambos seguros. Tal es el caso de las personas a quienes el centro laboral en forma automática realiza el descuento por la EPS y que si quisiera garantizar la futura cobertura de las enfermedades que pudiera tener, se vería en la obligación de contratar en forma paralela un seguro de una empresa del sistema financiero y de seguros, acarreándole un gasto injustificado y totalmente fuera del alcance de la mayoría de trabajadores.

Resulta, pues, absolutamente necesario realizar este cambio en la legislación para evitar el abuso y perjuicio de un gran número de trabajadores. Es un cambio justo que garantizará la seguridad y la salud de millones de peruanos que actualmente están afiliados a una EPS y que en un futuro podrían dejar su centro laboral y quedar desprotegidos y sin atención por preexistencias.

EFECTO DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa no se contrapone a la Constitución ni a ninguna norma legal vigente; por el contrario, es acorde a los principios generales de defensa de la persona y le asegura la posibilidad de acceder en forma eficaz a la atención de salud que le corresponde.

ANALISIS COSTO – BENEFICIO

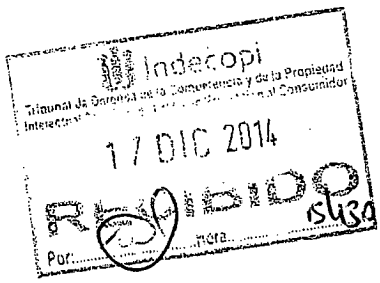
La aprobación de este proyecto no representa gasto alguno para el tesoro público ni representa gasto para ningún sector. En cuanto al beneficio, sin embargo, evita un perjuicio a la salud de millones de personas, que es uno de los bienes jurídicos que mayor atención debe recibir. Además estaría solucionando una situación de injusticia y de desprotección de las personas que por motivos laborales pierden la opción de seguir estando asegurados en una EPS, pues les garantizaría que la contratación de un seguro les brindaría atención por todas las necesidades de salud, aun las que hoy no están cubiertas.

Lima, 21 de abril de 2014.

410

Indecopi Folio 76 +Copias 1
SPC

177127



2014 DIC 17 10:

Exp. en Sala N°	**2074-2014/SPC**
Escrito N°	**08**
Secretaría Técnica	**Liliana Cerrón Baldeón**
Sumilla	**Téngase Presente**

SEÑOR PRESIDENTE DE LA SALA ESPECIALIZADA EN PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR DEL TRIBUNAL DEL INDECOPI:

EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (en adelante, "PACÍFICO SEGUROS"), debidamente representada por el señor **Francisco Javier Monge Zegarra**, en los seguidos por el señor **ÓSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO** (en adelante, indistintamente, el "señor Segovia" o el "Denunciante"), sobre presunta **INFRACCIÓN A LA NORMATIVA DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**; a Usted atentamente decimos:

Que, al amparo de lo establecido en los artículos 57° y 161° de la Ley N° 27444, *Ley del Procedimiento Administrativo General* (en adelante, "LPAG"), aplicable supletoriamente, solicitamos formalmente que se **TENGAN PRESENTES** al momento de resolver, los puntos que exponemos a continuación:

I. ANTECEDENTES.

1. Mediante Resolución Final N° 501-2014/CC1 de fecha 21 de mayo de 2014 (en adelante, la "Resolución CPC"), la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 (en adelante, la "Comisión") declaró fundada la denuncia contra PACÍFICO SEGUROS por infracción a los artículos 18°, 19° y 47° de la Ley 29571, *Código de Protección y Defensa del Consumidor* (en adelante, el Código de Consumo), en la medida que, a criterio de la Comisión, PACÍFICO SEGUROS habría ejecutado los siguientes actos en perjuicio del señor Segovia: (i) se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el Denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS; y, (ii) no habría proporcionado al Denunciante una copia de su póliza y sus respectivos anexos cuando éste contrató el seguro de salud.

2. En tal sentido, con fecha 4 de junio de 2014 PACÍFICO SEGUROS interpuso Recurso de Apelación contra la Resolución CPCalegando lo siguiente: (i) la Ley N° 29946, *Ley del Contrato de Seguro*, no dispone expresamente la continuidad de cobertura de preexistencias cuando una persona se cambia o migra del sistema de seguros al sistema de EPS y viceversa; y,por lo tanto, PACÍFICO SEGUROS no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de la preexistencia del denunciante; y, (ii) PACÍFICO SEGUROSsí cumplió con entregar al Sr. Segovia copia de la póliza contratada y sus anexos respectivos.

3. Posteriormente, con fecha 10 de junio de 2014, el INDECOPI publicó una nota de prensa titulada "*INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes*" (en adelante, la "Nota de Prensa 1"), indicando que PACÍFICO SEGUROS se había negado injustificadamente a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deben ser atendidas**(Anexo 8-A)**[1], la cual también difundió en sus redes sociales.

4. Por dichos motivos, con fecha 4 de septiembre de 2014, PACÍFICO SEGUROS interpuso una acción de amparo contra el INDECOPI (en adelante, la "Demanda de Amparo"), la cual fue admitida por el Décimo Primer Juzgado Constitucional Sub Especializado en Asuntos Tributarios, Aduaneros e INDECOPI, mediante Resolución N° 2 de fecha 25 de septiembre de 2014.

5. Como consecuencia de lo anterior, con fecha 3 de octubre de 2014 el INDECOPI emitió una segunda nota de prensa denominada*"Pacífico Seguros busca impedir que INDECOPI informe sobre su labor en defensa de los derechos del consumidor"*,(en adelante, la "Nota de Prensa 2"), mediante la cual se informó a la opinión pública que PACÍFICO SEGUROS había iniciado un proceso judicial con el objeto de impedir que se difundan las Resoluciones que emite la CPC sobre sanciones por infracciones al Código de Consumo, añadiendo a la misma un *link* que permite acceder a los lectores a la Nota de Prensa 1 relacionada con el presente procedimiento iniciado por el señor Segovia**(Anexo 8-B)**[2]; lo cual también se difundió a través de las redes sociales del INDECOPI.

II. SOBRE LA ILEGALIDAD DE LAS NOTAS DE PRENSA DEL INDECOPI.

6. En relación con las Notas de Prensa descritas en el acápite anterior, debemos dejar constancia de su total ilegalidad, ya que las difusiones que el INDECOPI pretenda realizar sobre los procedimientos administrativos sancionadores a su cargo deben tener un análisis jurídico previo, a fin de cumplir con la normativa vigente sobre la materia y no perjudicar a los administrados involucrados, quienes podrían ver afectado su derecho a la imagen y, por consiguiente, sufrir impactos económicos y de reputación o *goodwill* considerables, sin perjuicio que luego puedan ser objeto de reparación civil en sede judicial.

7. Al respecto, se ha sostenido errónea y arbitrariamente que la actuación del INDECOPI se ampara en el Artículo 123° del Código de Consumo, el cual dispone

---

[1] En: http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=828. Accedido última vez el 16/12/2014.

[2] En: http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=899. Accedido última vez el 16/12/2014.

que es posible difundir los alcances de un procedimiento en atención a los intereses de los consumidores afectados. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el INDECOPI al publicar la Nota de Prensa 1 en su portal web institucional y en sus redes sociales respecto a la supuesta sanción impuesta a nuestra Empresa en primera instancia no solamente emitió un comunicado totalmente arbitrario e infringiendo el ordenamiento legal vigente sino que, además, vulneró una serie de derechos y garantías constitucionales que asisten a nuestra Empresa.

8. **En primer lugar**, el Artículo 123° del Código de Consumo dispone que:

> *"Artículo 123°.- Recopilación de información por la autoridad*
> *(...)*
> ***Los procedimientos seguidos ante el Indecopi tienen carácter público.*** *En esa medida,* ***el Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi se encuentran facultados para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados*** *y no constituya violación de secretos comerciales o industriales."*
> *(el resaltado y el subrayado es nuestro).*

9. Al respecto, la norma legal antes citada claramente señala que la difusión de los procedimientos seguidos ante el INDECOPI por infracción a las normas sobre protección al consumidor tiene carácter público y, por lo tanto, pueden ser difundidos por el Secretario Técnico o la Comisión siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y no implique una violación de secretos comerciales o industriales. Evidentemente, dicha facultad debe ser ejercida respetando los derechos de los administrados y, en tal sentido, los Principios Generales del Procedimiento Administrativo y del Procedimiento Administrativo Sancionador, puesto que los mismos son garantías a favor de los administrados que buscan evitar conductas de carácter arbitrario que los perjudiquen.

10. Al comentar sobre los alcances del Artículo 123° del Código de Consumo, el Informe Legal de fecha 20 de agosto de 2014 emitido por Richard Martin Tirado, miembro de Martin Consultores Abogados (en adelante, el "Informe Legal de Martin Consultores Abogados") **(Anexo 8-C)**, que acompañamos al presente escrito, precisa que la facultad discrecional de decidir sobre la pertinencia en la información de los procedimientos tramitados ante el INDECOPI por presunta infracción a la normativa sobre protección al consumidor se encuentra sujeta a una serie de criterios, tales como:

    i) Que, la información materia de difusión verse sobre un procedimiento en materia de protección al consumidor.

ii) Que, la finalidad detrás de la publicación de dicha información sea salvaguardar los intereses de los consumidores afectados. Es decir, a través de la publicación se busca garantizar el respeto de los intereses de los consumidores.

iii) Que, la difusión de la información relativa al procedimiento no implique la violación de secretos comerciales o industriales. En tal sentido, la información no debe tener carácter confidencial ni ser objeto de particular tutela por parte del ordenamiento jurídico.

11. Por lo tanto, el órgano que determina la pertinencia de publicar la información sobre este tipo de procedimientos debe observar los requisitos antes detallados y ponerlos de manifiesto en los argumentos que motiven su decisión de publicar dicha información. En este contexto, en el citado Informe se concluye claramente que, los únicos órganos que se encuentran habilitados para hacer público conocimiento sobre la información de la tramitación de los procedimientos a su cargo en materia de protección al consumidor es la Secretaría Técnica y la Comisión.[3]

12. En esta misma línea, el Informe Legal de fecha 15 de julio de 2014 emitido por Juan Carlos Morón Urbina y Milagros Paredes Carranza, miembros del Estudio Echecopar asociado a Baker &McKenzie International **(Anexo 8-D)**, al comentar sobre los alcances del Artículo 123° del Código de Consumo, advierte que:

> *"(...) **EL ARTÍCULO CITADO NO PRECISA QUE INFORMACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS TRAMITADOS ANTE EL INDECOPI PUEDE SER DIFUNDIDA POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA.** Por ejemplo, respecto de los procedimientos sancionadores, no precisa si el contenido de la resolución que impone sanción puede ser difundido antes de ser firme en sede administrativa o no.*
>
> *Así, **en el caso del artículo 123 del Código, nos encontramos frente a una "competencia discrecional"; no obstante, ello no implica que la autoridad administrativa pueda ejercer dicha competencia arbitrariamente, por el contrario, de observar los "límites implícitos" que el ordenamiento jurídico le impone**.*
>
> *Cabe preguntarse ¿Cuáles son esos "limites implícitos"? La respuesta es aquellas normas y/o principios fundamentales que deriven de la clausula del Estado Social y Democrático de Derecho, como **los principios de Legalidad, Razonabilidad e Interdicción de la Arbitrariedad, y, derivada de este último principio, la obligación de la autoridad administrativa de motivar sus actuaciones y/o decisiones**."*
> *(el resaltado y el subrayado son nuestros).*

---

3 Cfr. Página 32 del Informe Legal de Martin Consultores Abogados.

13. Así pues, si bien el Artículo 123° del Código de Consumo otorga un margen de discrecionalidad al Secretario Técnico y a la Comisión al momento de decidir sobre la pertinencia o no de la difusión de los procedimiento administrativos que se encuentran a su cargo; dicha discrecionalidad *"(...) no se debe entender como sinónimo de arbitrariedad, toda vez que existe margen de elección al que se sujeta la autoridad sobre la base de los límites propios de la motivación de su decisión y la observancia del principio de razonabilidad y proporcionalidad."*[4]

14. Pues bien, al revisar la nota de prensa difundida por el INDECOPI, el Informe Legal de Martin Consultores Abogados concluye que:

> *"(...)* ***se ha podido apreciar que la publicación efectuada en la página web institucional del INDECOPI no indica en ningún momento al órgano que ha habilitado su publicación, por lo que tomando en cuenta la estructura interna de esta Entidad, aparentemente habría sido publicada en atención a la decisión de un órgano distinto al Secretario Técnico o a la Comisión de Protección al Consumidor, que son los órganos a los que se les ha conferido dicha facultad.***
>
> *Asimismo, al no existir pronunciamiento que habilite a la publicación de dicha información,* ***tampoco se ha logrado determinar en qué medida éste se ajusta a los criterios básicos para su publicación, sobre todo a determinar en qué medida esta actitud podría repercutir en los intereses de los consumidores afectados****."*
> *(El resaltado y el subrayado son nuestros).*

15. Es decir, se evidencia claramente que el INDECOPI ha actuado contraviniendo el Principio de Legalidad[5] recogido en la LPAG, en tanto no ha cumplido con informar qué órgano ha habilitado la publicación de las notas de prensa ni tampoco ha motivado suficientemente las razones que justifiquen la necesidad de publicar dicha información a efectos de salvaguardar los intereses de los consumidores afectados. Nótese que la carencia de una motivación suficiente pone en evidencia la ilegalidad e inconstitucionalidad de la que adolece la conducta del INDECOPI, en tanto que el Derecho a la Debida Motivación, se encuentra subsumido y es un componente esencial del Principio del Debido Procedimiento, el cual, a su vez, está consagrado en nuestra Constitución y como un Principio del Procedimiento Administrativo en la LPAG[6].

---

4 Ibid. Página 55.

5 **LPAG.-***"Artículo IV.- Principios del procedimiento administrativo*
1. El procedimiento administrativo se sustenta fundamentalmente en los siguientes principios, sin perjuicio de la vigencia de otros principios generales del Derecho Administrativo:
1.1. ***Principio de legalidad.- Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas****"*

6 **LPAG.** *"Artículo IV.- Principios del procedimiento administrativo*

16. **En segundo lugar**, debe tenerse en cuenta que la Nota de Prensa 1 emitida por el INDECOPI versa sobre la Resolución CPC, la cual no ha quedado firme en vía administrativa. En efecto, como es conocimiento de vuestra Sala, actualmente se encuentra pendiente de resolución el Recurso de Apelación interpuesto por nuestra Empresa contra la Resolución CPC, por lo que sus efectos se encuentran suspendidos.[7] Por ello, no resulta posible considerar que dicho pronunciamiento y las sanciones impuestas a nuestra Empresa son definitivas, toda vez que existe la posibilidad que vuestra Sala revoque dicha decisión. En tal sentido, la Nota de Prensa 1 publicada por el INDECOPI, a pesar de haber sido emitida con posterioridad a nuestra apelación, lejos de garantizar el respeto de los intereses de los presuntos consumidores afectados, habría generado una falsa expectativa y percepción de realidad en tanto que se habría dado a entender que nuestra Empresa fue sancionada definitivamente y que por tanto estamos ineludiblemente obligados a no ejecutar la conducta que la Comisión ha sancionado en primera instancia y que actualmente está siendo cuestionada ante vuestra Sala.

17. En este contexto, se debe tener en cuenta que el Artículo 119° del Código de Consumo[8] requiere que las resoluciones sancionadoras sean firmes en sede administrativa para que su contenido pueda ser difundido a través del Registro de Infracciones y Sanciones del INDECOPI. En tal sentido, al amparo de lo establecido en dicha norma legal, es posible concluir que la facultad de la Secretaria Técnica y de la Comisión prevista en el Artículo 123° del Código de Consumo solo puede estar referida a aquellas resoluciones que hayan quedado firmes en vía administrativa y luego que el proveedor haya sido debidamente inscrito en el Registro de Infracciones y Sanciones del INDECOPI.[9] Una interpretación en contrario, como bien ha sido observado en el Informe Legal del Estudio Echecopar, implicaría que se pueda difundir libremente y mediante cualquier medio de comunicación el contenido de las resoluciones sancionadoras que aún no son firmes, lo cual claramente implicaría una vulneración al Principio

---

1.2. Principio del debido procedimiento.- Los administrados gozan de todos los derechos y garantías inherentes al debido procedimiento administrativo, que comprende el derecho a exponer sus argumentos, a ofrecer y producir pruebas y a obtener una decisión motivada y fundada en derecho". (,,,)

7 De acuerdo al Artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, *Ley sobre Facultades, Normas y Organización del INDECOPI*, la apelación de resoluciones que pone fin a la instancia se concede con efecto suspensivo.

8 **Código de Consumo**.- *"Artículo 119°.- Registro de infracciones y sanciones*
El Indecopi lleva un registro de infracciones y sanciones a las disposiciones del presente Código con la finalidad de contribuir a la transparencia de las transacciones entre proveedores y consumidores y orientar a estos en la toma de sus decisiones de consumo. ***Los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa quedan automáticamente registrados por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución.*** *La información del registro es de acceso público y gratuito."*

9 Cfr. Página 14 del Informe Legal del Estudio Echecopar.

de Legalidad[10], e impactaría de manera irracional en el derecho a la imagen de las empresas, violando su presunción de inocencia. Por lo tanto, queda claro que, en el presente caso, la conducta del INDECOPI ha transgredido el Principio de Legalidad, el cual obliga a la autoridad administrativa a actuar conforme al ordenamiento jurídico vigente, lo que incluye lo dispuesto en el Artículo 119° del Código de Consumo.

18. Adicionalmente, la conducta del INDECOPI contraviene el Principio de Razonabilidad[11] previsto en la LPAG, puesto que no guarda proporción entre los fines públicos que pretende tutelar y los medios utilizados para tales fines. Al respecto, en el Informe Legal de Martin Consultores Abogados se precisa que:

> *"(...) la medida adoptada debe ser la menos gravosa para los derechos de los administrados por lo que la difusión de una resolución en la que se le tiene por infractor a la normativa de protección del consumidor, que no es firme y que, por tanto, es susceptible de variación, no califica como la decisión menos lesiva a los derechos de Pacífico, toda vez que a efectos de cumplir con las funciones que le han sido encomendadas -tales como informar a los consumidores sobre las infracciones en las contrataciones de seguros-, pudo emplearse otras medidas menos lesivas, tales como: (i) la publicación de un boletín didáctico sobre la aplicación de la normativa de protección al consumidor vinculado con la materia controvertida; (ii) la publicación de una nota de prensa que desarrolle los alcances de la infracción cometida sin necesidad de aterrizar en el caso concreto de Pacífico; por citar algunas de las alternativas de acción que tenía."*
> *(el subrayado es nuestro).*

En estos términos, en el presente caso no existe una proporcionalidad entre el fin perseguido y el medio empleado, puesto que para informar a los consumidores sobre los alcances de un procedimiento administrativo se ha divulgado el contenido de una resolución que no se encuentra firme y que es materia de apelación en segunda instancia.

19. **En tercer lugar,** resulta de suma importancia, traer a colación lo señalado en el Informe Legal del Estudio Echecopar, en el sentido que:

---

[10] Ibid.

[11] **LPAG.-**"*Artículo IV.- Principios del procedimiento administrativo*
1. El procedimiento administrativo se sustenta fundamentalmente en los siguientes principios, sin perjuicio de la vigencia de otros principios generales del Derecho Administrativo: (...)
1.4. Principio de razonabilidad.- Las decisiones de la autoridad administrativa, cuando creen obligaciones, califiquen infracciones, impongan sanciones, o establezcan restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y manteniendo la debida proporción entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin de que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido."

"Incluso cabe preguntarse si al efectuar la publicación el INDECOPI realmente estaba persiguiendo la consecución de un fin público, informar a los consumidores, o si, por el contrario, realizó la publicación como una medida administrativa propia, para dar cuenta de cuan eficientemente cumple con su función de "castigar" a los particulares "abusivos". Esto, debido a que ***uno de los pocos parámetros que establece el artículo 123 del Código para el ejercicio de la potestad discrecional de difundir la información de los procedimientos bajo el ámbito del INDECOPI es que la publicación se realice "en atención a los intereses de los consumidores afectados" (...), pero en este caso no se advierte como la publicación podría salvaguardar los intereses del consumidor denunciante, cuando a este solo le interesa ser atendido en una clínica para tratar sus enfermedades preexistentes al seguro contratado****.

En efecto, la publicación de la sanción impuesta por el INDECOPI no beneficia al consumidor "afectado", sino que únicamente confunde a los consumidores, afectando gravemente la imagen, reputación y patrimonio de Pacífico, y, por ende, su libertad de empresa, dado la percepción negativa que la publicación ha generado en sus clientes y consumidores en general"[12]
(el resaltado y el subrayado son nuestros).

20. **En cuarto lugar**, cabe precisar que la conducta desplegada por el INDECOPI ha vulnerado el derecho al honor y a la buena reputación de nuestra Empresa. Al respecto, en el Informe Legal de Martin Consultores Abogados, se opina que:

"En el presente caso resulta evidente que la publicación efectuada en el portal web institucional del INDECOPI, en la que se sindica a Pacifico como infractor a la normativa de protección al consumidor al no cumplir con las obligaciones que en calidad de aseguradora de salud ha asumido frente a un consumidor, cuando dicho pronunciamiento había sido objeto de apelación, conlleva la vulneración al derecho al honor y a la buena reputación de esta empresa, pues pone en tela de juicio la imagen de sí misma que ésta ha construido a lo largo de los años vinculada al cumplimiento de ciertos estándares de calidad y compromiso en la prestación de los servicios a su cargo.

En principio, se debe resaltar que ***el simple hecho que la noticia haya sido publicada en el portal web institucional de dicha entidad genera una sensación de certeza incontrovertible respecto de quien accede a ella, ya que no tiene sentido atribuir la comisión de una infracción públicamente a una persona si esta situación no es definitiva.***

Asimismo, se debe precisar que ***la naturaleza de la infracción imputada a Pacífico repercute directamente en su ámbito de desempeño empresarial, ya que siendo una empresa encargada de brindar servicio de seguros, al hacerse de público***

---

12 Pagina 19 del Informe Legal del Estudio Echecopar.

> ***conocimiento que ésta se ha negado "injustificadamente" a cumplir los términos de la cobertura de una póliza, se está cuestionando la calidad de su servicio, así como la lealtad de ésta respecto de sus clientes, quienes en el futuro la tomarán como una empresa poco seria y nada confiable, lo que en un rubro donde la confianza es clave, es totalmente perjudicial.***
>
> *En tal sentido,* ***si bien INDECOPI se encuentra habilitado a hacer de público conocimiento la información propia de los procedimientos efectuados al amparo de la normativa de protección al consumidor –sin perjuicio de las demás irregularidades advertidas respecto de la publicación de dicha información en el presente caso-, este tipo de medidas se deben adoptar tomando en cuenta, más allá de los límites que impone la normativa, los derechos de las personas involucradas, pues se podría estar afectando, como en el presente caso, el núcleo duro de los mismos, generando incluso daños irreparables a la persona.***"

21. Asimismo, debe tenerse en cuenta que se ha vulnerado el Derecho a la Presunción de Inocencia de PACÍFICO SEGUROS, puesto que, como hemos visto, no hay un pronunciamiento firme por parte del INDECOPI que haya determinado en forma definitiva la calidad de infractor de nuestra Empresa respecto de los hechos materia de denuncia. Así pues, al informar públicamente que nuestra Empresa ha sido sancionada en primera instancia, bajo el supuesto argumento de salvaguardar los intereses de los consumidores afectados, se ha vulnerado flagrantemente nuestro derecho a ser tratados como inocentes en tanto no exista certeza sobre nuestra culpabilidad. Inclusive, nótese que el INDECOPI difundió información falsa puesto que, lejos de informar que nuestra Empresa había impugnado la Resolución CPC y que la misma era objeto de impugnación ante vuestra Sala, simplemente se limitó a señalar que PACÍFICO SEGUROS aún se encontraba dentro del plazo para apelar dicha decisión, lo cual incluso era falso porque PACIFICO SEGUROS ya había apelación la Resolución CPC a la fecha en que se publicó la Nota de Prensa 1.

22. **En quinto lugar**, cabe señalar que el artículo 136° del Código de Consumo no contempla dentro de las funciones del INDECOPI la difusión por propia iniciativa del resultado de procedimientos sancionadores en materia de Protección al Consumidor, sino solo la coordinación para la implementación del sistema de información sobre legislación y jurisprudencia, lo cual no significa que el INDECOPI elabore notas de prensa o comunicados sobre los casos a su cargo, sino únicamente que puede poner a disposición de la ciudadanía tal jurisprudencia, dentro del derecho de acceso a información, para que sean los propios ciudadanos quienes decidan si desean o no conocer la misma.

23. **En sexto lugar**, resulta oportuno indicar que la Nota de Prensa 2 del INDECOPI, además de vulnerar todos los derechos y principios previamente desarrollados en

el presente escrito, resulta una de tipo reactivo ante la Demanda de Amparo interpuesta por mi Empresa; y, en tal sentido, resulta evidente que su publicación no tiene fundamento jurídico alguno, lesionándose así de manera arbitrariamente la imagen y reputación de PACÍFICO SEGUROS, tal como puede apreciarse de los diversos comentarios en las cuentas de Facebook y Twitter del INDECOPI **(Anexo 8-E)**.

24. **En séptimo y último lugar**, es necesario advertir que las Notas de Prensa del INDECOPI sobre las Resoluciones de primera instancia no firmes, al ser publicadas como una comunicación institucional del INDECOPI, tienen la potencialidad de influenciar y presionar públicamente el juicio de vuestro Tribunal, quien podría verse presionado por la opinión pública que dichas notas de prense generen en los medios de comunicación. Al respecto, es preciso indicar que coincidentemente, el 100% de los casos no firmes publicados por el INDECOPI han sido posteriormente confirmados por el Tribunal, tal como se puede corroborar de la revisión del Cuadro Consolidado que adjuntamos como anexo al presente escrito **(Anexo 8-F)**.

25. En conclusión, con la publicación de las Notas de Prensa 1 y 2, el INDECOPI ha llevado a cabo una conducta arbitraria e ilegal, la cual no solo transgrede los Principios de Legalidad y Razonabilidad que rigen a los procedimientos administrativos sino que, además, ha quebrantado las garantías constitucionales que amparan a nuestra Empresa referidas a (i) el derecho constitucional al Debido Proceso; (ii) el derecho constitucional a la Imagen y Buena Reputación y, (iii) el derecho constitucional a la Presunción de Inocencia; y, en consecuencia, nos han dejado en un estado absoluto de indefensión constitucional, no existiendo garantía de imparcialidad en el procedimiento que se sigue actualmente ante vuestra Sala puesto que finalmente la presión mediática y funcional generada como consecuencia de la publicidad realizada por el INDECOPI como institución recaería sobre los vocales.

POR TANTO:

A USTED SEÑOR PRESIDENTE PEDIMOS: Sírvase **TENER PRESENTE**loexpuesto al momento de resolver.

OTROSÍ DECIMOS: Que, acompañamos al presente escrito, en calidad de anexos, los siguientes documentos:

1. Nota de Prensa del INDECOPI de fecha 10 de junio de 2014, titulada "*INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes*" **(Anexo 8-A)**.

2. Nota de Prensa del INDECOPI de fecha 3 de octubre de 2014, denominada *"Pacífico Seguros busca impedir que INDECOPI informe sobre su labor en defensa de los derechos del consumidor"* **(Anexo 8-B)**.

3. Informe Legal de fecha 20 de agosto de 2014, emitido por Richard Martin Tirado, miembro de Martin Consultores Abogados **(Anexo 8-C)**.

4. Informe Legal de fecha 15 de julio de 2014, emitido por Juan Carlos Morón Urbina y Milagros Paredes Carranza, miembros del Estudio Echecopar asociado a Baker &McKenzie International **(Anexo 8-D)**.

5. Comentarios de los consumidores en las cuentas de Facebook y Twitter del INDECOPI, en lo que respecta a la Nota de Prensa 2**(Anexo 8-E)**.

6. Cuadro Consolidado que acredita que en el 100% de los casos no firmes publicados por el INDECOPI, luego éstos han sido confirmados por el Tribunal, lo que acreditaría que la presión del INDECOPI como institución al publicar notas de prensa sobre casos no firmes de primera instancia podría estar teniendo efectos en la segunda instancia**(Anexo 8-F)**.

Lima, 16 de diciembre de 2014

PACIFICO SEGUROS
FRANCISCO MONGE ZEGARRA
Apoderado
Reg. C.A.L. 35358

IVO S. GAGLIUFFI PIERCECHI
ABOGADO
C.A.L. 29381

ANEXO 8 - A

422

INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes

2014/06/10

El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) sancionó a la empresa El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. porque se negó, de manera injustificada, a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deben ser atendidas.

Las investigaciones realizadas por la Comisión de Protección al Consumidor refieren que hasta julio de 2013, un ciudadano contó con el seguro de Pacífico EPS a través del cual se trataba dos enfermedades diagnosticadas durante la vigencia del mismo. Posteriormente, al término de este contrato, adquirió otro seguro, esta vez, con Pacífico Peruano Suiza. Sin embargo, se dio con la ingrata sorpresa de que este nuevo seguro no consideraba la atención de dichas dolencias, negándosele el derecho de atención médica. Es más, no le entregaron la póliza de seguros a tiempo.

Cabe precisar que la Ley del Contrato de Seguro N° 29946 califica como preexistencia, "cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud".

Esta ley precisa que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior; además, garantiza que los asegurados, al momento de migrar de un sistema de EPS a uno de seguro o viceversa, mantienen la cobertura de las enfermedades que les hubieran sido diagnosticadas durante la vigencia de la póliza anterior.

En ese sentido, la Comisión resolvió que Pacífico Peruano Suiza infringió los artículos 18 y 19 del Código de Protección y Defensa del Consumidor respecto de la idoneidad y la obligación de los proveedores, multándola con 30 unidades impositivas tributarias (UIT), equivalentes a S/. 114 000.

Adicionalmente, le impuso una sanción económica de 1 UIT (S/. 3 800) por no proporcionar al consumidor una copia y los respectivos anexos de la póliza al momento que contrató el seguro de salud, demandando a la aseguradora emitir, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, una póliza en la que mantiene la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS.

La compañía de seguros se encuentra dentro del plazo legal establecido para apelar la decisión adoptada ante la Sala Especializada de Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI.

Lima, 10 de junio de 2014

Ver recientes Ver antiguas

Comentar

Si no eres un usuario logueado registrate aquí Olvidó su contraseña haga clic aquí

Ocultar comentarios (1 Comentarios en total)

8 0

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja.
SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos.
Consultas y reclamos: (+511) 224-7777
Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 E-mail: sacreclamo@indecopi.gob.pe

Política de Privacidad y Condiciones de Uso

DESCARGAR: Flash Player Adobe Reader Para Una Mejor Visualización Se Recomienda Usar Una Resolución De 1024 X 768 Pixeles O Superior

ANEXO 8 - B

Indecopi

INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Pacífico Seguros busca impedir que INDECOPI informe sobre su labor en defensa de los consumidores

2014/10/03

El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) informa a la opinión pública que la empresa Pacífico Peruano Suiza - Compañía de Seguros y Reaseguros, ha iniciado un proceso judicial con el objeto de impedir que se difundan las resoluciones que emite la Comisión de Protección al Consumidor, sobre sanciones por infracciones al Código de Protección y Defensa del Consumidor.

Los hechos a los que alude Pacífico Seguros están relacionados con el procedimiento sancionador iniciado en su contra por presuntas conductas lesivas de los derechos de un ciudadano ante la negativa injustificada de cobertura de enfermedades preexistentes (http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=828)

Según Pacífico, el INDECOPI habría lesionado sus derechos al haber publicado una nota de prensa dando cuenta de la emisión de una resolución en primera instancia, mediante la cual se sancionó a dicha empresa con una multa ascendente a 30 UIT y se le ordenó emitir una nueva póliza con la misma cobertura y beneficios de los que venía gozando bajo una póliza anterior. La nota de prensa dejaba establecido expresamente que se trataba de una resolución de primera instancia y que se encontraba en plazo de ser apelada.

Cabe señalar que la difusión de estos casos se encuentra expresamente autorizada en el artículo 123° del Código de Protección y Defensa del Consumidor.

A través de este proceso judicial Pacífico Seguros busca impedir que el INDECOPI siga cumpliendo con sus labores de difusión de los derechos de los consumidores, así como dar por concluido el procedimiento sancionador actualmente en trámite en la segunda instancia administrativa.

El INDECOPI como la Autoridad Nacional de Consumo, defenderá sus atribuciones legalmente conferidas para la promoción y fomento de una cultura de consumo en nuestro país y la protección efectiva de los consumidores.

Lima 3 de octubre de 2014

Ver recientes Ver antiguas

Comentar

Si no eres un usuario logueado regístrate aquí Olvidó su contraseña haga clic aquí

Imprimir Subir

¡Fecha de última actualización: 10.dic.2014 Agregar a favoritos Recomendar la página

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja.
SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos.
Consultas y reclamos: (+511) 224-7777
Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 E-mail: sacreclamo@indecopi.gob.pe

ANEXO 8 - C

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

Lima, 20 de agosto de 2014

Señores
EL PACÍFICO PERUANO – SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
Presente.-

Atención : Gerencia Legal

Asunto : Elaboración de Informe Legal en relación a la publicación efectuada por el INDECOPI en su portal web institucional, respecto a la sanción impuesta a El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. a través de la Resolución N° 501-2014/CCI.

De nuestra consideración:

Es grato dirigirnos a ustedes, con el objeto de emitir opinión legal en relación a las implicancias jurídicas de la conducta adoptada por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI al difundir públicamente los términos de la Resolución N° 501-2014/CCI, pese a que ésta no habría quedado firme en sede administrativa.

I. INTRODUCCIÓN.-

A la fecha se viene tramitando ante el INDECOPI una denuncia en contra de EL Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., (en adelante LA EMPRESA), por la presunta infracción a la normativa de protección al consumidor (Expediente N° 582-2013/CC1)

En la medida en que se ha emitido resolución en primera instancia administrativa – Resolución N° 501-2014/CCI- en el marco del referido procedimiento, y

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

encontrándose pendiente de resolución el recurso de apelación que LA EMPRESA interpuso contra la citada resolución, el pasado 10 de junio de 2014 en la sección de "Noticias y Eventos" de su portal web institucional[1], el INDECOPI publicó el artículo *"INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes"* dando cuenta de los alcances de la resolución recurrida, pese a que ésta no había quedado firme.

Luego de analizar los hechos suscitados a la luz de lo dispuesto por el ordenamiento jurídico vigente, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- Los procedimientos seguidos ante la Comisión de Protección al Consumidor tienen carácter público, por lo que se ha conferido al Secretario Técnico y a la referida Comisión, la facultad de difundir información vinculada a los mismos.

- En los términos en los que se ha conferido la facultad objeto de análisis, ésta sólo puede ser ejercida por el Secretario Técnico y/o la Comisión de Protección al Consumidor, quienes deberán sustentar su decisión en atención a los criterios previamente establecidos.

- El ejercicio de la facultad conferida a la Comisión de Protección al Consumidor y al Secretario Técnico, si bien reviste cierto margen de discrecionalidad, se encuentra sujeto a la observancia de ciertos criterios –algunos, expresamente contemplados en la disposición habilitante y otros, propios del ordenamiento jurídico-, por lo que no puede devenir en una conducta arbitraria.

- El primero de los criterios cuya observancia se exige a la Comisión de Protección al Consumidor y/o al Secretario Técnico es que la pertinencia de la difusión de la información atienda a los intereses de los consumidores afectados, lo que implica que a través de dicha acción se genere una situación de beneficio respecto de éstos últimos.

[1] Ver: http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=828 (visto el 04 de agosto de 2014)

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

- El segundo de los criterios a observar exige que la difusión de la información no constituya violación de secreto comercial o industrial.

- Pese a que no han sido expresamente recogidos por la norma habilitante, el ejercicio de esta facultad requiere en forma adicional, que ésta se ejerza en armonía con los valores fundamentales que sustentan al ordenamiento jurídico nacional y en total y pleno respeto de los derechos de los involucrados.

- De la revisión del artículo difundido a través de la página web institucional del INDECOPI, referido al contenido de la Resolución N° 501-2014/CCI, no se evidencia que su publicación haya contado con pronunciamiento a favor por parte ni de la Comisión de Protección al Consumidor, ni del Secretario Técnico, ni mucho menos que dicha decisión cumpla con la observancia de los criterios requeridos.

- INDECOPI, al publicar el artículo *"INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes"*, ha vulnerado una serie de derechos y garantías que asistían a dicha empresa.

- En primer lugar, INDECOPI ha vulnerado el derecho a la buena reputación de LA EMPRESA, debido a que se ha hecho de conocimiento público un pronunciamiento en el que se le tiene por agente infractor a la normativa de Protección al Consumidor, pese a que el pronunciamiento de la referida Comisión podría verse sustancialmente modificado ante una eventual revocación del mismo por parte de la instancia superior.

- En segundo lugar, INDECOPI ha vulnerado el derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA, debido a que se ha hecho de conocimiento público un acto administrativo condenatorio sin que éste tenga la calidad de definitivo e incontrovertible, lo que podría generar predisposición por parte de su potencial clientela a cuestionar la idoneidad de los servicios que brinda.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

- INDECOPI ha actuado al margen de la legalidad al hacer de conocimiento público a través de su portal web institucional, información concerniente a un procedimiento administrativo que se encontraba en trámite, sin observar las premisas básicas que el ordenamiento ha establecido para la publicidad de dicha información.

II. ESQUEMA DE ANÁLISIS.-

Para un oportuno análisis del caso, el presente Informe se desarrollará en atención al siguiente esquema:

I. Introducción

II. Esquema de Análisis

III. Antecedentes

IV. Base Legal

V. Análisis del caso

5.1. Procedimiento sancionador en materia de protección al consumidor y el rol del INDECOPI.

5.2. Garantías reconocidas por el ordenamiento jurídico a favor de los administrados frente a la actuación de la administración pública.

a. Presunción de licitud

b. Razonabilidad

5.3. Límites al ejercicio de facultades discrecionales conferidas a la Administración.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

5.4. Alcances del artículo 123° del Código de Protección al Consumidor y su aplicabilidad respecto de la información difundida por INDECOPI.

a. El artículo 123° del Código de Protección al Consumidor.

b. La Resolución N° 501-2014/CC1 y las sanciones impuestas a Pacífico.

c. La inconstitucionalidad e ilegalidad de la conducta de INDECOPI.

5.5. Afectación de los Derechos de Pacífico.-

a. La Persona Jurídica como titular de derechos fundamentales

b. Los Derechos vulnerados

- La vulneración al Derecho al honor y la buena reputación de Pacífico
- La vulneración al Derecho a la presunción de inocencia de Pacífico

5.6. El proceso de amparo como mecanismo de protección de derechos fundamentales

5.7. La responsabilidad del INDECOPI por la vulneración de los derechos de Pacífico y propuestas de acción.

VI. Conclusiones

III. ANTECEDENTES.-

3.1. Con fecha 28 de agosto de 2013, el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, el Sr. Segovia o el denunciante) interpuso denuncia administrativa ante el INDECOPI contra LA EMPRESA, alegando que de acuerdo con la Ley N°

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

28770 correspondía que la denunciada, en su calidad de aseguradora, cubriera las enfermedades preexistentes, generadas y cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior proporcionada por esta misma compañía de seguros.

3.2. Con fecha 06 de setiembre de 2013, el Sr. Segovia presentó un escrito ampliando y precisando los términos de la denuncia interpuesta.

3.3. Mediante Resolución N° 1 de fecha 16 de setiembre de 2013 y notificada a LA EMPRESA, el 02 de octubre del mismo año, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor 1 – Sede Central resolvió, entre otros aspectos:

"PRIMERO: admitir a trámite la denuncia del 29 de agosto de 2013, complementada el 06 de setiembre de 2013, interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., conforme a lo siguiente:

(i) Por presunta infracción de los artículo 18° y 19° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.

(ii) Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.

(...)"

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

3.4. Con fecha 15 de noviembre de 2013, Pacífico presentó sus descargos a la imputación formulada en su contra, señalando que ésta no tenía obligación de brindar cobertura a las enfermedades preexistentes del denunciante, debido a que el derecho de continuidad no aplica cuando el cambio de póliza opera de una EPS a un seguro de salud o viceversa, por lo que es válido tratar las enfermedades padecidas por el denunciante como enfermedades preexistentes.

Asimismo, refiere que con fecha 18 de octubre de 2013, cumplió con entregar la Póliza N° 9797782 y sus anexos, lo cual puede corroborarse al revisar el cargo de recepción de dichos documentos.

3.5. Mediante Resolución N° 501-2014/CCI de fecha 21 de mayo de 2014, notificada a LA EMPRESA el 28 de mayo de 2014, la Comisión de Protección al Consumidor N° 01 – Sede Central resolvió:

> *"**PRIMERO:** declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción a los artículo 18° y 19° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de saludo contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS.*
>
> ***SEGUNDO:** declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción al literal a) del artículo 47° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que no proporcionó al denunciante una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud.*
>
> ***TERCERO:** ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

***CUARTO:** sancionar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 30 Unidades Impositivas Tributarias por la infracción a los artículo 18° y 19° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor.*

(...)

***OCTAVO:** disponer la inscripción de El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. en el Registro de infracciones y sanciones del Indecopi, una vez que la resolución quede firme en sede administrativa, conforme a lo establecidos en el artículo 119° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor.*

***NOVENO:** informar a las partes que la presente resolución tiene vigencia desde el día de su notificación y no agota la vía administrativa. En tal sentido, se informa que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, modificado por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria del Código de Protección y Defensa del Consumidor, el único recurso impugnativo que puede interponerse contra lo dispuesto por este colegiado es el apelación. Cabe señalar que dicho recurso deberá ser presentado ante la Comisión en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de su notificación, caso contrario, la resolución quedará consentida."*

3.6. Con fecha 04 de julio de 2013, LA EMPRESA interpuso un recurso de apelación contra la Resolución N° 501-2014/CCI, solicitando que la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI, declare infundadas las imputaciones formuladas en su contra y, en consecuencia, revoque la resolución recurrida.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

3.7. A la fecha, el referido recurso de Apelación sigue pendiente de resolución.

IV. BASE LEGAL.-

- Constitución Política del Perú;
- Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor;
- Decreto Legislativo N° 807, que aprueba las facultades, normas y organización del INDECOPI;
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General;

V. ANÁLISIS DEL CASO.-

5.1. Procedimiento sancionador en materia de protección al consumidor y el rol del INDECOPI.-

Todo procedimiento administrativo surge con la finalidad de encausar la actividad pública a través de reglas y principios que primordialmente, se orientan a otorgar garantías a los administrados y a su vez, dotar de eficacia a la acción administrativa.

En tal sentido, es de suma importancia que los procedimientos sean mecanismos que faciliten el ejercicio de derechos sustanciales y, simultáneamente, instrumentos idóneos para asegurar la ausencia de arbitrariedad en la actuación de la Administración[2].

2 Santofimio, Jaime. Aproximaciones a los procedimientos administrativos en la Ley 1480 de 2011 "Estatuto del consumidor", y sus relaciones con la Ley 1437 fr 2011 "Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". En: Congreso

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

Tal como se indica en la doctrina comparada[3], en atención a esta doble función, el procedimiento administrativo sancionador no sólo constituye una garantía esencial para los administrados que sean acusados de haber cometido una infracción administrativa, sino también, supone una garantía de acierto para la Administración en su decisión y es el cauce normal para que el administrado ejercite sus derechos ante ella. No obstante ello, se debe resaltar que en adición a lo expuesto, el procedimiento sancionador presenta un aspecto garantista, puesto que en él deben hacerse valer verdaderos derechos fundamentales del inculpado.

En este sentido, la doctrina nacional afirma:

> *"Ahora bien, en ejercicio de la facultad sancionadora de la Administración, la observancia del procedimiento administrativo legalmente establecido reviste una relevancia especial pues:*
>
> *a. Por un lado, constituye el mecanismo para la correcta determinación de los hechos que serán materia de sanción, con miras a alcanzar la verdadera finalidad del Derecho Administrativo Sancionador, esto es, castigar al infractor (fin punitivo) y a su vez, prevenir o desalentar la realización de conductas similares por parte de los administrados (fin preventivo). En efecto, una correcta determinación de los hechos a través del análisis respectivo permitirá a la Administración sancionar solo aquellas conductas infractoras y no desnaturalizar la verdadera finalidad de esta potestad.*

Internacional de Derecho Administrativo. Derecho Administrativo en el Siglo XXI. Volumen I. Adrus Editores. Lima, 2013 pp. 515 - 516

Alarcón, Lucía. "El procedimiento administrativo sancionador". En: Derecho Administrativo Sancionador. Lex Nova. Valladolid, 2010 p. 541

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

b. Por otro lado, asegura al ciudadano inculpado las garantías de defensa, pues este podría verse perjudicado por la imposición de sanciones que puedan lesionar su persona y su patrimonio."[4]

En términos generales, el procedimiento administrativo sancionador es el instrumento por medio del cual la autoridad administrativa canaliza el ejercicio de su potestad sancionadora. Estos procedimientos tienen una doble función: dotan de eficacia a la acción administrativa, ya que le imponen el cumplimiento de reglas pre-establecidas; y, posibilitan el ejercicio de los derechos de los administrados contra la Administración, neutralizando de ese modo la arbitrariedad de las decisiones de la autoridad.

Los procedimientos sancionadores en materia de defensa y protección al consumidor, constituyen un instrumento a través del cual se busca otorgar eficacia a los mandatos y prohibiciones que sobre la materia establece el ordenamiento jurídico, extendiendo la regulación del Derecho Público a actividades, prácticas y conductas que antes se encontraban íntegramente sujetas al Derecho Privado.[5]

Lo expuesto responde a que si bien los aspectos materia de análisis en dichos procedimientos se originan en el marco de relaciones entre particulares (consumidor – proveedor), éstos involucran aspectos que repercuten directamente en el interés público, por lo que la intervención de la Administración se encuentra justificada. No obstante ello, y por sus propias particularidades, la doctrina no duda en afirmar que *"[e]n estos escenarios, el legislador deberá tener especial cuidado en adaptar satisfactoriamente la aplicación del régimen público para evitar problemas de lo que podríamos denominar sobre regulación o de una sub regulación en atención a los fines de interés público que debe respetar y*

4 Tamayo, Liliana citando a Santofimio, Jaime. El procedimiento administrativo sancionador. En: Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General. UPC. Lima, 2009 pp. 443 – 444

5 Tirado, José. Función y posición del denunciante en el procedimiento administrativo sancionador: reflexiones críticas sobre el llamado trilateral – sancionador. En: Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General. UPC. Lima, 2009 pp. 617 – 619

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

asegurar el procedimiento aplicable. El papel que debe un administrado que invoque un interés legítimo en el procedimiento sancionador es uno de estos problemas."[6]

La Ley N° 29571 que aprueba el Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el Código), establece reglas para que los consumidores accedan a productos y servicios idóneos, y gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección, reduciendo la asimetría informativa, corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses.

La citada disposición normativa otorga al procedimiento administrativo sancionador un rol fundamental frente a la falta de idoneidad, calidad, riesgo injustificado u omisión o defecto de información, o cualquier otra infracción consignada en el Código y demás normas complementarias de protección al consumidor, sobre un producto o servicio determinado.

Bajo la lógica descrita, el procedimiento sancionador en materia de protección al consumidor constituye un mecanismo garantista de derechos, puesto que su finalidad es asegurar el ejercicio de los mismos por parte de los administrados frente a la Administración y contrarrestar los posibles excesos en que ésta pudiera incurrir al ejercer la potestad sancionadora que le ha sido conferida.

5.2. Garantías reconocidas por el ordenamiento jurídico a favor de los administrados frente a la actuación de la administración pública.-

De acuerdo con la Teoría General del Derecho, toda potestad administrativa se ejerce en atención al interés de la colectividad, y no debe ser instrumentalizada para alcanzar un interés particular o del propio aparato administrativo.

En este sentido, si bien a través del reconocimiento de potestad sancionadora a favor del INDECOPI, se busca castigar a los administrados por la comisión de

6 Ídem.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

conductas que lesionan determinados bienes jurídicos cuya protección es reconocida por el marco constitucional y legal vigente, también se busca alcanzar otros objetivos, tales como el fomento, respeto y cumplimiento del ordenamiento jurídico, y el desincentivo en la comisión de infracciones[7].

El procedimiento administrativo sancionador tramitado al amparo de la normativa en materia de protección al Consumidor, como todo procedimiento administrativo, se encuentra sujeto al cumplimiento de las garantías básicas propias de todo procedimiento administrativo, sobre todo a las expresamente reconocidas por el ordenamiento jurídico nacional.

Siendo ello así, se puede afirmar que el ejercicio de la potestad administrativa se rige por determinados principios cuya finalidad es proscribir la arbitrariedad de las decisiones de la Administración al momento de tipificar e imponer sanciones.

El marco general aplicable al ejercicio de las potestades conferidas a INDECOPI, se encuentra consagrado en la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General (en adelante, la LPAG), disposición que estipula un conjunto de reglas mínimas de obligatorio cumplimiento. En tal sentido, cabe advertir que si bien la potestad sancionadora conferida a INDECOPI, deviene de lo dispuesto por el marco normativo particular sobre la materia, "*[c]on la Ley 27444, no solo se normaron los aspectos generales del procedimiento administrativo sancionador, fijando el cauce por el cual deben desenvolverse las actuaciones de la Administración Pública que ejerzan la potestad sancionadora basada en sus respectivas normas sectoriales especiales, sino que también se ha incorporado «un conjunto de reglas generales sustantivas, compuestas por una relación de principios y otras instituciones válidas para la aplicación de cualquier régimen sancionador sectorial especial, es decir, consagra lo que*

7 Vergaray, Verónica y Gómez, Hugo. La potestad sancionadora y los principios del procedimiento sancionador. En: Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General. Libro Homenaje a José Alberto Bustamante. Fondo Editorial de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, 2009, p. 403

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

virtualmente podría denominarse la parte general del Derecho Administrativo Sancionador».[8]

En atención a lo expuesto, todo acto administrativo emitido por INDECOPI se encuentra sometido a la observancia de los principios generales del procedimiento administrativo regulados en el artículo IV del Título Preliminar de la LPAG.

Asimismo, cabe señalar que en el caso concreto de los procedimientos administrativos a través de los cuales INDECOPI ejerce su potestad sancionadora, éstos se encuentran sometidos al cumplimiento de los principios que rigen el ejercicio de dicha potestad y que se hallan recogidos en el artículo 230°[9] de la LPAG, disposición que reconoce la plena vigencia en éste campo de los principios generales de procedimiento administrativo.

---

8 Zegarra, Diego citando a Alarcón, Lucía. La resolución en el procedimiento administrativo sancionador y el derecho a la defensa. En: La Ley del Procedimiento Administrativo General. Diez años después. PUCP. Lima, 2011 p. 339

9 **Artículo 230.- Principios de la potestad sancionadora administrativa**
La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:
1. Legalidad.- Sólo por norma con rango de ley cabe atribuir a las entidades la potestad sancionadora y la consiguiente previsión de las consecuencias administrativas que a título de sanción son posibles de aplicar a un administrado, las que en ningún caso habilitarán a disponer la privación de libertad.
2. Debido procedimiento.- Las entidades aplicarán sanciones sujetándose al procedimiento establecido respetando las garantías del debido proceso.
3. Razonabilidad.- Las autoridades deben prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. Sin embargo, las sanciones a ser aplicadas deberán ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, debiendo observar los siguientes criterios que en orden de prelación se señalan a efectos de su graduación:
a) La gravedad del daño al interés público y/o bien jurídico protegido;
b) El perjuicio económico causado;
c) La repetición y/o continuidad en la comisión de la infracción;
d) Las circunstancias de la comisión de la infracción;
e) El beneficio ilegalmente obtenido; y
f) La existencia o no de intencionalidad en la conducta del infractor."
4. Tipicidad.- Sólo constituyen conductas sancionables administrativamente las infracciones previstas expresamente en normas con rango de ley mediante su tipificación

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

En este orden de ideas y acorde a lo dispuesto en el artículo 229°[10] de la LPAG, las disposiciones contenidas en el Capítulo II de dicha norma, relativas al

como tales, sin admitir interpretación extensiva o analogía. Las disposiciones reglamentañas de desarrollo pueden especificar o graduar aquellas dirigidas a identificar las conductas o determinar sanciones, sin constituir nuevas conductas sancionables a las previstas legalmente, salvo los casos en que la ley permita tipificar por vía reglamentaria.

5. Irretroactividad.- Son aplicables las disposiciones sancionadoras vigentes en el momento de incurrir el administrado en la conducta a sancionar, salvo que las posteriores le sean más favorables.

6. Concurso de Infracciones.- Cuando una misma conducta califique como más de una infracción se aplicará la sanción prevista para la infracción de mayor gravedad, sin perjuicio que puedan exigirse las demás responsabilidades que establezcan las leyes.

7. Continuación de Infracciones.- Para determinar la procedencia de la imposición de sanciones por infracciones en las que el administrado incurra en forma continua, se requiere que hayan transcurrido por lo menos treinta (30) días hábiles desde la fecha de la imposición de la última sanción y que se acredite haber solicitado al administrado que demuestre haber cesado la infracción dentro de dicho plazo.

Las entidades, bajo sanción de nulidad, no podrán atribuir el supuesto de continuidad y/o la imposición de la sanción respectiva, en los siguientes casos:

a) Cuando se encuentre en trámite un recurso administrativo interpuesto dentro del plazo contra el acto administrativo mediante el cual se impuso la última sanción administrativa.

b) Cuando el recurso administrativo interpuesto no hubiera recaído en acto administrativo firme.

c) Cuando la conducta que determinó la imposición de la sanción administrativa original haya perdido el carácter de infracción administrativa por modificación en el ordenamiento, sin perjuicio de la aplicación de principio de irretroactividad a que se refiere el inciso 5."

8. Causalidad.- La responsabilidad debe recaer en quien realiza la conducta omisiva o activa constitutiva de infracción sancionable.

9. Presunción de licitud.- Las entidades deben presumir que los administrados han actuado apegados a sus deberes mientras no cuenten con evidencia en contrario.

10. Non bis in idem.- No se podrán imponer sucesiva o simultáneamente una pena y una sanción administrativa por el mismo hecho en los casos en que se aprecie la identidad del sujeto, hecho y fundamento.

Dicha prohibición se extiende también a las sanciones administrativas, salvo la concurrencia del supuesto de continuación de infracciones a que se refiere el inciso 7.

10 **Artículo 229.- Ámbito de aplicación**

229.1 Las disposiciones del presente Capítulo disciplinan la facultad que se atribuye a cualquiera de las entidades para establecer infracciones administrativas y las consecuentes sanciones a los administrados.

229.2 Las disposiciones contenidas en el presente Capítulo se aplican con carácter supletorio a los procedimientos establecidos en leyes especiales, las que deberán observar necesariamente los principios de la potestad sancionadora administrativa a que se refiere

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Procedimiento Administrativo Sancionador (PAS), se aplican de forma supletoria respecto de aquellos ámbitos que cuenten con leyes especiales, como es el caso concreto de los procedimientos sujetos a la normativa de protección al consumidor.

A pesar de lo que disponga la normativa especial, los principios de la potestad sancionadora enunciados en el artículo 230° de la LPAG, así como la estructura y garantías previstas para el procedimiento administrativo sancionador, son de observancia obligatoria por lo que se debe entender que el artículo 229° de la LPAG, consagra una prohibición al legislador de desnaturalizar o negar los principios recogidos en el referido texto normativo, toda vez que la supletoriedad de éste no habilita al legislador a estructurar procedimientos sancionadores con garantías menores a las consignadas en la LPAG.

Lo expuesto ha sido expresamente reconocido en el artículo 106°[11] del Código de Protección y Defensa del Consumidor, que señala que en los procedimientos sancionadores a cargo de INDECOPI se aplica de forma supletoria la LPAG.

---

el artículo 230, así como la estructura y garantías previstas para el procedimiento administrativo sancionador.
Los procedimientos especiales no podrán imponer condiciones menos favorables a los administrados, que las previstas en este Capítulo
229.3 La potestad sancionadora disciplinaria sobre el personal de las entidades se rige por la normativa sobre la materia.

11 **Artículo 106.- Procedimientos a cargo del Indecopi**
El Indecopi tiene a su cargo los siguientes procedimientos:
a. Procedimientos sancionadores:
(i) Por infracción a las normas de protección al consumidor.
(ii) Por incumplimiento de acuerdo conciliatorio o de laudo arbitral.
(iii) Procedimiento administrativo sancionador por:
1. Proporcionar información falsa u ocultar, destruir o alterar información o cualquier libro, registro o documento que haya sido requerido durante la tramitación de un procedimiento.
2. Negativa injustificada a cumplir un requerimiento de información efectuado.
3. Denuncia maliciosa.
b. Procedimientos sancionadores por incumplimiento de mandatos:
(i) Por incumplimiento de medidas correctivas.
(ii) Por incumplimiento de pago de costas y costos del procedimiento.
(iii) Por incumplimiento de mandato cautelar.
c. Procedimiento de liquidación de costas y costos del procedimiento

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Tomando en cuenta lo señalado en los párrafos precedentes, a continuación se desarrollarán algunos de los principios cuya observancia deviene en ineludible para el ejercicio de las potestades conferidas a INDECOPI y que en el caso concreto, han sido dejados de lado por dicha entidad al hacer de público conocimiento, información propia del procedimientos seguido contra LA EMPRESA, sin que se haya emitido un pronunciamiento administrativo firme sobre el particular.

a. Presunción de licitud.-

En atención a lo dispuesto por el principio de presunción de licitud, regulado en el numeral 9 del artículo 230° de la LPAG, las entidades deben presumir que los administrados han actuado apegados a sus deberes mientras que no se tenga evidencia de lo contrario. En tal sentido, en el plano del Derecho Administrativo, este principio se constituye como una expresión del principio de presunción de inocencia del Derecho Penal, cuyo respaldo Constitucional se encuentra en el literal e) inciso 20) del artículo 2 de la Constitución.

La aplicación de este principio genera una inversión de la carga de la prueba a favor del administrado. En consecuencia, la Administración tiene el deber de acreditar los hechos que se imputan como infracción mediante el despliegue de una auténtica actividad probatoria.[12] Por tal razón, el administrado mantiene su condición de inocente hasta que no se demuestre lo contrario, esto es, hasta que no exista una resolución administrativa firme que declare o lo señale como culpable.[13]

De manera supletoria, en todo lo no previsto en el presente Código y en las disposiciones especiales, es aplicable a los procedimientos administrativos anteriormente señalados, la Ley núm. 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

12 Pedreschi, Willy. Análisis sobre la potestad sancionadora de la administración pública y el procedimiento administrativo sancionador. En: Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley Nº 27444. Ara Editores. Lima: 2003. p. 540

13 Morón, Juan Carlos (2014) Op. Cit. pp. 784 – 786

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

En el presente caso, a través de la publicación de la noticia relativa a la sanción impuesta a LA EMPRESA, en su página web institucional, INDECOPI emitió un pronunciamiento respecto de un acto administrativo que no tiene carácter definitivo. Dicha información ha trascendido a través de diversos medios de comunicación, generando una conciencia colectiva relativa a la certeza de información que es incorrecta.

La actitud de INDECOPI no ha tomado en cuenta que en atención al contenido del principio de licitud, sólo se podía emitir pronunciamiento como institución una vez que hubiere quedado firme la sanción impuesta, toda vez que este principio, cuyo sustento es el derecho constitucional a la presunción de inocencia y que despliega sus efectos durante la tramitación de todo el procedimiento, reviste particular protagonismo en la medida en que las actuaciones de los administrados se presumen acorde al marco legal y constitucional vigente en tanto no exista un pronunciamiento incontrovertible que señale lo contrario.

b. Razonabilidad.-

El principio de razonabilidad despliega sus efectos en todo el ordenamiento jurídico, por lo que no sólo repercute en la tramitación de los procedimientos administrativos en general, sino también, y de manera muy particular, en los procedimientos administrativos sancionadores.

El principio de razonabilidad se encuentra expresamente regulado en el último párrafo del artículo 200° de la Constitución, por lo que se erige como una garantía de valoración en la decisión final que emitan las autoridades.

El ordenamiento jurídico interno ha equiparado el principio de razonabilidad con el de proporcionalidad, confiriendo a ambos protagonismo en momentos distintos de la toma de decisión. En este orden de ideas, la proporcionalidad

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

alude a realizar un juicio en la etapa de formación de la decisión, lo que la doctrina califica como el sometimiento al test de proporcionalidad que se efectúa al analizar si la decisión cumple con los requisitos de: idoneidad, necesidad y proporcionalidad, en estricto[14]. En contraste, la razonabilidad alude a un análisis que se formula una vez emitida la decisión final.

Sin perjuicio de lo expuesto, cabe indicar que la valoración de proporcionalidad y razonabilidad es secuencial, por lo que sólo si una decisión ha superado durante su formación el test de proporcionalidad, podrá ser razonable.

En esta línea se expresa el Tribunal Constitucional[15] el cual ha señalado que:

> *"Si bien la doctrina suele hacer distinciones entre el principio de proporcionalidad y el principio de razonabilidad, como estrategias para resolver conflictos de principios constitucionales y orientar al juzgador hacia una decisión que no sea arbitraria sino justa; puede establecerse, prima facie, una similitud entre ambos principios, en la medida que una decisión que se adopta en el marco de convergencia de dos principios constitucionales, cuando no respeta el principio de proporcionalidad, no será razonable. En este sentido, el principio de razonabilidad parece sugerir una valoración respecto del resultado del razonamiento del juzgador expresado en su decisión, mientras que el procedimiento para llegar a este resultado sería la aplicación del principio de proporcionalidad con sus tres subprincipios: de adecuación, de necesidad y de proporcionalidad en sentido estricto o ponderación.*
> *(...)*

14 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 1767-2007-PA/TC fundamento jurídico N° 13.

15 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente. N.° 2192-2004-AA /TC fundamento jurídico N° 15

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

En relación al Test de Proporcionalidad, corresponde señalar: (i) El juicio de idoneidad ordena que la medida interventora sea eficaz para lograr el fin constitucionalmente válido; (ii) el juicio de necesidad señala que la medida debe ser la menos lesiva de derechos; y, (iii) el juicio de proporcionalidad, en estricto, exige que el beneficio a obtener por medio de la aplicación se la medida interventora sea mayor al sacrificio resultante de la afectación del derecho.

La proporcionalidad en sede administrativa, se predica respecto de todas las decisiones de la Administración, toda vez que este examen constituye una garantía de interdicción de la arbitrariedad en las decisiones administrativas, reconociendo un amplio ámbito de aplicación del principio de razonabilidad o proporcionalidad.

En este sentido, el Tribunal Constitucional ha señalado que:

> *"17. En efecto, es en el seno de la actuación de la Administración donde el principio de proporcionalidad cobra especial relevancia, debido a los márgenes de discreción con que inevitablemente actúa la Administración para atender las demandas de una sociedad en constante cambio, pero también, debido a la presencia de cláusulas generales e indeterminadas como el interés general o el bien común, que deben ser compatibilizados con otras cláusulas o principios igualmente abiertos a la interpretación, como son los derechos fundamentales o la propia dignidad de las personas. Como bien nos recuerda López González[1], "En la tensión permanente entre Poder y Libertad que protagoniza el desenvolvimiento del Derecho Público y por ello también el del Derecho Administrativo, el Estado de Derecho a través de la consagración que formula el principio de legalidad y de la garantía y protección de los derechos fundamentales, exige un uso jurídico proporcionado del poder, a fin de satisfacer los intereses generales con la menos e indispensable restricción de las libertades".*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

En este orden de ideas, el numeral 1.4 del artículo IV del Título Preliminar de la LPAG, establece que el principio de razonabilidad implica que las decisiones de la autoridad administrativa, cuando crean obligaciones, califican infracciones, imponen sanciones, o establecen restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y manteniendo la debida proporción entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido. Por tanto, el principio de proporcionalidad es una pauta rectora de observancia obligatoria en todo procedimiento administrativo, que exige que exista una debida proporción entre los medios a emplear y los fines que se busca alcanzar.

Es importante señalar, que la potestad de la Administración debe ejercerse en un marco de razonabilidad y proporcionalidad. Por ello, el Tribunal Constitucional, en la sentencia recaída en el Expediente N° 0090-2004-AA/TC[16] ha señalado que:

> *12. El requisito de razonabilidad excluye la arbitrariedad. La idea que confiere sentido a la exigencia de razonabilidad es la búsqueda de la solución justa de cada caso. Por lo tanto, según lo expone Fernando Sainz Moreno (vide supra), "una decisión arbitraria, contraria a la razón (entendiendo que en un sistema de derecho positivo la razonabilidad de una solución está determinada por las normas y principios que lo integra, y no sólo por principios de pura razón), es esencialmente antijurídica".*
> *(...)*

Uno de los aspectos inherente a las potestades conferidas al INDECOPI en materia de protección al consumidor, se vincula con el rol que esta institución asume respecto al fomento, respeto y cumplimiento del ordenamiento jurídico, y el desincentivo en la comisión de infracciones sobre la materia. Si bien la

16 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente recaída en el Expediente N° 0090-2004-AA/TC fundamento jurídico N° 12

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

publicación de los pronunciamientos emitidos por INDECOPI devienen en una medida viable para cumplir con los fines señalados -sobre todo si a través de ello se busca proteger los intereses de los consumidores afectados-, se entiende que la publicación de los alcances de la Resolución N° 501-2014/CCI no es razonable, en la medida que no supera los tres planos de análisis propios del principio de razonabilidad o proporcionalidad.

El principio de razonabilidad exige que para que una decisión adoptada por una entidad pública sea razonable, debe superar el test de proporcionalidad, evitando así que se genere una conducta arbitraria por parte de la Administración, es decir, se debe haber superado el filtro de idoneidad, necesidad y proporcionalidad, siendo que si la decisión no resiste el análisis en uno de éstos, no cabe llevar el análisis a una siguiente la etapa.

Luego de someter la decisión de INDECOPI relativa a la publicación de la información propia del procedimiento administrativo sancionador seguido contra LA EMPRESA, se ha llegado a la conclusión que ésta ha sido adoptada al margen de la observancia del principio materia de análisis, ya que no constituye una medida necesaria.

Estando a lo dispuesto por el test de necesidad, la medida adoptada debe ser la menos gravosa para los derechos de los administrados, por lo que la difusión de una resolución en la que se sindica a un agente económico como infractor a la normativa de protección del consumidor, que no es firme y que por tanto, es susceptible de variación, no califica como la decisión menos lesiva a los derechos de LA EMPRESA, toda vez que a efectos de cumplir con las funciones encomendadas a INDECOPI -tales como informar a los consumidores sobre las infracciones en las contrataciones de seguros-, pudo emplearse otras medidas menos lesivas, tales como: (i) la publicación de un boletín didáctico sobre la aplicación de la normativa de protección al consumidor en materia de; (ii) la publicación de una nota de prensa que desarrolle los alcances de la infracción cometida si necesidad de aterrizar en el caso concreto de Pacífico; por citar algunas de las alternativas de acción susceptibles de adopción por parte de la referida entidad

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Por tanto, al no superar el requisito de necesidad, la conducta de INDECOPI ha sido efectuada en contra del principio materia de análisis, deviniendo en contraria al ordenamiento jurídico vigente.

En atención a lo señalado en los párrafos precedentes, es posible concluir que la conducta de INDECOPI contraviene las garantías que en aplicación del principio de presunción de inocencia y de razonabilidad, el ordenamiento jurídico reconoce a favor de agentes económicos como LA EMPRESA, por lo que ésta deviene en ilegal.

5.3. Límites al ejercicio de facultades discrecionales conferidas a la Administración.-

La discrecionalidad constituye una herramienta dispuesta por el ordenamiento jurídico, en virtud de la cual, los funcionarios o servidores de la Administración Pública, en los procedimientos no reglados, e incluso en los reglados (como el procedimiento administrativo sancionador), mantienen un margen de libertad al momento de adoptar una decisión.

La doctrina define a la discrecionalidad administrativa como "*la libertad conferida por ley a la administración para que esta escoja entre varias alternativas de actuación jurídicamente admisibles. Tal libertad puede referirse a la escogencia entre el actuar o no dentro de los límites jurídicos aplicables (discrecionalidad creativa), pudiendo dichas manifestaciones de la facultad discrecional acumularse en una misma.*"[17]

[17] Pando Vilchez, Jorge. La discrecionalidad administrativa ¿Oportunidad de corrupción? ¿Posibilidad de eliminación? En: Congreso Internacional de Derecho Administrativo. Derecho Administrativo en el Siglo XXI. Volumen I. Adrus Editores. Lima, 2013 pp. 664.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

La discrecionalidad de la Administración no es un mero planteamiento teórico, ya que muy por el contrario, la utilidad de la misma ha sido reconocida por el Tribunal Constitucional[18] al afirmar que:

> *"8. La actividad estatal se rige por el principio de legalidad, el cual admite la existencia de los actos reglados y los actos no reglados o discrecionales.*
>
> *Respecto a los actos no reglados o discrecionales, los entes administrativos gozan de libertad para decidir sobre un asunto concreto dado que la ley, en sentido lato, no determina lo que deben hacer o, en su defecto, cómo deben hacerlo.*
>
> *En puridad, se trata de una herramienta jurídica destinada a que el ente administrativo pueda realizar una gestión concordante con las necesidades de cada momento."*

La discrecionalidad administrativa es un criterio de flexibilidad que permite atender las demandas de interés público de los administrados en función al momento y contexto en que éstas se presentan. La razón de ser que justifica su existencia, es ajena a los intereses particulares de los funcionarios o servidores, de los administrados, y de la propia Administración, ya que la atención a los pedidos formulados tiene como directriz el resguardo del interés público.

No obstante lo señalado, puede afirmarse que la discrecionalidad de la Administración, en cierto modo, atenta contra el principio de seguridad jurídica y genera desigualdad; el detrimento de ambos principios se compensa al generarse un mayor grado de justicia y una adecuada aplicación del derecho al caso concreto, puesto que el análisis de cada caso en particular revela que entre varios de éstos, existen diferencias que justifican una protección del derecho particular.[19]

---

18 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 00090-2004-AA, fundamento jurídico N° 8.

19 Ídem p. 667 Pando Vilchez citando a Rebelo de Sousa.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

En este sentido, la discrecionalidad se justifica por la existencia misma del Estado de Derecho, que requiera determinar la actuación de la administración en función a los elementos de oportunidad, conveniencia, necesidad o utilidad; amén de las valoraciones técnicas que concurren en una gran parte de sus actuaciones[20].

Sin perjuicio de lo expuesto, se debe tener presente que la discrecionalidad que se le concede a la Administración no es sinónimo de arbitrariedad, por el contrario, el hecho que exista un margen de elección otorgado al funcionario o servidor público al momento de adoptar decisiones, conlleva a que esta herramienta deba utilizarse con observancia a un conjunto de reglas y principios que fungen como garantía de interdicción de la arbitrariedad.

De acuerdo a los criterios señalados, la LPAG prevé una serie de principios y reglas en diversas disposiciones aplicables tanto para el procedimiento administrativo general, como para los procedimientos administrativos especiales -entre los que se encuentra el procedimiento sancionador-, que funcionan como límites a la actuación de la Administración -por ejemplo: los principios del procedimiento administrativo general consagrados en el artículo IV de la LPAG, los principios del procedimiento administrativo sancionador contenidos en el artículo 230° de la LPAG, entre otras disposiciones-.

En concordancia con lo hasta ahora expuesto y siguiendo lo planteado por el Tribunal Constitucional en la Sentencia N° 00090-2004-AA, existen tres grados de discrecionalidad:

- **Discrecionalidad mayor** → este grado de discrecionalidad otorga a la autoridad administrativa un margen de decisión que no está limitado por concepto jurídico alguno, es decir, se

20 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 00090-2004-AA, fundamento jurídico N° 9.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

concede competencias no regladas, razón por la cual, la autoridad goza de una plena libertad de elección. No obstante, este tipo de discrecionalidad esa sujeta al control político y, residualmente, al control jurisdiccional, en cuanto a la corroboración de su existencia institucional o legal, su extensión espacial y material, tiempo de ejercicio permitido, forma de manifestación jurídica y cumplimiento de las formalidades procesales.

- **Discrecionalidad intermedia** → este grado de discrecionalidad otorga a la autoridad **administrativa** un margen de decisión sujeto a consistencia lógica y a la coherencia con un concepto jurídico indeterminado de contenido y extensión.

- **Discrecionalidad menor** → este grado de discrecionalidad otorga a la autoridad administrativa un margen de decisión sujeto a la elección entre algunas de las variables predeterminadas por la ley.

Sobre la base de la premisa general que la discrecionalidad no implica arbitrariedad, y atendiendo al grado de discrecionalidad que se le otorga a la autoridad administrativa, los límites a la misma son los siguientes[21]:

[21] Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 00090-2004-AA, fundamento jurídico N° 9.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

(i) Para los supuestos de **discrecionalidad mayor**, el control se efectúa en la motivación de la decisión, corroborando en ella el tiempo de ejercicio permitido, la extensión espacial y material, así como la forma de manifestación jurídica constitucional o legal de dicha prerrogativa de la libre decisión y el cumplimiento de las formalidades procesales;

(ii) Para los supuestos de **discrecionalidad intermedia y menor**, adicionalmente a la motivación, fungen como límites a la discrecionalidad los principios de razonabilidad y proporcionalidad.

Por tanto, se encuentra prohibido que en el marco del ejercicio de competencias discrecionales se generen actitudes que denoten arbitrariedad, siendo la motivación un elemento que permite evidenciar que el acto no constituya una mera expresión de voluntad de la autoridad administrativa; es decir, que la decisión adoptada se sustente en razones que no son contrarias a la realidad, y que dicha decisión necesariamente deba tener consistencia lógica y coherencia.

En el presente caso, la conducta del INDECOPI se ampararía en la aplicación del artículo 123° del Código de Protección al Consumidor, el mismo que a la letra señala lo siguiente.

> ***Artículo 123.- Recopilación de información por la autoridad***
> *(...)*
>
> ***Los procedimientos seguidos ante el Indecopi tienen carácter público.*** *En esa medida, el* ***Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi*** *se encuentran facultados* ***para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados*** *y no constituya violación de secretos comerciales o industriales.*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Tal como se puede advertir, la citada disposición normativa ha concedido al Secretario Técnico y a la Comisión, en su calidad de autoridad administrativa, la facultad discrecional de decidir sobre la pertinencia de la difusión de información propia de los procedimientos tramitados ante INDECOPI, confiriéndole a los mismos un carácter público,. No obstante lo señalado, el ejercicio de dicha competencia se sujeta a la observancia de dos aspectos fundamentales: que la publicación de dicha información sea propicia en atención a los intereses de los consumidores afectados y que no constituya violación de secretos comerciales o industriales.

Tomando en cuenta las particularidades del caso, la difusión de la información divulgada por el INDECOPI no cumple con el requisito de ser pertinente en atención a **los intereses de los consumidores afectados**, sino todo lo contrario, ya que en los términos en los que ha sido expuesta dicha información al escrutinio de la opinión pública, se puede generar una falsa percepción de la realidad, distorsionando la imagen de LA EMPRESA como proveedor de servicios frente a su potencial clientela.

Estando a lo expuesto por el Tribunal Constitucional, el mismo que afirma que la motivación de decisiones administrativas constituye un mecanismo que permite advertir la posible arbitrariedad en éstas, se considera oportuno señalar que en el caso materia de análisis, no se advierte la existencia de acto administrativo alguno que dé cuenta de las razones que justifiquen la difusión del pronunciamiento de primera instancia emitido por la Comisión, por lo que al carecer de motivación alguna, se evidencia la ilegalidad e inconstitucionalidad de la que adolece dicha conducta adopta, máxime si se toma en cuenta que la motivación se presenta como uno de los aspectos intrínsecamente vinculados al derecho constitucional al debido proceso consagrado en el artículo 139° de nuestra Carta Magna.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

De acuerdo a lo señalado por el Tribunal Constitucional[22], los límites al ejercicio de las facultades discrecionales conferidas a la administración lo constituye, entre otros aspectos, la observancia de los principios de razonabilidad y proporcionalidad, los que como se expuso en el literal b) del apartado 5.2. del presente informe, al irradiar sus efectos a todo el ordenamiento jurídico se constituyen, en el marco de todo Estado de Derecho, como un criterio rector en toda decisión administrativa, en virtud del cual se exige evaluar que los medios a emplear guarden proporcionalidad con los fines que se busca alcanzar a través de ésta.

La conducta de INDECOPI al difundir información propia de un procedimiento que aún no cuenta con un pronunciamiento final por encontrarse pendiente de resolución un recurso de apelación, no supera el test de proporcionalidad y, por tanto, no se sujeta a la observancia de dicho principio, ya que de un análisis de los hechos resulta evidente que existen medios menos lesivos para salvaguardar los intereses de los consumidores afectados -tales como: la aprobación de directivas respecto a la normativa de protección al consumidor específicamente aplicable al caso de los servicios de seguros y reaseguros; elaboración, publicación y difusión de lineamientos de conducta de las empresas proveedoras de servicios de seguros y reaseguros; o, publicación y difusión de notas de prensa en las que en base a supuestos hipotéticos, se informe a los consumidores sobre las potenciales vulneraciones a sus derechos al contratar este tipo de servicios a efectos que conozcan los mecanismos a los que pueden acudir para salvaguardarlos-, a los que INDECOPI podría haber recurrido válidamente para la consecución de los fines que le han sido encomendados.

Si bien es cierto que la discrecionalidad es una herramienta propia del Estado de Derecho que permite dar una atención oportuna a las demandas de los administrados en resguardo del interés público, también lo es que el ejercicio de competencias discrecionales no es irrestricto, sino que se sujeta a los límites de motivación, razonabilidad y proporcionalidad. En atención a ello, la conducta de

22 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 2192-2004-AA /TC, fundamento jurídico N° 15

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

INDECOPI, habría omitido dichos límites al hacer de conocimiento público -sin existir acto alguno que sustente tal decisión- información respecto de un procedimiento administrativo que no cuenta con pronunciamiento firme.

5.4. Alcances del artículo 123° del Código de Protección al Consumidor y su aplicabilidad respecto de la información difundida por INDECOPI.-

En forma complementaria a lo expuesto en los numerales precedentes, corresponde señalar que pese a que la normativa ha dispuesto que los procedimientos administrativos que se siguen ante el INDECOPI tiene carácter público, y tal como se desarrollará a continuación, el alcance de la publicidad a la que estos se sujetan está sometida, en adición a los aspectos previamente analizados, a la observancia de una serie de parámetros sobre los cuales se emitirá pronunciamiento en las siguientes líneas:

a. El artículo 123° del Código de Protección al Consumidor.-

El artículo bajo comentario establece expresamente:

> ***Artículo 123.- Recopilación de información por la autoridad***
>
> *El Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi están facultados para reunir información relativa a las características y condiciones de los productos o servicios que se expenden en el mercado, con el objeto de informar al consumidor para permitirle tomar una adecuada decisión de consumo.*
>
> *Los procedimientos seguidos ante el Indecopi tienen carácter público. En esa medida, el Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi se encuentran facultados para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y no constituya violación de secretos comerciales o industriales.*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Esta misma postura es asumida por el Decreto Legislativo N° 807, en su artículo 50°, cuando se señala que:

> ***Artículo 50.-*** *El Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor están facultados para reunir información relativa a las características y condiciones de los productos o servicios que se expenden en el mercado, con el objeto de informar al consumidor para permitirle tomar una adecuada decisión de consumo. La información que se ofrezca tendrá el carácter de una opinión y generará responsabilidad en caso de que la misma haya sido emitida de manera maliciosa.*
>
> *Los procedimientos seguidos ante la Comisión de Protección al Consumidor tienen carácter público. En esa medida, el Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor se encuentran facultados para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y no constituya violación de secretos comerciales o industriales.*

En tal sentido, los procedimientos seguidos ante el INDECOPI en materia de Protección al Consumidor tienen carácter público, por lo que la normativa ha otorgado facultades al Secretario Técnico y a la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI, para que de considerarlo pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y en caso no se violen secretos comerciales o industriales, dispongan la difusión de información vinculada a los mismos.

Si bien nos encontramos ante una facultad que hasta cierto punto se puede calificar como discrecional, el ejercicio de la misma se encuentra sujeta a la observancia de una serie de parámetros tales como:

(iii) Que la información a difundir sea propia de un procedimiento administrativo en materia de Protección al Consumidor, por lo que evidentemente, ni el Secretario Técnico, ni la Comisión de Protección al

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Consumidor podrán hacer de conocimiento público información relativo a procedimientos sobre materias distintas.

(iv) Que, la finalidad detrás de la publicación de dicha información sea la salvaguarda del interés de los consumidores afectados, es decir, que a través de dicho acto se puede garantizar el respeto de los intereses de los consumidores.

(v) Que, la difusión de la información relativa al procedimiento no implique la violación de secretos comerciales o industriales, por lo que la información que se haga de conocimiento público no debe tener carácter confidencial ni ser objeto de particular tutela por parte del ordenamiento jurídico.

La observancia de estos criterios deberá ser puesta de manifiesto por el órgano que determine la pertinencia de publicar dicha información, motivando en atención a éstos la decisión adoptada.

Sin perjuicio de lo expuesto, se debe precisar que la facultad materia de análisis, en los términos en los que expresamente ha dispuesto la normativa invocada, ha sido directamente conferida al Secretario Técnico y a la Comisión de Protección al Consumidor, por lo que son los únicos órganos del INDECOPI que se encuentran habilitados para hacer de público conocimiento la información propia a la tramitación de un procedimiento.

b. La Resolución N° 501-2014/CC1 y las sanciones impuestas a Pacífico Seguros.-

Tal como se ha advertido en los antecedentes del caso, a través de la Resolución N° 501-2014/CC1, la Comisión emitió pronunciamiento de primera instancia administrativa respecto a las imputaciones formuladas en contra de LA EMPRESA.

De acuerdo a lo dispuesto en el numeral octavo de la parte resolutiva del referido acto administrativo, se evidencia que lo expuesto es implícitamente

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

reconocido por la Comisión, la que condiciona el registro de la sanción impuesta a LA EMPRESA, a que ésta Resolución adquiera la condición de firme.

MORÓN URBINA[23] indica que el acto administrativo firme es aquel que ya no puede ser impugnado por las vías ordinarias de recurso administrativo o contencioso administrativo, al haberse extinguido los plazos fugaces para ejercer el derecho de contradicción; en este sentido, precisa que:

> *"Vencidos estos plazos, sin presentar recursos o habiéndolos presentado en forma incorrecta sin subsanarlos, el administrado queda sujeto a estos actos, sin poder alegar petitorios, reclamaciones o instrumentos procesales análogos. Se distingue del acto no firme, que es aquel que aún puede ser cuestionado en cualquiera de las dos vías. La firmeza es un carácter del acto frente a los administrados que están sujetos a él, pero no para la Administración que siempre mantiene la posibilidad de revisarlo vía anulación de oficio, revocación o corrección de errores materiales.*
>
> *La firmeza de los actos administrativos es una característica propia de los actos administrativos expresos, por lo que el no acto o presunción de acto denegatorio nunca puede considerarse como firme. El no ejercicio del recurso inmediato contra el silencio administrativo no implica que el acto tácito pueda alcanzar firmeza, pues como se esclareció en su oportunidad el administrado tendrá siempre la oportunidad para presentarlo en cualquier momento".*

En tal sentido, se entiende que una resolución firme es aquella que pone término definitivo a la instancia administrativa y respecto de la que no cabe la interposición de recurso administrativo alguno.

---

[23] **MORÓN URBINA, Juan Carlos.** "El nuevo régimen de los actos administrativos en la Ley N° 27444". *Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General* (2003). Segunda parte. Lima: ARA Editores, pp. 159-160.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Lo expuesto determina que en tanto una resolución administrativa no queda firme, el contenido de la misma no es definitivo. Por ello, es que luego de resueltos los eventuales cuestionamientos que se formulen respecto de la misma, es posible que ésta sea objeto de diversas variaciones.

En consecuencia, se debe considerar que habiéndose interpuesto un recurso de apelación contra la Resolución N° 501-2014/CC1 y encontrándose el mismo pendiente de resolución, no es posible considerar que el pronunciamiento de la Comisión ni las sanciones impuestas a LA EMPRESA, sean definitivas, toda vez que existe la posibilidad que en segunda instancia, la Sala del Tribunal de Protección del Consumidor tome conocimiento del caso, y revoque dicha decisión. toda vez que no nos encontramos ante un acto administrativo firme.

c. La probable inconstitucionalidad e ilegalidad de la conducta de INDECOPI.-

Tal como se ha venido señalando, la publicidad de la información vinculada al caso materia de análisis, debe someterse a una serie de parámetros, los que en el presente procedimiento no han sido observados.

En primer lugar, se ha podido apreciar que la publicación efectuada en la página web institucional del INDECOPI no indica en ningún momento al órgano que ha habilitado su publicación, por lo que tomando en cuenta la estructura interna de esta entidad, aparentemente habría sido publicada en atención a la decisión de un órgano distinto al Secretario Técnico o a la Comisión de Protección al Consumidor, que son los órganos a los que se les ha conferido dicha facultad.

Asimismo, al no existir pronunciamiento que habilite a la publicación de dicha información, tampoco se ha logrado determinar en qué medida éste se ajusta a los criterios básicos para su publicación, sobre todo a efectos de determinar

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

en qué medida esta actitud podría repercutir en los intereses de los consumidores afectados.

En adición a los criterios expuestos, cabe identificar un conjunto de infracciones al ordenamiento jurídico que devienen de la vulneración a los derechos de titularidad de LA EMPRESA, y que a continuación se analizaran

5.5. Afectación de los Derechos de LA EMPRESA.-

Uno de los aspectos más cuestionables respecto a la conducta adoptada por parte del INDECOPI, lo constituye la repercusión que ésta ha tenido sobre los derechos de titularidad de LA EMPRESA.

En el presente numeral, se procederá al análisis de legalidad de la conducta de dicha entidad.

a. La Persona Jurídica como titular de derechos fundamentales.-

La posibilidad de contar con un procedimiento reglado para el ejercicio de la potestad sancionadora, es una garantía que repercute en dos sentidos ya que, mientras por un lado, el procedimiento administrativo sancionador sirve como cauce para que la Administración ejercite su potestad sancionadora y en ese orden, podamos contar con pautas predeterminadas que contribuyan a que la Administración pueda estandarizar su actuación y dotar de predictibilidad a sus decisiones, por el otro, sirve como una garantía para que los administrados ejerciten sus derechos frente a la Administración.

En rigor, todo procedimiento administrativo sancionador busca proteger los derechos y garantías de los administrados, siendo perfectamente aceptable que la calidad de administrado imputado no solo se predica respecto de personas naturales, sino también personas jurídicas, máxime si se toma en cuenta que ambas son potenciales agentes infractores a la normativa vigente.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Richard Martin Tirado
Socio Principal

En la actualidad, existe un pleno reconocimiento de la persona jurídica como titular de determinados derechos. En este sentido, se pronuncia el Tribunal Constitucional al corroborar el reconocimiento de derechos fundamentales a favor de las personas jurídicas, sobre la premisa que en última instancia las personas jurídicas se crean por el ejercicio del derecho de asociación de las personas naturales consagrado en el numeral 17) del artículo 2° de la Constitución:

> *"7. (...) aun cuando resulte evidente que la Constitución se refiere preferentemente a la persona humana (como también y, por extensión, al concebido), ello no significa que los derechos sólo puedan encontrarse subjetivamente vinculados con aquella, considerada stricto sensu de modo individual. Es evidente que la existencia y permisibilidad jurídica, de lo que se ha venido en denominar personas jurídicas o morales, plantea, por de pronto, y en la lógica de dirimir controversias como la presente, la necesidad de precisar el estatus jurídico de estas últimas en relación con los derechos fundamentales.*
>
> *8. Este Colegiado, sin entrar a definir lo que son las personas jurídicas en el sentido en que las concibe el ordenamiento infraconstitucional, parte de la constatación que su presencia, en la casi totalidad de oportunidades, responde al ejercicio de un derecho atribuible a toda persona natural. Se trata, en efecto, y específicamente hablando, del derecho de participar en forma individual o asociada en la vida política, económica, social y cultural de la nación, tal cual se proclama en el inciso 17 del artículo 2 de la Constitución. A juicio de este Tribunal, toda persona jurídica, salvo situaciones excepcionales, se constituye como una organización de personas naturales que persiguen uno o varios fines, pero que, para efectos de la personería que las justifica en el mundo de las relaciones jurídicas, adopta una individualidad propia; esto es, la forma de un ente que opera como centro de imputación de obligaciones, pero también, y con igual relevancia, de derechos.*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

> *9. En la lógica de que toda persona jurídica tiene o retiene para sí un conjunto de derechos, encuentra un primer fundamento la posibilidad de que aquellos de carácter fundamental les resulten aplicables. En el plano constitucional, por otra parte, existen a juicio de este Colegiado dos criterios esenciales que permiten justificar dicha premisa: a) la necesidad de garantizar el antes citado derecho a la participación de toda persona en forma individual o asociada en la vida de la nación, y b) la necesidad de que el principio del Estado democrático de derecho e, incluso, el de dignidad de la persona, permitan considerar un derecho al reconocimiento y tutela jurídica en el orden constitucional de las personas jurídicas."*[24]

Una lectura pausada de la jurisprudencia citada, nos indica que el reconocimiento de derechos fundamentales a la persona jurídica no se trata de un mero planteamiento teórico, sino que por el contrario, responde a una exigencia y necesidad actual.

En los términos expuestos, las personas jurídicas cuentan con aquellos derechos fundamentales que les sean aplicables tales como el derecho al debido proceso -en el marco de los procesos judiciales o procedimientos administrativos-, el derecho a la libertad de contratar, entre otros.

Por ello, corresponde afirmar que LA EMPRESA en su calidad de persona jurídica, cuenta con una serie de derechos fundamentales que le son aplicables y que por ende, son perfectamente pasibles de ser objetos de violación de los mismos.

b. Los Derechos vulnerados.-

Una vez determinada la calidad de titular de derechos por parte de LA EMPRESA, a continuación se procederá al análisis de algunos derechos de

24 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 04072-2009-PA/TC, fundamentos jurídicos N° 7, 8 y 9.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

dicha organización, que han sido afectados como consecuencia de la conducta de INDECOPI, así como los términos en los que se ha dado dicha afectación:

- **La vulneración al Derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA.-**

  El derecho al honor y la buena reputación se encuentra regulado en el artículo 2°, numeral 2.7, de la Constitución Política del Perú[25]. Este derecho implica que las personas tienen la facultad de mantener una imagen respetable ante la sociedad.

  Al respecto, el Tribunal Constitucional ha expresado lo siguiente:

  > *4. El artículo 2.7 de la Constitución reconoce el derecho de toda persona al honor y a la buena reputación. Si bien la Norma Fundamental prefiere adscribirse a una postura fáctica del honor (reconocimiento de honor interno y de honor externo, entendido este último como buena reputación), lo que en el fondo está admitiendo es la existencia de un derecho único al honor, tal como lo ha hecho también el artículo 37°, inciso 8), del Código Procesal Constitucional. En este marco, se puede considerar que el honor, sobre la base de la dignidad humana, es la capacidad de aparecer ante los demás en condiciones de semejanza, lo que permite la participación en los sistemas sociales y corresponde ser establecido por la persona en su libre determinación. Esto viene a significar que para que haya rectificación debe haberse producido previamente un ataque injustificado al derecho fundamental al honor.*

[25] **Artículo 2°.-** Toda persona tiene derecho a:
(...)
7. Al honor y a la buena reputación, a la intimidad personal y familiar así como a la voz y a la imagen propias.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

> *5. En ese sentido el honor forma parte de la imagen del ser humano, insita en la dignidad de la que se encuentra investida, garantizando el ámbito de libertad de una persona respecto de sus atributos más característicos, propios e inmediatos. Este derecho forma parte del elenco de derechos fundamentales protegidos por el inciso 7) del artículo 2° de la Constitución Política, y está estrechamente vinculado con la dignidad de la persona; su objeto es proteger a su titular contra el escarnecimiento o la humillación, ante sí o ante los demás, incluso frente al ejercicio arbitrario de las libertades de expresión o información, puesto que la información que se comunique, en ningún caso, puede resultar injuriosa o despectiva.*[26]

En función de lo expresado, el honor forma parte de la dignidad humana, la cual es protegida por el ordenamiento jurídico por ser un derecho fundamental.

Este derecho no es un derecho exclusivo de las personas naturales, sino también de las personas jurídicas, pues tal como lo ha señalado el Tribunal Constitucional:

> *16. En ese sentido, debe tenerse presente que el honor es un derecho único que engloba también la buena reputación, reconocida constitucionalmente. Así lo ha postulado también el Código Procesal Constitucional, que deja de mencionar la buena reputación. Y si bien tiene una base en la dignidad humana y, por lo tanto, se cuestionaría su reconocimiento a favor de la persona jurídica, el honor se ha entendido como "(...) la capacidad de aparecer ante los demás en condiciones de semejanza, lo que permite la participación en los sistemas sociales y corresponde ser establecido por la persona en su libre determinación (...)". Protege a su titular contra el escarnecimiento o la humillación, ante sí o ante los demás, incluso frente al ejercicio arbitrario de las libertades comunicativas, al*

[26] Sentencia recaída en el Exp. N° 02756-2011-PA/TC.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

significar un ataque injustificado a su contenido. Forma parte de la imagen humana (quizás por ello el equívoco de incluir en la demanda el cuestionamiento a la imagen).

17. A partir de los conceptos vertidos, este Colegiado retoma el tema relativo a la inclusión de la protección del honor a favor de las personas jurídicas. Es cierto que en jurisprudencia tal reconocimiento existe, pero se hace relacionándolo con la buena reputación; incluso es imposible desligar la dignidad humana de la protección del honor. Entonces, ¿cómo así una persona jurídica como la demandante puede tener derecho al honor? El honor, como concepto único, también es aplicable a las personas jurídicas. Si su capacidad para interactuar en la sociedad se ve mellada, debe originarse la defensa del honor.[27]

Estando a lo expuesto, se puede concluir:

(i) El derecho a la buena reputación constituye una de las manifestaciones propias del derecho al honor. En tal sentido, se puede decir que se trata de las dos caras de una misma moneda, ya que ambos se complementan.

(ii) El derecho al honor y a la buena reputación son derechos de todas las personas, naturales y/o jurídicas. Su vinculación con la dignidad humana no enerva que deba observarse en las relaciones de las personas jurídicas con sus semejantes, perjudicándola en su capacidad para interactuar en la sociedad.

El derecho en mención, está regulado a nivel constitucional como derecho fundamental y debe ser respetado en todos los ámbitos del ordenamiento;

[27] Sentencia recaída en el Exp. N° 04072-2009-PA/TC

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

es decir, debe buscarse mantener una *buena imagen*[28] de las personas ante la sociedad, tal como señala el Tribunal Constitucional.

En el presente caso, resulta evidente que la publicación efectuada en el portal web institucional del INDECOPI (en la que se atribuye a LA EMPRESA la condición de infractor a la normativa de protección al consumidor al no cumplir con las obligaciones que en calidad de aseguradora de salud), ha sido prematura y ajena a la verdad, pues dicho pronunciamiento ha sido objeto de apelación. La situación descrita, configura la vulneración al derecho al honor y a la buena reputación de LA EMPRESA, pues pone en tela de juicio la imagen de sí misma que ésta ha construido a lo largo de los años vinculada al cumplimiento de ciertos estándares de calidad y de compromiso en la prestación de los servicios a su cargo.

En principio, se debe resaltar que el simple hecho que la noticia haya sido publicada en el portal web institucional de dicha entidad, genera una sensación de certeza incontrovertible respecto de quien accede a ella, ya que no tiene sentido atribuir la comisión de una infracción públicamente a una persona si esta situación no es definitiva.

Asimismo, se debe precisar que la naturaleza de la infracción imputada a LA EMPRESA, repercute directamente en su ámbito de desempeño empresarial, ya que siendo una organización encargada de brindar servicio de seguros, al hacerse de público conocimiento que ésta se ha negado "injustificadamente" a cumplir los términos de la cobertura de una póliza, se está cuestionando la calidad de su servicio, así como la lealtad de ésta

[28] "(...) el derecho a la imagen involucra la tutela básicamente de *"(...) la imagen del ser humano, derivada de la dignidad de la que se encuentra investido (...)"*, es decir, es el *"(...) ámbito de libertad de una persona respecto de sus atributos más característicos, propios e inmediatos, como son la imagen física, la voz o el nombre; cualidades definitorias, inherentes e irreductibles de toda persona""*. Sentencia recaída en el Exp. N° 04072-2009-PA/TC.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

organización con respecto de sus clientes, quienes en el futuro la tomaran como una empresa poco seria y nada confiable. .

Si bien INDECOPI se encuentra habilitado a hacer de público conocimiento la información propia de los procedimientos efectuados al amparo de la normativa de protección al consumidor –sin perjuicio de las demás irregularidades advertidas respecto de la publicación de dicha información, en el presente caso–, este tipo de medidas se deben adoptar tomando en cuenta, más allá de los límites que impone la normativa y los derechos de las personas involucradas, pues se podría estar afectando, como en el presente caso, el núcleo duro de los mismos, generando incluso daños irreparables a la persona.

- **La vulneración al Derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA.-**

El derecho a la presunción de inocencia, al igual que el derecho al honor y la buena reputación, se encuentra regulado en nuestra Carta Magna. En concreto, en el artículo 2°, numeral 2.24, literal e,, se señala que toda persona se considerará inocente hasta que se demuestre lo contrario[29].

Por su particular relevancia, la presunción de inocencia ha sido reconocida, ya sea en calidad de derecho o de principio, en diversos cuerpos normativos tales como:

a) Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículo 11.-

[29] **Artículo 2.-** Toda personas tiene derecho a:
(...)
24. A la libertad y a la seguridad personales. En consecuencia:
(...)
e. Toda persona es considerada inocente mientras no se haya declarado judicialmente su responsabilidad.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

1. *Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa. (...).*

b) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 14°.-
(...)
2. *Toda persona acusada de un delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley.*

c) Convención Americana sobre Derechos Humanos

Artículo 8°.-
(...)
3. *"(...) la Corte ha afirmado que en el principio de presunción de inocencia subyace el propósito de las garantías judiciales, al afirmar la idea de que una persona es inocente hasta que su culpabilidad es demostrada"*

Todas las normas plasmadas coinciden en que para calificar a una persona como culpable tiene que haberse probado que efectivamente lo es. Evidentemente, dicha afirmación deberá derivarse de la tramitación de un procedimiento a través del cual se le haya permitido ejercer oportunamente su derecho a la contradicción, a la defensa, a la doble instancia, entre otros, propios de derecho al debido procedimiento; y sólo será posible tomarlo como culpable en tanto no haya opción a cuestionamiento sobre la decisión que lo declara como tal.

El Tribunal Constitucional en diversa jurisprudencia, se ha pronunciado sobre este derecho señalando:

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

"6. En cuanto a su contenido, se ha considerado que el derecho a la presunción de inocencia (cf. STC 0618-2005-PHC7TC, fundamento 22) comprende: "(...) el principio de libre valoración de la prueba en el proceso penal que corresponde actuar a los Jueces y Tribunales; que la sentencia condenatoria se fundamente en auténticos hechos de prueba, y que la actividad probatoria sea suficiente para generar en el Tribunal la evidencia de la existencia no sólo del hecho punible, sino también la responsabilidad penal que en él tuvo el acusado y así desvirtuar la presunción".

7. No obstante el desarrollo del derecho fundamental a la presunción de inocencia, es pertinente sentar algunas precisiones adicionales a efectos de una cabal comprensión y tutela del derecho en mención. En primer lugar, se quiere decir que, como todo derecho fundamental, el derecho a la presunción de inocencia tiene un doble carácter. Esto es, que no solamente es un derecho subjetivo, sino también una institución objetiva, dado que comporta determinados valores inherentes al ordenamiento constitucional.

8. En segundo lugar, el derecho fundamental a la presunción de inocencia no es un derecho absoluto, sino relativo. De ahí que, en nuestro ordenamiento, se admitan determinadas medidas cautelares personales –como la detención preventiva o detención provisional–, sin que ello signifique su afectación, "(...) porque tales medidas sirven precisamente para esclarecer el hecho reprochado y por ello son imprescindibles para llevar a cabo un procedimiento penal orientado en principios propios de un Estado de derecho"; siempre, claro está, que tales medidas sean dictadas bajo criterios de razonabilidad y proporcionalidad. Parte de esa relatividad del derecho a la presunción de inocencia se vincula también con que dicho derecho incorpora una presunción iuris tantum y no una presunción absoluta; de lo cual se deriva, como lógica consecuencia, que la presunción de

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

inocencia puede ser desvirtuada o destruida mediante una mínima actividad probatoria.[30]

GÓMEZ TOMILLO, al pronunciarse sobre los alcances del derecho a la presunción de inocencia refiere que *"sería inimaginable que en Derecho Penal se sostuviera una presunción (aunque fuera iuris tantum) de dolo o, alternativamente, de culpa en el reo. El Derecho administrativo sancionador, que, como reiteramos una vez más, comparte idéntica naturaleza que el Derecho penal, debe aceptar el mismo criterio"*[31]. Por tanto, compete señalar que éste derecho y, por tanto, la presunción de inocencia opera incluso en el ámbito administrativo sancionador, por lo que, si no se ha demostrado de manera fehaciente la culpabilidad de una persona (natural o jurídica) no se le puede sindicar como agente infractor.

Aplicando este aspecto en el caso concreto, al no haber un pronunciamiento firme por parte de INDECOPI que determine la calidad de infractor a la normativa de protección al consumidor de LA EMPRESA, el hacer de público conocimiento la existencia de información en la que se le sindica como tal, se estaría vulnerando de manera flagrante el derecho a la presunción de inocencia, adicionando éste aspecto como determinante de la ilegalidad de la conducta de INDECOPI, a las demás analizadas en el presente caso.

5.6. El proceso de amparo como mecanismo de protección de derechos fundamentales.-

Con la finalidad de garantizar la primacía de la Constitución y la vigencia efectiva de los derechos constitucionales, el ordenamiento peruano ha previsto una serie de procesos de garantías constitucionales, tales como el hábeas corpus, amparo,

---

30 Sentencia recaída en el Exp. N° 01768-2009-PA/TC.

31 **GÓMEZ TOMILLO, Manuel.** *Derecho Administrativo Sancionador. Parte General. Teoría general y práctica del Derecho Penal Administrativo* (2008). Navarra: Aranzandi, p. 628.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

hábeas data, cumplimiento, inconstitucionalidad, acción popular y los conflictos de competencia.

De los procesos mencionados, el proceso de amparo tiene como finalidad proteger los derechos constitucionales -salvo aquellos que se protejan por medio de los procesos de Habeas Corpus, Hábeas Data y de Cumplimiento-, frente a violaciones o amenazas de violación de los derechos constitucionales por acción u omisión de actos de cumplimiento obligatorio efectuado por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona.

En este sentido, el proceso de amparo se concibe como una Garantía Constitucional[32], cuya finalidad esencial radica en la protección de los derechos fundamentales frente a violaciones actuales o amenazas inminentes de su trasgresión[33], precisándose que en este últimos supuestos, se debe tratar de una amenaza cierta y de inminente realización.

De acuerdo con el artículo 200.2° de la Constitución, el Amparo procede: "*contra el hecho u omisión, por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona que vulnera o amenaza los derechos fundamentales, distintos de los que protegen el hábeas corpus y el hábeas data. (...) no procede contra normas legales ni contra resoluciones judiciales emanadas de un procedimiento regular.*" [34] Asimismo, entre las medidas que puede adoptar el juez en el marco de dicho proceso se encuentran: i) la reposición de las cosas al estado anterior a la violación o amenaza de violación de un derecho constitucional; o, ii) la disposición de cumplimiento de un mandato legal o de un acto administrativo.

---

32 CHIRINOS SOTO, Enrique y CHIRINOS SOTO, Francisco. *Constitución de 1993, lectura y comentario*. Lima: Nerman, 1994, pp. 435-438

33 LANDA ARROYO, César. "El amparo en el nuevo Código Procesal Constitucional Peruano". en Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM: www.juridicas.unam.mx

34 LANDA ARROYO, César. Tribunal Constitucional y Estado democrático. Lima: Palestra, 2ª ed., 2003, pp. 201.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

Cabe indicar que si luego de presentada la demanda cesara la agresión o amenaza por decisión voluntaria del agresor, o si ella deviene en irreparable, el Juez, atendiendo al agravio producido, declarará fundada la demanda precisando los alcances de su decisión, disponiendo que el emplazado no vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que motivaron la interposición de la demanda, y que si procediere de modo contrario se le aplicarán las medidas coercitivas previstas en el artículo 22° del Código Procesal Constitucional, sin perjuicio de la responsabilidad penal que corresponda.

De acuerdo a lo expuesto en los numerales anteriores, la difusión del pronunciamiento de primera instancia en la página web del INDECOPI, constituye la vulneración de los siguientes derechos constitucionales:

Derecho	Constitución
Derecho al honor y la buena reputación	Artículo 2°, numeral 7
Presunción de inocencia	Artículo 2°, numeral 20, literal e
Derecho al debido proceso	Artículo 139°

De conformidad con lo expuesto en el literal a) del punto 5 del presente informe, el ordenamiento peruano reconoce la capacidad de LA EMPRESA, para ser titular de determinados derechos constitucionales, pese a su condición de persona jurídica, toda vez que según lo expresado por el Tribunal Constitucional en la Sentencia recaída en el Expediente 04072-2009-PA/TC, la generación de personas jurídicas en el contexto actual constituye una manifestación del ejercicio del derecho a la libertad de asociación de las personas naturales reconocido en el numeral 17, del artículo 2° del texto constitucional.

Sobre la base de lo señalado, a continuación se efectuará un breve resumen de los argumentos que sustentan la vulneración de los derechos constitucionales de LA EMPRESA, que se han visto vulnerados con el proceder de INDECOPI y que han sido consignados en el cuadro precedente:

- **La vulneración al derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA.-**

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Acorde con lo expuesto en el primer punto del literal b) del numeral 5.5. del presente informe, el derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA, ha sido vulnerado como consecuencia de la difusión de un pronunciamiento que no tiene la calidad de firme, perjudicando a la referida organización en su capacidad para participar en calidad de agente económico en el mercado de provisión de servicios de seguros y reaseguros.

El pronunciamiento de primera instancia cuyo contenido ha sido puesto en conocimiento de la opinión pública por parte de INDECOPI, ha sido cuestionado por medio de un recurso de apelación interpuesto por LA EMPRESA, por lo que la difusión del mismo conlleva a una seria afectación a la imagen de dicha organización, toda vez que pone en tela de juicio la fiabilidad de los servicios que brinda, sobre la base de un acto que al no tener la naturaleza de firme, no puede generar certeza sobre la realización de la conducta que se le imputa.

- **La vulneración al derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA.-**

En el segundo punto del literal b) del numeral 5.5. del presente informe, se ha afirmado que el derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA se ha visto vulnerado como consecuencia directa de la conducta de INDECOPI, la que a su vez denota una total inobservancia del principio de presunción de licitud previsto en el numeral 9 del artículo 230° de la LPAG, aplicable a todo procedimiento administrativo sancionador.

En rigor, la presunción de licitud despliega sus efectos durante todo el trámite del procedimiento sancionador, y sólo puede ser desestimada una vez se haya podido contar con un pronunciamiento firme que desacredite la legalidad de la actuación del administrado, suceso que en el presente caso no ha acontecido.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Por tanto, la vulneración al derecho de presunción de inocencia de LA EMPRESA, se configura toda vez que se difundió un pronunciamiento pendiente de discusión en la vía administrativa, omitiéndose que dicha condición determinar que respecto de dicho agente económico opere aún la presunción de licitud, en tanto a la fecha no existe pronunciamiento administrativo firme que la haya desvirtuado.

- **La vulneración al derecho al debido proceso de LA EMPRESA.-**

Según el pronunciamiento del Tribunal Constitucional recaído en el Expediente N° 00156-2012-HC/TC, el debido proceso consagrado en el artículo 139° de la Constitución, constituye un derecho y garantía que no solo se presenta en el ámbito judicial, sino en todo contexto donde materialmente se realice función jurisdiccional, por lo que su aplicación en sede administrativa deviene en incuestionable.

Respecto al procedimiento sancionador, el debido proceso se encuentra consagrado a través del principio del debido procedimiento estipulado en numeral 2 del artículo 230° de la LPAG.

En el presente caso, la vulneración al derecho al debido proceso de LA EMPRESA se sustenta en las siguientes razones:

(i) El artículo 123° del Código de Protección y Defensa del Consumidor otorga una facultad discrecional al Secretario Técnico o a la Comisión para decidir sobre la pertinencia de la difusión de la información de los procedimientos que se tramitan ante INDECOPI. Dicha facultad, pese a la discrecionalidad que confiere a dicha entidad en su actuar, no debe ejercerse de manera arbitraria. No obstante, pese a que la motivación es un medio que permite apreciar si la decisión administrativa adolece o no de arbitrariedad, en el presente caso no existe acto administrativo alguno en el que consten las razones que justifiquen la decisión de

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

INDECOPI, vulnerándose el derecho a la debida motivación de las resoluciones que es integrante del derecho constitucional al debido proceso.

(ii) La decisión adoptada por INDECOPI, no supera el principio de proporcionalidad y razonabilidad -cuyo sustento se encuentra en el último párrafo del artículo 200° de la Constitución y que se encuentra consagrado en el numeral 3 del artículo 230° de la LPAG-, toda vez que para que ésta sea razonable, debe superar el test de proporcionalidad y de acuerdo con lo analizado en el literal b del punto 5.2 del presente informe, existen medidas menos lesivas con las que podría obtenerse la misma finalidad de información a los consumidores tales como: aprobación de lineamientos internos, incluso la publicación en la web de la entidad sin que sea necesario identificar a la empresa, entre otras medidas.

Por tanto, tomando en cuenta que la conducta de INDECOPI atenta contra los derechos constitucionales de derecho al honor y buena reputación, presunción de inocencia y debido proceso de LA EMPRESA, es perfectamente factible que esta acuda a la vía del proceso de amparo como mecanismo de salvaguarda de sus derechos.

5.7. La responsabilidad del INDECOPI por la vulneración de los derechos de LA EMPRESA y propuestas de acción.-

La doctrina señala que la responsabilidad proviene de un acto que genera obligaciones determinadas por parte de una persona o entidad como consecuencia de la generación de un daño en contra de otra u otras[35]. La Administración no está exenta de responsabilidad, lo que es posible de aseverar

[35] **GUZMÁN NAPURÍ, Christian.** "La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública". *Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General.* Segunda parte (2003). Lima: ARA Editores, p. 562.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

estando a lo dispuesto en el artículo 238° de la LPAG, en el que se reconoce el derecho de los administrados a recibir una indemnización en determinados casos.

En tal sentido, la precitada disposición normativa señala que los administrados tienen derecho a ser indemnizados por las entidades como consecuencia de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que el perjuicio sea consecuencia del funcionamiento de la administración.

Asimismo, se precisa que el daño alegado debe ser efectivo, valuable económicamente e individualizado con relación a un administrado o grupo de ellos.

Pese a que al utilizar el término valuable para caracterizar al daño indemnizable pareciera eliminarse la posibilidad de indemnizar el daño moral, la ley señala claramente que puede resarcirse toda afectación de derechos de los administrados, sin señalar que éstos deban de tener, necesariamente, connotación patrimonial. Suponer lo contrario nos llevaría a absurdos como considerar que conductas que vulneren derechos constitucionalmente consagrados, como la vida o la libertad individual, no puedan ser generadoras de resarcimiento[36].

Por tanto, en caso de determine que la Administración sea responsable de la generación de daño, tiene la obligación de indemnizar al administrado o administrados que han sido perjudicados con su accionar. Cabe precisar que por la forma en que se encuentra redactado el referido artículo, se podría llegar a pensar que el administrado será indemnizado en sede administrativa. En realidad, ello es un error, ya que la indemnización solo es posible de ser otorgada

36 Ídem, p. 578.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

en vía judicial a través del respectivo proceso y luego de haber interpuesto una demanda de resarcimiento[37].

El principio general de responsabilidad se encuentra referido al hecho de que todo aquel que origine un daño a otro, se encuentra en la obligación de repararlo, pero para que esta obligación se produzca deben concurrir ciertos supuestos[38]:

(i) La existencia del daño indemnizable: afectación de efectiva de la víctima, en su persona o en sus bienes, que le genere una situación peor que la que tenía antes del acto dañoso.

(ii) La existencia de un nexo causal entre el acto supuesto agente y el daño ocasionado: se refiere a la llamada relación de causalidad.

Por otro lado, un aspecto importante sobre la responsabilidad de la Administración es que *"[p]ara que los administrados puedan hacer valer su derecho a ser indemnizados, no basta únicamente que estos manifiesten que la Administración Pública les ha ocasionado un daño o perjuicio contra alguno de sus bienes; se exige además que se pruebe que "el mismo sea real, efectivo y patrimonialmente apreciable"; así, dentro de este marco, puedan ser considerados aquellos que con certeza han de producirse a futuro y que realmente sean necesarios. Por otra parte, cuando hablamos de un daño o perjuicio ocasionado a alguno de los derechos de los administrados, debemos entender que este no se circunscribe únicamente a los aspectos físicos, sino también a los aspectos tanto morales como mentales de las personas (...).*[39]

---

37 **MARCIONELLI RODRÍGUEZ, Juan.** "De la responsabilidad de la administración pública y del personal a su servicio". *Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General* (2009). Lima: UPC, p. 470.

38 GÚZMAN, Óp. Cit., p. 562, citando a ESCOLA, Héctor José. *Compendio de Derecho Administrativo.* Buenos Aires, Depalma, 1984, págs. 1131-1132. DIEZ, Manuel María. *Derecho Admintrativo.* Buenos Aires, Plus Ultra. 1971, Tomo V, pág. 18.

39 MARCIONELLI, Óp. Cit., p. 471.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

Al respecto, se debe precisar que como el daño no se circunscribe al daño contra los bienes de la persona (natural o jurídica), sino que se extiende a los daños que perjudican aspectos más ligados a la dignidad, los daños a la buena reputación y al honor también estarían incluidos.

Con respecto del caso que se está analizando, es necesario mencionar que si bien es cierto, no se ha producido un daño a un bien específico, sí podríamos hablar de un daño patrimonial y además de un daño moral; es decir, la publicación de la sanción aplicada a LA EMPRESA, y la consecuente afectación a su imagen implica dos cosas: (i) una disminución en su clientela; y, (ii) una imagen negativa de ésta de cara a la sociedad.

Tal como se ha señalado, INDECOPI debe asumir la responsabilidad por los daños que pudiera haber generado en la esfera jurídica de los administrados. En concreto, a los derechos al honor, a la buena reputación y a la presunción de inocencia, los cuales son susceptibles de ser indemnizada por la administración.

Asimismo, sería pertinente que a nivel interno, INDECOPI desarrolle directivas a seguir para la determinación de qué información propia de los procedimientos administrativos seguidos en materia de protección al consumidor, puede ser puesta en conocimiento público y cuál sería el mecanismo a través del cual se llevaría a cabo dicha publicidad, a efectos de evitar la lesión de derechos de terceros como en el presente caso.

En igual sentido, de ser el caso, se deberá tener en cuenta que la habilitación para la publicación de dicha información, es una facultad conferida única y exclusivamente al Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor, por lo que ésta, evidentemente, tendrá un rol preponderante.

Finalmente se debe precisar que dicha directiva deberá evaluar que una resolución de primera instancia no es un acto administrativo firme y, por lo tanto, lo que en ella se exprese no constituye un pronunciamiento definitivo,

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

VI. CONCLUSIONES.-

Sobre la base de lo expuesto en el presente informe, en relación a la situación del INDECOPI en relación a la conducta adoptada respecto a la información relativa al procedimiento administrativo seguido contra LA EMPRESA, se plantean las siguientes conclusiones:

6.1. Las normas que regulan las funciones y atribuciones del INDECOPI, así como las de protección al consumidor, señalan que los procedimientos administrativos sancionadores seguidos en esta materia son públicos y que la información relativa a los mismos puede ser publicada en caso el Secretario Técnico o la Comisión de Protección al Consumidor lo determine en atención a los intereses de los consumidores afectados y siempre que con ello, no se violen secretos empresariales o comerciales.

6.2. INDECOPI se encuentra sujeto el ejercicio de las potestades que le han sido conferidas al respeto del marco normativo vigente así como de los derechos de los administrados, por lo que se encuentra obligado a alinear su conducta a los parámetros que el ordenamiento jurídico ha previsto para tales fines.

6.3. Los principios generales del procedimiento administrativo, así como los propios del procedimiento administrativo sancionador, constituyen garantías a favor del administrado, previstas por el ordenamiento jurídico a efectos de evitar que se generen conductas arbitrarias que lo perjudiquen.

6.4. La difusión de un pronunciamiento carente de la calidad de firme y que además es objeto de recurso de apelación, atenta contra el principio de presunción de licitud el cual está presente durante el trámite de todo el procedimiento sancionador hasta que exista una resolución firme que declare que la actuación del administrado no es acorde al marco legal.

6.5. El principio de razonabilidad exige que la decisión administrativa pase por un examen de costo – beneficio, es decir, que los medios a emplear guarden proporcionalidad con el fin que se pretende alcanzar. En el presente caso, la

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

medida no respeta el parámetro de proporcionalidad, toda vez que la misma no supera el test de ponderación en el sub – análisis de necesidad, ya que existen medidas menos lesiva a través de las cuáles puede obtenerse el mismo fin informativo como la aprobación de directivas internas que armonicen la aplicación del artículo 123 del Código.

6.6. El artículo 123° del Código otorga un margen de discrecionalidad a la autoridad administrativa al momento de decidir sobre la pertinencia de la difusión de la información de los procedimientos que se tramiten ante INDECOPI. No obstante ello, la discrecionalidad no se debe entender como sinónimo de arbitrariedad, toda vez que existe un margen de elección al que se sujeta la autoridad sobre la base de los límites propios de la motivación de su decisión y la observancia del principio de razonabilidad y proporcionalidad.

La inobservancia de los límites propios del ejercicio de facultades discrecionales, convierte a la actuación administrativa en ilegal e inconstitucional, toda vez que la motivación y la razonabilidad son garantías consagradas no solo en el plano legal a nivel de la LPAG sino a nivel constitucional.

6.7. INDECOPI al publicar información propia del procedimiento administrativo sancionador seguido contra LA EMPRESA, ha vulnerado el marco normativo vigente e inobservando los principios de presunción de licitud y razonabilidad que debían servir de trasfondo a su conducta.

6.8. La actuación de publicar información relativa a la sanción impuesta a LA EMPRESA, así como a los términos de la imputación que obra en contra de ésta, en circunstancias en que no existe un pronunciamiento que tenga la calidad de firme genera daños en el administrado, ya que se ha vulnerado, principalmente, mas no excluyentemente, el derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA, generando daños que eventualmente podrían ser objeto de resarcimiento en sede judicial.

6.9. La publicación del pronunciamiento de primera instancia no solo omite observar las garantías en el plano legal, sino en el plano constitucional, dado que en el

Av. Juan de Aliaga N°. 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

ordenamiento peruano, se reconoce derechos a las personas jurídicas como el honor y la buena reputación, la presunción de inocencia y el debido proceso, cuya vulneración o amenaza de vulneración eventualmente pueden ser objeto de protección mediante el proceso constitucional de amparo.

Sin otro particular, quedamos de ustedes para cualquier aclaración y/o ampliación de los términos del presente Informe.

Atentamente,

MARTIN CONSULTORES ABOGADOS S.C.R.L.
RICHARD J. MARTIN TIRADO
GERENTE GENERAL

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

459

MARTIN CONSULTORES

A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

Lima, 20 de agosto de 2014

Señores
EL PACÍFICO PERUANO – SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
Presente.-

Atención : Gerencia Legal

Asunto : Elaboración de Informe Legal en relación a la publicación efectuada por el INDECOPI en su portal web institucional, respecto a la sanción impuesta a El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. a través de la Resolución N° 501-2014/CCI.

De nuestra consideración:

Es grato dirigirnos a ustedes, con el objeto de emitir opinión legal en relación a las implicancias jurídicas de la conducta adoptada por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI al difundir públicamente los términos de la Resolución N° 501-2014/CCI, pese a que ésta no habría quedado firme en sede administrativa.

I. INTRODUCCIÓN.-

A la fecha se viene tramitando ante el INDECOPI una denuncia en contra de EL Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., (en adelante LA EMPRESA), por la presunta infracción a la normativa de protección al consumidor (Expediente N° 582-2013/CC1)

En la medida en que se ha emitido resolución en primera instancia administrativa – Resolución N° 501-2014/CCI- en el marco del referido procedimiento, y

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

encontrándose pendiente de resolución el recurso de apelación que LA EMPRESA interpuso contra la citada resolución, el pasado 10 de junio de 2014 en la sección de "Noticias y Eventos" de su portal web institucional[1], el INDECOPI publicó el artículo *"INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes"* dando cuenta de los alcances de la resolución recurrida, pese a que ésta no había quedado firme.

Luego de analizar los hechos suscitados a la luz de lo dispuesto por el ordenamiento jurídico vigente, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- Los procedimientos seguidos ante la Comisión de Protección al Consumidor tienen carácter público, por lo que se ha conferido al Secretario Técnico y a la referida Comisión, la facultad de difundir información vinculada a los mismos.

- En los términos en los que se ha conferido la facultad objeto de análisis, ésta sólo puede ser ejercida por el Secretario Técnico y/o la Comisión de Protección al Consumidor, quienes deberán sustentar su decisión en atención a los criterios previamente establecidos.

- El ejercicio de la facultad conferida a la Comisión de Protección al Consumidor y al Secretario Técnico, si bien reviste cierto margen de discrecionalidad, se encuentra sujeto a la observancia de ciertos criterios –algunos, expresamente contemplados en la disposición habilitante y otros, propios del ordenamiento jurídico-, por lo que no puede devenir en una conducta arbitraria.

- El primero de los criterios cuya observancia se exige a la Comisión de Protección al Consumidor y/o al Secretario Técnico es que la pertinencia de la difusión de la información atienda a los intereses de los consumidores afectados, lo que implica que a través de dicha acción se genere una situación de beneficio respecto de éstos últimos.

[1] Ver:
http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=828
(visto el 04 de agosto de 2014)

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

- El segundo de los criterios a observar exige que la difusión de la información no constituya violación de secreto comercial o industrial.

- Pese a que no han sido expresamente recogidos por la norma habilitante, el ejercicio de esta facultad requiere en forma adicional, que ésta se ejerza en armonía con los valores fundamentales que sustentan al ordenamiento jurídico nacional y en total y pleno respeto de los derechos de los involucrados.

- De la revisión del artículo difundido a través de la página web institucional del INDECOPI, referido al contenido de la Resolución N° 501-2014/CCI, no se evidencia que su publicación haya contado con pronunciamiento a favor por parte ni de la Comisión de Protección al Consumidor, ni del Secretario Técnico, ni mucho menos que dicha decisión cumpla con la observancia de los criterios requeridos.

- INDECOPI, al publicar el artículo *"INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes"*, ha vulnerado una serie de derechos y garantías que asistían a dicha empresa.

- En primer lugar, INDECOPI ha vulnerado el derecho a la buena reputación de LA EMPRESA, debido a que se ha hecho de conocimiento público un pronunciamiento en el que se le tiene por agente infractor a la normativa de Protección al Consumidor, pese a que el pronunciamiento de la referida Comisión podría verse sustancialmente modificado ante una eventual revocación del mismo por parte de la instancia superior.

- En segundo lugar, INDECOPI ha vulnerado el derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA, debido a que se ha hecho de conocimiento público un acto administrativo condenatorio sin que éste tenga la calidad de definitivo e incontrovertible, lo que podría generar predisposición por parte de su potencial clientela a cuestionar la idoneidad de los servicios que brinda.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

- INDECOPI ha actuado al margen de la legalidad al hacer de conocimiento público a través de su portal web institucional, información concerniente a un procedimiento administrativo que se encontraba en trámite, sin observar las premisas básicas que el ordenamiento ha establecido para la publicidad de dicha información.

II. ESQUEMA DE ANÁLISIS.-

Para un oportuno análisis del caso, el presente Informe se desarrollará en atención al siguiente esquema:

I. Introducción

II. Esquema de Análisis

III. Antecedentes

IV. Base Legal

V. Análisis del caso

5.1. Procedimiento sancionador en materia de protección al consumidor y el rol del INDECOPI.

5.2. Garantías reconocidas por el ordenamiento jurídico a favor de los administrados frente a la actuación de la administración pública.

a. Presunción de licitud

b. Razonabilidad

5.3. Límites al ejercicio de facultades discrecionales conferidas a la Administración.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

5.4. Alcances del artículo 123° del Código de Protección al Consumidor y su aplicabilidad respecto de la información difundida por INDECOPI.

a. El artículo 123° del Código de Protección al Consumidor.

b. La Resolución N° 501-2014/CC1 y las sanciones impuestas a Pacífico.

c. La inconstitucionalidad e ilegalidad de la conducta de INDECOPI.

5.5. Afectación de los Derechos de Pacífico.-

a. La Persona Jurídica como titular de derechos fundamentales

b. Los Derechos vulnerados

- La vulneración al Derecho al honor y la buena reputación de Pacífico
- La vulneración al Derecho a la presunción de inocencia de Pacífico

5.6. El proceso de amparo como mecanismo de protección de derechos fundamentales

5.7. La responsabilidad del INDECOPI por la vulneración de los derechos de Pacífico y propuestas de acción.

VI. Conclusiones

III. ANTECEDENTES.-

3.1. Con fecha 28 de agosto de 2013, el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, el Sr. Segovia o el denunciante) interpuso denuncia administrativa ante el INDECOPI contra LA EMPRESA, alegando que de acuerdo con la Ley N°

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

28770 correspondía que la denunciada, en su calidad de aseguradora, cubriera las enfermedades preexistentes, generadas y cubiertas durante la vigencia de la póliza del período inmediatamente anterior proporcionada por esta misma compañía de seguros.

3.2. Con fecha 06 de setiembre de 2013, el Sr. Segovia presentó un escrito ampliando y precisando los términos de la denuncia interpuesta.

3.3. Mediante Resolución N° 1 de fecha 16 de setiembre de 2013 y notificada a LA EMPRESA, el 02 de octubre del mismo año, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor 1 – Sede Central resolvió, entre otros aspectos:

> *"**PRIMERO:** admitir a trámite la denuncia del 29 de agosto de 2013, complementada el 06 de setiembre de 2013, interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., conforme a lo siguiente:*
>
> *(i) Por presunta infracción de los artículo 18° y 19° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.*
>
> *(ii) Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado.*
>
> *(...)"*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

3.4. Con fecha 15 de noviembre de 2013, Pacífico presentó sus descargos a la imputación formulada en su contra, señalando que ésta no tenía obligación de brindar cobertura a las enfermedades preexistentes del denunciante, debido a que el derecho de continuidad no aplica cuando el cambio de póliza opera de una EPS a un seguro de salud o viceversa, por lo que es válido tratar las enfermedades padecidas por el denunciante como enfermedades preexistentes.

Asimismo, refiere que con fecha 18 de octubre de 2013, cumplió con entregar la Póliza N° 9797782 y sus anexos, lo cual puede corroborarse al revisar el cargo de recepción de dichos documentos.

3.5. Mediante Resolución N° 501-2014/CCI de fecha 21 de mayo de 2014, notificada a LA EMPRESA el 28 de mayo de 2014, la Comisión de Protección al Consumidor N° 01 – Sede Central resolvió:

> *"**PRIMERO:** declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano – Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción a los artículo 18° y 19° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistencias enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de saludo contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS.*
>
> ***SEGUNDO:** declarar fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., por infracción al literal a) del artículo 47° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que no proporcionó al denunciante una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud.*
>
> ***TERCERO:** ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

CUARTO: *sancionar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 30 Unidades Impositivas Tributarias por la infracción a los artículo 18° y 19° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor.*

(...)

OCTAVO: *disponer la inscripción de El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. en el Registro de infracciones y sanciones del Indecopi, una vez que la resolución quede firme en sede administrativa, conforme a lo establecidos en el artículo 119° de la Ley N° 29571 – Código de Protección y Defensa del Consumidor.*

NOVENO: *informar a las partes que la presente resolución tiene vigencia desde el día de su notificación y no agota la vía administrativa. En tal sentido, se informa que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 38° del Decreto Legislativo N° 807, modificado por la Primera Disposición Complementaria Modificatoria del Código de Protección y Defensa del Consumidor, el único recurso impugnativo que puede interponerse contra lo dispuesto por este colegiado es el apelación. Cabe señalar que dicho recurso deberá ser presentado ante la Comisión en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de su notificación, caso contrario, la resolución quedará consentida."*

3.6. Con fecha 04 de julio de 2013, LA EMPRESA interpuso un recurso de apelación contra la Resolución N° 501-2014/CCI, solicitando que la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI, declare infundadas las imputaciones formuladas en su contra y, en consecuencia, revoque la resolución recurrida.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

3.7. A la fecha, el referido recurso de Apelación sigue pendiente de resolución.

IV. BASE LEGAL.-

- Constitución Política del Perú;
- Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor;
- Decreto Legislativo N° 807, que aprueba las facultades, normas y organización del INDECOPI;
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General;

V. ANÁLISIS DEL CASO.-

5.1. Procedimiento sancionador en materia de protección al consumidor y el rol del INDECOPI.-

Todo procedimiento administrativo surge con la finalidad de encausar la actividad pública a través de reglas y principios que primordialmente, se orientan a otorgar garantías a los administrados y a su vez, dotar de eficacia a la acción administrativa.

En tal sentido, es de suma importancia que los procedimientos sean mecanismos que faciliten el ejercicio de derechos sustanciales y, simultáneamente, instrumentos idóneos para asegurar la ausencia de arbitrariedad en la actuación de la Administración[2].

2 Santofimio, Jaime. Aproximaciones a los procedimientos administrativos en la Ley 1480 de 2011 "Estatuto del consumidor", y sus relaciones con la Ley 1437 fr 2011 "Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo". En: Congreso

Tal como se indica en la doctrina comparada[3], en atención a esta doble función, el procedimiento administrativo sancionador no sólo constituye una garantía esencial para los administrados que sean acusados de haber cometido una infracción administrativa, sino también, supone una garantía de acierto para la Administración en su decisión y es el cauce normal para que el administrado ejercite sus derechos ante ella. No obstante ello, se debe resaltar que en adición a lo expuesto, el procedimiento sancionador presenta un aspecto garantista, puesto que en él deben hacerse valer verdaderos derechos fundamentales del inculpado.

En este sentido, la doctrina nacional afirma:

> *"Ahora bien, en ejercicio de la facultad sancionadora de la Administración, la observancia del procedimiento administrativo legalmente establecido reviste una relevancia especial pues:*
>
> *a. Por un lado, constituye el mecanismo para la correcta determinación de los hechos que serán materia de sanción, con miras a alcanzar la verdadera finalidad del Derecho Administrativo Sancionador, esto es, castigar al infractor (fin punitivo) y a su vez, prevenir o desalentar la realización de conductas similares por parte de los administrados (fin preventivo). En efecto, una correcta determinación de los hechos a través del análisis respectivo permitirá a la Administración sancionar solo aquellas conductas infractoras y no desnaturalizar la verdadera finalidad de esta potestad.*

Internacional de Derecho Administrativo. Derecho Administrativo en el Siglo XXI. Volumen I. Adrus Editores. Lima, 2013 pp. 515 - 516

Alarcón, Lucía. "El procedimiento administrativo sancionador". En: Derecho Administrativo Sancionador. Lex Nova. Valladolid, 2010 p. 541

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

b. Por otro lado, asegura al ciudadano inculpado las garantías de defensa, pues este podría verse perjudicado por la imposición de sanciones que puedan lesionar su persona y su patrimonio."[4]

En términos generales, el procedimiento administrativo sancionador es el instrumento por medio del cual la autoridad administrativa canaliza el ejercicio de su potestad sancionadora. Estos procedimientos tienen una doble función: dotan de eficacia a la acción administrativa, ya que le imponen el cumplimiento de reglas pre-establecidas; y, posibilitan el ejercicio de los derechos de los administrados contra la Administración, neutralizando de ese modo la arbitrariedad de las decisiones de la autoridad.

Los procedimientos sancionadores en materia de defensa y protección al consumidor, constituyen un instrumento a través del cual se busca otorgar eficacia a los mandatos y prohibiciones que sobre la materia establece el ordenamiento jurídico, extendiendo la regulación del Derecho Público a actividades, prácticas y conductas que antes se encontraban íntegramente sujetas al Derecho Privado.[5]

Lo expuesto responde a que si bien los aspectos materia de análisis en dichos procedimientos se originan en el marco de relaciones entre particulares (consumidor – proveedor), éstos involucran aspectos que repercuten directamente en el interés público, por lo que la intervención de la Administración se encuentra justificada. No obstante ello, y por sus propias particularidades, la doctrina no duda en afirmar que *"[e]n estos escenarios, el legislador deberá tener especial cuidado en adaptar satisfactoriamente la aplicación del régimen público para evitar problemas de lo que podríamos denominar sobre regulación o de una sub regulación en atención a los fines de interés público que debe respetar y*

4 Tamayo, Liliana citando a Santofimio, Jaime. El procedimiento administrativo sancionador. En: Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General. UPC. Lima, 2009 pp. 443 – 444

5 Tirado, José. Función y posición del denunciante en el procedimiento administrativo sancionador: reflexiones críticas sobre el llamado trilateral – sancionador. En: Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General. UPC. Lima, 2009 pp. 617 – 619

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

asegurar el procedimiento aplicable. El papel que debe un administrado que invoque un interés legítimo en el procedimiento sancionador es uno de estos problemas."[6]

La Ley N° 29571 que aprueba el Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el Código), establece reglas para que los consumidores accedan a productos y servicios idóneos, y gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección, reduciendo la asimetría informativa, corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses.

La citada disposición normativa otorga al procedimiento administrativo sancionador un rol fundamental frente a la falta de idoneidad, calidad, riesgo injustificado u omisión o defecto de información, o cualquier otra infracción consignada en el Código y demás normas complementarias de protección al consumidor, sobre un producto o servicio determinado.

Bajo la lógica descrita, el procedimiento sancionador en materia de protección al consumidor constituye un mecanismo garantista de derechos, puesto que su finalidad es asegurar el ejercicio de los mismos por parte de los administrados frente a la Administración y contrarrestar los posibles excesos en que ésta pudiera incurrir al ejercer la potestad sancionadora que le ha sido conferida.

5.2. Garantías reconocidas por el ordenamiento jurídico a favor de los administrados frente a la actuación de la administración pública.-

De acuerdo con la Teoría General del Derecho, toda potestad administrativa se ejerce en atención al interés de la colectividad, y no debe ser instrumentalizada para alcanzar un interés particular o del propio aparato administrativo.

En este sentido, si bien a través del reconocimiento de potestad sancionadora a favor del INDECOPI, se busca castigar a los administrados por la comisión de

6 Ídem.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

conductas que lesionan determinados bienes jurídicos cuya protección es reconocida por el marco constitucional y legal vigente, también se busca alcanzar otros objetivos, tales como el fomento, respeto y cumplimiento del ordenamiento jurídico, y el desincentivo en la comisión de infracciones[7].

El procedimiento administrativo sancionador tramitado al amparo de la normativa en materia de protección al Consumidor, como todo procedimiento administrativo, se encuentra sujeto al cumplimiento de las garantías básicas propias de todo procedimiento administrativo, sobre todo a las expresamente reconocidas por el ordenamiento jurídico nacional.

Siendo ello así, se puede afirmar que el ejercicio de la potestad administrativa se rige por determinados principios cuya finalidad es proscribir la arbitrariedad de las decisiones de la Administración al momento de tipificar e imponer sanciones.

El marco general aplicable al ejercicio de las potestades conferidas a INDECOPI, se encuentra consagrado en la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General (en adelante, la LPAG), disposición que estipula un conjunto de reglas mínimas de obligatorio cumplimiento. En tal sentido, cabe advertir que si bien la potestad sancionadora conferida a INDECOPI, deviene de lo dispuesto por el marco normativo particular sobre la materia, "*[c]on la Ley 27444, no solo se normaron los aspectos generales del procedimiento administrativo sancionador, fijando el cauce por el cual deben desenvolverse las actuaciones de la Administración Pública que ejerzan la potestad sancionadora basada en sus respectivas normas sectoriales especiales, sino que también se ha incorporado «un conjunto de reglas generales sustantivas, compuestas por una relación de principios y otras instituciones válidas para la aplicación de cualquier régimen sancionador sectorial especial, es decir, consagra lo que*

7 Vergaray, Verónica y Gómez, Hugo. La potestad sancionadora y los principios del procedimiento sancionador. En: Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General. Libro Homenaje a José Alberto Bustamante. Fondo Editorial de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, 2009, p. 403

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar.
Teléf.: 620-4714/620-4715

virtualmente podría denominarse la parte general del Derecho Administrativo Sancionador».[8]

En atención a lo expuesto, todo acto administrativo emitido por INDECOPI se encuentra sometido a la observancia de los principios generales del procedimiento administrativo regulados en el artículo IV del Título Preliminar de la LPAG.

Asimismo, cabe señalar que en el caso concreto de los procedimientos administrativos a través de los cuales INDECOPI ejerce su potestad sancionadora, éstos se encuentran sometidos al cumplimiento de los principios que rigen el ejercicio de dicha potestad y que se hallan recogidos en el artículo 230°[9] de la LPAG, disposición que reconoce la plena vigencia en éste campo de los principios generales de procedimiento administrativo.

---

8 Zegarra, Diego citando a Alarcón, Lucía. La resolución en el procedimiento administrativo sancionador y el derecho a la defensa. En: La Ley del Procedimiento Administrativo General. Diez años después. PUCP. Lima, 2011 p. 339

9 **Artículo 230.- Principios de la potestad sancionadora administrativa**
La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:
1. Legalidad.- Sólo por norma con rango de ley cabe atribuir a las entidades la potestad sancionadora y la consiguiente previsión de las consecuencias administrativas que a título de sanción son posibles de aplicar a un administrado, las que en ningún caso habilitarán a disponer la privación de libertad.
2. Debido procedimiento.- Las entidades aplicarán sanciones sujetándose al procedimiento establecido respetando las garantías del debido proceso.
3. Razonabilidad.- Las autoridades deben prever que la comisión de la conducta sancionable no resulte más ventajosa para el infractor que cumplir las normas infringidas o asumir la sanción. Sin embargo, las sanciones a ser aplicadas deberán ser proporcionales al incumplimiento calificado como infracción, debiendo observar los siguientes criterios que en orden de prelación se señalan a efectos de su graduación:
a) La gravedad del daño al interés público y/o bien jurídico protegido;
b) El perjuicio económico causado;
c) La repetición y/o continuidad en la comisión de la infracción;
d) Las circunstancias de la comisión de la infracción;
e) El beneficio ilegalmente obtenido; y
f) La existencia o no de intencionalidad en la conducta del infractor."
4. Tipicidad.- Sólo constituyen conductas sancionables administrativamente las infracciones previstas expresamente en normas con rango de ley mediante su tipificación

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

En este orden de ideas y acorde a lo dispuesto en el artículo 229°[10] de la LPAG, las disposiciones contenidas en el Capítulo II de dicha norma, relativas al

---

como tales, sin admitir interpretación extensiva o analogía. Las disposiciones reglamentarias de desarrollo pueden especificar o graduar aquellas dirigidas a identificar las conductas o determinar sanciones, sin constituir nuevas conductas sancionables a las previstas legalmente, salvo los casos en que la ley permita tipificar por vía reglamentaria.

5. Irretroactividad.- Son aplicables las disposiciones sancionadoras vigentes en el momento de incurrir el administrado en la conducta a sancionar, salvo que las posteriores le sean más favorables.

6. Concurso de infracciones.- Cuando una misma conducta califique como más de una infracción se aplicará la sanción prevista para la infracción de mayor gravedad, sin perjuicio que puedan exigirse las demás responsabilidades que establezcan las leyes.

7. Continuación de infracciones.- Para determinar la procedencia de la imposición de sanciones por infracciones en las que el administrado incurra en forma continua, se requiere que hayan transcurrido por lo menos treinta (30) días hábiles desde la fecha de la imposición de la última sanción y que se acredite haber solicitado al administrado que demuestre haber cesado la infracción dentro de dicho plazo.

Las entidades, bajo sanción de nulidad, no podrán atribuir el supuesto de continuidad y/o la imposición de la sanción respectiva, en los siguientes casos:

a) Cuando se encuentre en trámite un recurso administrativo interpuesto dentro del plazo contra el acto administrativo mediante el cual se impuso la última sanción administrativa.

b) Cuando el recurso administrativo interpuesto no hubiera recaído en acto administrativo firme.

c) Cuando la conducta que determinó la imposición de la sanción administrativa original haya perdido el carácter de infracción administrativa por modificación en el ordenamiento, sin perjuicio de la aplicación de principio de irretroactividad a que se refiere el inciso 5."

8. Causalidad.- La responsabilidad debe recaer en quien realiza la conducta omisiva o activa constitutiva de infracción sancionable.

9. Presunción de licitud.- Las entidades deben presumir que los administrados han actuado apegados a sus deberes mientras no cuenten con evidencia en contrario.

10. Non bis in idem.- No se podrán imponer sucesiva o simultáneamente una pena y una sanción administrativa por el mismo hecho en los casos en que se aprecie la identidad del sujeto, hecho y fundamento.

Dicha prohibición se extiende también a las sanciones administrativas, salvo la concurrencia del supuesto de continuación de infracciones a que se refiere el inciso 7.

10 **Artículo 229.- Ámbito de aplicación**

229.1 Las disposiciones del presente Capítulo disciplinan la facultad que se atribuye a cualquiera de las entidades para establecer infracciones administrativas y las consecuentes sanciones a los administrados.

229.2 Las disposiciones contenidas en el presente Capítulo se aplican con carácter supletorio a los procedimientos establecidos en leyes especiales, las que deberán observar necesariamente los principios de la potestad sancionadora administrativa a que se refiere

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Procedimiento Administrativo Sancionador (PAS), se aplican de forma supletoria respecto de aquellos ámbitos que cuenten con leyes especiales, como es el caso concreto de los procedimientos sujetos a la normativa de protección al consumidor.

A pesar de lo que disponga la normativa especial, los principios de la potestad sancionadora enunciados en el artículo 230° de la LPAG, así como la estructura y garantías previstas para el procedimiento administrativo sancionador, son de observancia obligatoria por lo que se debe entender que el artículo 229° de la LPAG, consagra una prohibición al legislador de desnaturalizar o negar los principios recogidos en el referido texto normativo, toda vez que la supletoriedad de éste no habilita al legislador a estructurar procedimientos sancionadores con garantías menores a las consignadas en la LPAG.

Lo expuesto ha sido expresamente reconocido en el artículo 106°[11] del Código de Protección y Defensa del Consumidor, que señala que en los procedimientos sancionadores a cargo de INDECOPI se aplica de forma supletoria la LPAG.

---

el artículo 230, así como la estructura y garantías previstas para el procedimiento administrativo sancionador.
Los procedimientos especiales no podrán imponer condiciones menos favorables a los administrados, que las previstas en este Capítulo
229.3 La potestad sancionadora disciplinaria sobre el personal de las entidades se rige por la normativa sobre la materia.

[11] **Artículo 106.- Procedimientos a cargo del Indecopi**
El Indecopi tiene a su cargo los siguientes procedimientos:
a. Procedimientos sancionadores:
(i) Por infracción a las normas de protección al consumidor.
(ii) Por incumplimiento de acuerdo conciliatorio o de laudo arbitral.
(iii) Procedimiento administrativo sancionador por:
1. Proporcionar información falsa u ocultar, destruir o alterar información o cualquier libro, registro o documento que haya sido requerido durante la tramitación de un procedimiento.
2. Negativa injustificada a cumplir un requerimiento de información efectuado.
3. Denuncia maliciosa.
b. Procedimientos sancionadores por incumplimiento de mandatos:
(i) Por incumplimiento de medidas correctivas.
(ii) Por incumplimiento de pago de costas y costos del procedimiento.
(iii) Por incumplimiento de mandato cautelar.
c. Procedimiento de liquidación de costas y costos del procedimiento

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Tomando en cuenta lo señalado en los párrafos precedentes, a continuación se desarrollarán algunos de los principios cuya observancia deviene en ineludible para el ejercicio de las potestades conferidas a INDECOPI y que en el caso concreto, han sido dejados de lado por dicha entidad al hacer de público conocimiento, información propia del procedimientos seguido contra LA EMPRESA, sin que se haya emitido un pronunciamiento administrativo firme sobre el particular.

a. Presunción de licitud.-

En atención a lo dispuesto por el principio de presunción de licitud, regulado en el numeral 9 del artículo 230° de la LPAG, las entidades deben presumir que los administrados han actuado apegados a sus deberes mientras que no se tenga evidencia de lo contrario. En tal sentido, en el plano del Derecho Administrativo, este principio se constituye como una expresión del principio de presunción de inocencia del Derecho Penal, cuyo respaldo Constitucional se encuentra en el literal e) inciso 20) del artículo 2 de la Constitución.

La aplicación de este principio genera una inversión de la carga de la prueba a favor del administrado. En consecuencia, la Administración tiene el deber de acreditar los hechos que se imputan como infracción mediante el despliegue de una auténtica actividad probatoria.[12] Por tal razón, el administrado mantiene su condición de inocente hasta que no se demuestre lo contrario, esto es, hasta que no exista una resolución administrativa firme que declare o lo señale como culpable.[13]

De manera supletoria, en todo lo no previsto en el presente Código y en las disposiciones especiales, es aplicable a los procedimientos administrativos anteriormente señalados, la Ley núm. 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

12 Pedreschi, Willy. Análisis sobre la potestad sancionadora de la administración pública y el procedimiento administrativo sancionador. En: Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444. Ara Editores. Lima: 2003. p. 540

13 Morón, Juan Carlos (2014) Op. Cit. pp. 784 – 786

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

En el presente caso, a través de la publicación de la noticia relativa a la sanción impuesta a LA EMPRESA, en su página web institucional, INDECOPI emitió un pronunciamiento respecto de un acto administrativo que no tiene carácter definitivo. Dicha información ha trascendido a través de diversos medios de comunicación, generando una conciencia colectiva relativa a la certeza de información que es incorrecta.

La actitud de INDECOPI no ha tomado en cuenta que en atención al contenido del principio de licitud, sólo se podía emitir pronunciamiento como institución una vez que hubiere quedado firme la sanción impuesta, toda vez que este principio, cuyo sustento es el derecho constitucional a la presunción de inocencia y que despliega sus efectos durante la tramitación de todo el procedimiento, reviste particular protagonismo en la medida en que las actuaciones de los administrados se presumen acorde al marco legal y constitucional vigente en tanto no exista un pronunciamiento incontrovertible que señale lo contrario.

b. Razonabilidad.-

El principio de razonabilidad despliega sus efectos en todo el ordenamiento jurídico, por lo que no sólo repercute en la tramitación de los procedimientos administrativos en general, sino también, y de manera muy particular, en los procedimientos administrativos sancionadores.

El principio de razonabilidad se encuentra expresamente regulado en el último párrafo del artículo 200° de la Constitución, por lo que se erige como una garantía de valoración en la decisión final que emitan las autoridades.

El ordenamiento jurídico interno ha equiparado el principio de razonabilidad con el de proporcionalidad, confiriendo a ambos protagonismo en momentos distintos de la toma de decisión. En este orden de ideas, la proporcionalidad

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

alude a realizar un juicio en la etapa de formación de la decisión, lo que la doctrina califica como el sometimiento al test de proporcionalidad que se efectúa al analizar si la decisión cumple con los requisitos de: idoneidad, necesidad y proporcionalidad, en estricto[14]. En contraste, la razonabilidad alude a un análisis que se formula una vez emitida la decisión final.

Sin perjuicio de lo expuesto, cabe indicar que la valoración de proporcionalidad y razonabilidad es secuencial, por lo que sólo si una decisión ha superado durante su formación el test de proporcionalidad, podrá ser razonable.

En esta línea se expresa el Tribunal Constitucional[15] el cual ha señalado que:

> *"Si bien la doctrina suele hacer distinciones entre el principio de proporcionalidad y el principio de razonabilidad, como estrategias para resolver conflictos de principios constitucionales y orientar al juzgador hacia una decisión que no sea arbitraria sino justa; puede establecerse, prima facie, una similitud entre ambos principios, en la medida que una decisión que se adopta en el marco de convergencia de dos principios constitucionales, cuando no respeta el principio de proporcionalidad, no será razonable. En este sentido, el principio de razonabilidad parece sugerir una valoración respecto del resultado del razonamiento del juzgador expresado en su decisión, mientras que el procedimiento para llegar a este resultado sería la aplicación del principio de proporcionalidad con sus tres subprincipios: de adecuación, de necesidad y de proporcionalidad en sentido estricto o ponderación.*
> *(...)*

---

14 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 1767-2007-PA/TC fundamento jurídico N° 13.

15 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente. N.° 2192-2004-AA /TC fundamento jurídico N° 15

Av. Juan de Aliaga N° 265 - Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

En relación al Test de Proporcionalidad, corresponde señalar: (i) El juicio de idoneidad ordena que la medida interventora sea eficaz para lograr el fin constitucionalmente válido; (ii) el juicio de necesidad señala que la medida debe ser la menos lesiva de derechos; y, (iii) el juicio de proporcionalidad, en estricto, exige que el beneficio a obtener por medio de la aplicación se la medida interventora sea mayor al sacrificio resultante de la afectación del derecho.

La proporcionalidad en sede administrativa, se predica respecto de todas las decisiones de la Administración, toda vez que este examen constituye una garantía de interdicción de la arbitrariedad en las decisiones administrativas, reconociendo un amplio ámbito de aplicación del principio de razonabilidad o proporcionalidad.

En este sentido, el Tribunal Constitucional ha señalado que:

> *"17. En efecto, es en el seno de la actuación de la Administración donde el principio de proporcionalidad cobra especial relevancia, debido a los márgenes de discreción con que inevitablemente actúa la Administración para atender las demandas de una sociedad en constante cambio, pero también, debido a la presencia de cláusulas generales e indeterminadas como el interés general o el bien común, que deben ser compatibilizados con otras cláusulas o principios igualmente abiertos a la interpretación, como son los derechos fundamentales o la propia dignidad de las personas. Como bien nos recuerda López González[1], "En la tensión permanente entre Poder y Libertad que protagoniza el desenvolvimiento del Derecho Público y por ello también el del Derecho Administrativo, el Estado de Derecho a través de la consagración que formula el principio de legalidad y de la garantía y protección de los derechos fundamentales, exige un uso jurídico proporcionado del poder, a fin de satisfacer los intereses generales con la menos e indispensable restricción de las libertades".*

Av. Juan de Aliaga N° 265 - Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

En este orden de ideas, el numeral 1.4 del artículo IV del Título Preliminar de la LPAG, establece que el principio de razonabilidad implica que las decisiones de la autoridad administrativa, cuando crean obligaciones, califican infracciones, imponen sanciones, o establecen restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y manteniendo la debida proporción entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido. Por tanto, el principio de proporcionalidad es una pauta rectora de observancia obligatoria en todo procedimiento administrativo, que exige que exista una debida proporción entre los medios a emplear y los fines que se busca alcanzar.

Es importante señalar, que la potestad de la Administración debe ejercerse en un marco de razonabilidad y proporcionalidad. Por ello, el Tribunal Constitucional, en la sentencia recaída en el Expediente N° 0090-2004-AA/TC[16] ha señalado que:

> *12. El requisito de razonabilidad excluye la arbitrariedad. La idea que confiere sentido a la exigencia de razonabilidad es la búsqueda de la solución justa de cada caso. Por lo tanto, según lo expone Fernando Sainz Moreno (vide supra), "una decisión arbitraria, contraria a la razón (entendiendo que en un sistema de derecho positivo la razonabilidad de una solución está determinada por las normas y principios que lo integra, y no sólo por principios de pura razón), es esencialmente antijurídica".*
> *(...)*

Uno de los aspectos inherente a las potestades conferidas al INDECOPI en materia de protección al consumidor, se vincula con el rol que esta institución asume respecto al fomento, respeto y cumplimiento del ordenamiento jurídico, y el desincentivo en la comisión de infracciones sobre la materia. Si bien la

16 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente recaída en el Expediente N° 0090-2004-AA/TC fundamento jurídico N° 12

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

publicación de los pronunciamientos emitidos por INDECOPI devienen en una medida viable para cumplir con los fines señalados -sobre todo si a través de ello se busca proteger los intereses de los consumidores afectados-, se entiende que la publicación de los alcances de la Resolución N° 501-2014/CCI no es razonable, en la medida que no supera los tres planos de análisis propios del principio de razonabilidad o proporcionalidad.

El principio de razonabilidad exige que para que una decisión adoptada por una entidad pública sea razonable, debe superar el test de proporcionalidad, evitando así que se genere una conducta arbitraria por parte de la Administración, es decir, se debe haber superado el filtro de idoneidad, necesidad y proporcionalidad, siendo que si la decisión no resiste el análisis en uno de éstos, no cabe llevar el análisis a una siguiente la etapa.

Luego de someter la decisión de INDECOPI relativa a la publicación de la información propia del procedimiento administrativo sancionador seguido contra LA EMPRESA, se ha llegado a la conclusión que ésta ha sido adoptada al margen de la observancia del principio materia de análisis, ya que no constituye una medida necesaria.

Estando a lo dispuesto por el test de necesidad, la medida adoptada debe ser la menos gravosa para los derechos de los administrados, por lo que la difusión de una resolución en la que se sindica a un agente económico como infractor a la normativa de protección del consumidor, que no es firme y que por tanto, es susceptible de variación, no califica como la decisión menos lesiva a los derechos de LA EMPRESA, toda vez que a efectos de cumplir con las funciones encomendadas a INDECOPI -tales como informar a los consumidores sobre las infracciones en las contrataciones de seguros-, pudo emplearse otras medidas menos lesivas, tales como: (i) la publicación de un boletín didáctico sobre la aplicación de la normativa de protección al consumidor en materia de; (ii) la publicación de una nota de prensa que desarrolle los alcances de la infracción cometida si necesidad de aterrizar en el caso concreto de Pacífico; por citar algunas de las alternativas de acción susceptibles de adopción por parte de la referida entidad

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Por tanto, al no superar el requisito de necesidad, la conducta de INDECOPI ha sido efectuada en contra del principio materia de análisis, deviniendo en contraria al ordenamiento jurídico vigente.

En atención a lo señalado en los párrafos precedentes, es posible concluir que la conducta de INDECOPI contraviene las garantías que en aplicación del principio de presunción de inocencia y de razonabilidad, el ordenamiento jurídico reconoce a favor de agentes económicos como LA EMPRESA, por lo que ésta deviene en ilegal.

5.3. Límites al ejercicio de facultades discrecionales conferidas a la Administración.-

La discrecionalidad constituye una herramienta dispuesta por el ordenamiento jurídico, en virtud de la cual, los funcionarios o servidores de la Administración Pública, en los procedimientos no reglados, e incluso en los reglados (como el procedimiento administrativo sancionador), mantienen un margen de libertad al momento de adoptar una decisión.

La doctrina define a la discrecionalidad administrativa como "*la libertad conferida por ley a la administración para que esta escoja entre varias alternativas de actuación jurídicamente admisibles. Tal libertad puede referirse a la escogencia entre el actuar o no dentro de los límites jurídicos aplicables (discrecionalidad creativa), pudiendo dichas manifestaciones de la facultad discrecional acumularse en una misma.*"[17]

[17] Pando Vilchez, Jorge. La discrecionalidad administrativa ¿Oportunidad de corrupción? ¿Posibilidad de eliminación? En: Congreso Internacional de Derecho Administrativo. Derecho Administrativo en el Siglo XXI. Volumen I. Adrus Editores. Lima, 2013 pp. 664

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

La discrecionalidad de la Administración no es un mero planteamiento teórico, ya que muy por el contrario, la utilidad de la misma ha sido reconocida por el Tribunal Constitucional[18] al afirmar que:

> *"8. La actividad estatal se rige por el principio de legalidad, el cual admite la existencia de los actos reglados y los actos no reglados o discrecionales.*
>
> *Respecto a los actos no reglados o discrecionales, los entes administrativos gozan de libertad para decidir sobre un asunto concreto dado que la ley, en sentido lato, no determina lo que deben hacer o, en su defecto, cómo deben hacerlo.*
>
> *En puridad, se trata de una herramienta jurídica destinada a que el ente administrativo pueda realizar una gestión concordante con las necesidades de cada momento."*

La discrecionalidad administrativa es un criterio de flexibilidad que permite atender las demandas de interés público de los administrados en función al momento y contexto en que éstas se presentan. La razón de ser que justifica su existencia, es ajena a los intereses particulares de los funcionarios o servidores, de los administrados, y de la propia Administración, ya que la atención a los pedidos formulados tiene como directriz el resguardo del interés público.

No obstante lo señalado, puede afirmarse que la discrecionalidad de la Administración, en cierto modo, atenta contra el principio de seguridad jurídica y genera desigualdad; el detrimento de ambos principios se compensa al generarse un mayor grado de justicia y una adecuada aplicación del derecho al caso concreto, puesto que el análisis de cada caso en particular revela que entre varios de éstos, existen diferencias que justifican una protección del derecho particular.[19]

---

[18] Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 00090-2004-AA, fundamento jurídico N° 8.
[19] Ídem p. 667 Pando Vilchez citando a Rebelo de Sousa.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

En este sentido, la discrecionalidad se justifica por la existencia misma del Estado de Derecho, que requiera determinar la actuación de la administración en función a los elementos de oportunidad, conveniencia, necesidad o utilidad; amén de las valoraciones técnicas que concurren en una gran parte de sus actuaciones[20].

Sin perjuicio de lo expuesto, se debe tener presente que la discrecionalidad que se le concede a la Administración no es sinónimo de arbitrariedad, por el contrario, el hecho que exista un margen de elección otorgado al funcionario o servidor público al momento de adoptar decisiones, conlleva a que esta herramienta deba utilizarse con observancia a un conjunto de reglas y principios que fungen como garantía de interdicción de la arbitrariedad.

De acuerdo a los criterios señalados, la LPAG prevé una serie de principios y reglas en diversas disposiciones aplicables tanto para el procedimiento administrativo general, como para los procedimientos administrativos especiales -entre los que se encuentra el procedimiento sancionador-, que funcionan como límites a la actuación de la Administración -por ejemplo: los principios del procedimiento administrativo general consagrados en el artículo IV de la LPAG, los principios del procedimiento administrativo sancionador contenidos en el artículo 230° de la LPAG, entre otras disposiciones-.

En concordancia con lo hasta ahora expuesto y siguiendo lo planteado por el Tribunal Constitucional en la Sentencia N° 00090-2004-AA, existen tres grados de discrecionalidad:

- **Discrecionalidad mayor** → este grado de discrecionalidad otorga a la autoridad administrativa un margen de decisión que no está limitado por concepto jurídico alguno, es decir, se

20 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 00090-2004-AA, fundamento jurídico N° 9.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

concede competencias no regladas, razón por la cual, la autoridad goza de una plena libertad de elección. No obstante, este tipo de discrecionalidad esa sujeta al control político y, residualmente, al control jurisdiccional, en cuanto a la corroboración de su existencia institucional o legal, su extensión espacial y material, tiempo de ejercicio permitido, forma de manifestación jurídica y cumplimiento de las formalidades procesales.

- **Discrecionalidad intermedia** → este grado de discrecionalidad otorga a la autoridad **administrativa** un margen de decisión sujeto a consistencia lógica y a la coherencia con un concepto jurídico indeterminado de contenido y extensión.

- **Discrecionalidad menor** → este grado de discrecionalidad otorga a la autoridad administrativa un margen de decisión sujeto a la elección entre algunas de las variables predeterminadas por la ley.

Sobre la base de la premisa general que la discrecionalidad no implica arbitrariedad, y atendiendo al grado de discrecionalidad que se le otorga a la autoridad administrativa, los límites a la misma son los siguientes[21]:

21 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 00090-2004-AA, fundamento jurídico N° 9.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

(i) Para los supuestos de **discrecionalidad mayor**, el control se efectúa en la motivación de la decisión, corroborando en ella el tiempo de ejercicio permitido, la extensión espacial y material, así como la forma de manifestación jurídica constitucional o legal de dicha prerrogativa de la libre decisión y el cumplimiento de las formalidades procesales;

(ii) Para los supuestos de **discrecionalidad intermedia y menor,** adicionalmente a la motivación, fungen como límites a la discrecionalidad los principios de razonabilidad y proporcionalidad.

Por tanto, se encuentra prohibido que en el marco del ejercicio de competencias discrecionales se generen actitudes que denoten arbitrariedad, siendo la motivación un elemento que permite evidenciar que el acto no constituya una mera expresión de voluntad de la autoridad administrativa; es decir, que la decisión adoptada se sustente en razones que no son contrarias a la realidad, y que dicha decisión necesariamente deba tener consistencia lógica y coherencia.

En el presente caso, la conducta del INDECOPI se ampararía en la aplicación del artículo 123° del Código de Protección al Consumidor, el mismo que a la letra señala lo siguiente.

> ***Artículo 123.- Recopilación de información por la autoridad***
> *(...)*
>
> ***Los procedimientos seguidos ante el Indecopi tienen carácter público.*** *En esa medida, el* ***Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi*** *se encuentran facultados* ***para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados*** *y no constituya violación de secretos comerciales o industriales.*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Tal como se puede advertir, la citada disposición normativa ha concedido al Secretario Técnico y a la Comisión, en su calidad de autoridad administrativa, la facultad discrecional de decidir sobre la pertinencia de la difusión de información propia de los procedimientos tramitados ante INDECOPI, confiriéndole a los mismos un carácter público,. No obstante lo señalado, el ejercicio de dicha competencia se sujeta a la observancia de dos aspectos fundamentales: que la publicación de dicha información sea propicia en atención a los intereses de los consumidores afectados y que no constituya violación de secretos comerciales o industriales.

Tomando en cuenta las particularidades del caso, la difusión de la información divulgada por el INDECOPI no cumple con el requisito de ser pertinente en atención a **los intereses de los consumidores afectados**, sino todo lo contrario, ya que en los términos en los que ha sido expuesta dicha información al escrutinio de la opinión pública, se puede generar una falsa percepción de la realidad, distorsionando la imagen de LA EMPRESA como proveedor de servicios frente a su potencial clientela.

Estando a lo expuesto por el Tribunal Constitucional, el mismo que afirma que la motivación de decisiones administrativas constituye un mecanismo que permite advertir la posible arbitrariedad en éstas, se considera oportuno señalar que en el caso materia de análisis, no se advierte la existencia de acto administrativo alguno que dé cuenta de las razones que justifiquen la difusión del pronunciamiento de primera instancia emitido por la Comisión, por lo que al carecer de motivación alguna, se evidencia la ilegalidad e inconstitucionalidad de la que adolece dicha conducta adopta, máxime si se toma en cuenta que la motivación se presenta como uno de los aspectos intrínsecamente vinculados al derecho constitucional al debido proceso consagrado en el artículo 139° de nuestra Carta Magna.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

De acuerdo a lo señalado por el Tribunal Constitucional[22], los límites al ejercicio de las facultades discrecionales conferidas a la administración lo constituye, entre otros aspectos, la observancia de los principios de razonabilidad y proporcionalidad, los que como se expuso en el literal b) del apartado 5.2. del presente informe, al irradiar sus efectos a todo el ordenamiento jurídico se constituyen, en el marco de todo Estado de Derecho, como un criterio rector en toda decisión administrativa, en virtud del cual se exige evaluar que los medios a emplear guarden proporcionalidad con los fines que se busca alcanzar a través de ésta.

La conducta de INDECOPI al difundir información propia de un procedimiento que aún no cuenta con un pronunciamiento final por encontrarse pendiente de resolución un recurso de apelación, no supera el test de proporcionalidad y, por tanto, no se sujeta a la observancia de dicho principio, ya que de un análisis de los hechos resulta evidente que existen medios menos lesivos para salvaguardar los intereses de los consumidores afectados -tales como: la aprobación de directivas respecto a la normativa de protección al consumidor específicamente aplicable al caso de los servicios de seguros y reaseguros; elaboración, publicación y difusión de lineamientos de conducta de las empresas proveedoras de servicios de seguros y reaseguros; o, publicación y difusión de notas de prensa en las que en base a supuestos hipotéticos, se informe a los consumidores sobre las potenciales vulneraciones a sus derechos al contratar este tipo de servicios a efectos que conozcan los mecanismos a los que pueden acudir para salvaguardarlos-, a los que INDECOPI podría haber recurrido válidamente para la consecución de los fines que le han sido encomendados.

Si bien es cierto que la discrecionalidad es una herramienta propia del Estado de Derecho que permite dar una atención oportuna a las demandas de los administrados en resguardo del interés público, también lo es que el ejercicio de competencias discrecionales no es irrestricto, sino que se sujeta a los límites de motivación, razonabilidad y proporcionalidad. En atención a ello, la conducta de

22 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 2192-2004-AA /TC, fundamento jurídico N° 15

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

INDECOPI, habría omitido dichos límites al hacer de conocimiento público -sin existir acto alguno que sustente tal decisión- información respecto de un procedimiento administrativo que no cuenta con pronunciamiento firme.

5.4. Alcances del artículo 123° del Código de Protección al Consumidor y su aplicabilidad respecto de la información difundida por INDECOPI.-

En forma complementaria a lo expuesto en los numerales precedentes, corresponde señalar que pese a que la normativa ha dispuesto que los procedimientos administrativos que se siguen ante el INDECOPI tiene carácter público, y tal como se desarrollará a continuación, el alcance de la publicidad a la que estos se sujetan está sometida, en adición a los aspectos previamente analizados, a la observancia de una serie de parámetros sobre los cuales se emitirá pronunciamiento en las siguientes líneas:

a. El artículo 123° del Código de Protección al Consumidor.-

El artículo bajo comentario establece expresamente:

> ***Artículo 123.- Recopilación de información por la autoridad***
>
> *El Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi están facultados para reunir información relativa a las características y condiciones de los productos o servicios que se expenden en el mercado, con el objeto de informar al consumidor para permitirle tomar una adecuada decisión de consumo.*
>
> *Los procedimientos seguidos ante el Indecopi tienen carácter público. En esa medida, el Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi se encuentran facultados para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y no constituya violación de secretos comerciales o industriales.*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Esta misma postura es asumida por el Decreto Legislativo N° 807, en su artículo 50°, cuando se señala que:

> *Artículo 50.- El Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor están facultados para reunir información relativa a las características y condiciones de los productos o servicios que se expenden en el mercado, con el objeto de informar al consumidor para permitirle tomar una adecuada decisión de consumo. La información que se ofrezca tendrá el carácter de una opinión y generará responsabilidad en caso de que la misma haya sido emitida de manera maliciosa.*
>
> *Los procedimientos seguidos ante la Comisión de Protección al Consumidor tienen carácter público. En esa medida, el Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor se encuentran facultados para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y no constituya violación de secretos comerciales o industriales.*

En tal sentido, los procedimientos seguidos ante el INDECOPI en materia de Protección al Consumidor tienen carácter público, por lo que la normativa ha otorgado facultades al Secretario Técnico y a la Comisión de Protección al Consumidor del INDECOPI, para que de considerarlo pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y en caso no se violen secretos comerciales o industriales, dispongan la difusión de información vinculada a los mismos.

Si bien nos encontramos ante una facultad que hasta cierto punto se puede calificar como discrecional, el ejercicio de la misma se encuentra sujeta a la observancia de una serie de parámetros tales como:

(iii) Que la información a difundir sea propia de un procedimiento administrativo en materia de Protección al Consumidor, por lo que evidentemente, ni el Secretario Técnico, ni la Comisión de Protección al

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Consumidor podrán hacer de conocimiento público información relativo a procedimientos sobre materias distintas.

(iv) Que, la finalidad detrás de la publicación de dicha información sea la salvaguarda del interés de los consumidores afectados, es decir, que a través de dicho acto se puede garantizar el respeto de los intereses de los consumidores.

(v) Que, la difusión de la información relativa al procedimiento no implique la violación de secretos comerciales o industriales, por lo que la información que se haga de conocimiento público no debe tener carácter confidencial ni ser objeto de particular tutela por parte del ordenamiento jurídico.

La observancia de estos criterios deberá ser puesta de manifiesto por el órgano que determine la pertinencia de publicar dicha información, motivando en atención a éstos la decisión adoptada.

Sin perjuicio de lo expuesto, se debe precisar que la facultad materia de análisis, en los términos en los que expresamente ha dispuesto la normativa invocada, ha sido directamente conferida al Secretario Técnico y a la Comisión de Protección al Consumidor, por lo que son los únicos órganos del INDECOPI que se encuentran habilitados para hacer de público conocimiento la información propia a la tramitación de un procedimiento.

b. La Resolución N° 501-2014/CC1 y las sanciones impuestas a Pacífico Seguros.-

Tal como se ha advertido en los antecedentes del caso, a través de la Resolución N° 501-2014/CC1, la Comisión emitió pronunciamiento de primera instancia administrativa respecto a las imputaciones formuladas en contra de LA EMPRESA.

De acuerdo a lo dispuesto en el numeral octavo de la parte resolutiva del referido acto administrativo, se evidencia que lo expuesto es implícitamente

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

reconocido por la Comisión, la que condiciona el registro de la sanción impuesta a LA EMPRESA, a que ésta Resolución adquiera la condición de firme.

MORÓN URBINA[23] indica que el acto administrativo firme es aquel que ya no puede ser impugnado por las vías ordinarias de recurso administrativo o contencioso administrativo, al haberse extinguido los plazos fugaces para ejercer el derecho de contradicción; en este sentido, precisa que:

> *"Vencidos estos plazos, sin presentar recursos o habiéndolos presentado en forma incorrecta sin subsanarlos, el administrado queda sujeto a estos actos, sin poder alegar petitorios, reclamaciones o instrumentos procesales análogos. Se distingue del acto no firme, que es aquel que aún puede ser cuestionado en cualquiera de las dos vías. La firmeza es un carácter del acto frente a los administrados que están sujetos a él, pero no para la Administración que siempre mantiene la posibilidad de revisarlo vía anulación de oficio, revocación o corrección de errores materiales.*
>
> *La firmeza de los actos administrativos es una característica propia de los actos administrativos expresos, por lo que el no acto o presunción de acto denegatorio nunca puede considerarse como firme. El no ejercicio del recurso inmediato contra el silencio administrativo no implica que el acto tácito pueda alcanzar firmeza, pues como se esclareció en su oportunidad el administrado tendrá siempre la oportunidad para presentarlo en cualquier momento".*

En tal sentido, se entiende que una resolución firme es aquella que pone término definitivo a la instancia administrativa y respecto de la que no cabe la interposición de recurso administrativo alguno.

---

[23] **MORÓN URBINA, Juan Carlos.** "El nuevo régimen de los actos administrativos en la Ley N° 27444". *Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General* (2003). Segunda parte. Lima: ARA Editores, pp. 159-160.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Lo expuesto determina que en tanto una resolución administrativa no queda firme, el contenido de la misma no es definitivo. Por ello, es que luego de resueltos los eventuales cuestionamientos que se formulen respecto de la misma, es posible que ésta sea objeto de diversas variaciones.

En consecuencia, se debe considerar que habiéndose interpuesto un recurso de apelación contra la Resolución N° 501-2014/CC1 y encontrándose el mismo pendiente de resolución, no es posible considerar que el pronunciamiento de la Comisión ni las sanciones impuestas a LA EMPRESA, sean definitivas, toda vez que existe la posibilidad que en segunda instancia, la Sala del Tribunal de Protección del Consumidor tome conocimiento del caso, y revoque dicha decisión. toda vez que no nos encontramos ante un acto administrativo firme.

c. La probable inconstitucionalidad e ilegalidad de la conducta de INDECOPI.-

Tal como se ha venido señalando, la publicidad de la información vinculada al caso materia de análisis, debe someterse a una serie de parámetros, los que en el presente procedimiento no han sido observados.

En primer lugar, se ha podido apreciar que la publicación efectuada en la página web institucional del INDECOPI no indica en ningún momento al órgano que ha habilitado su publicación, por lo que tomando en cuenta la estructura interna de esta entidad, aparentemente habría sido publicada en atención a la decisión de un órgano distinto al Secretario Técnico o a la Comisión de Protección al Consumidor, que son los órganos a los que se les ha conferido dicha facultad.

Asimismo, al no existir pronunciamiento que habilite a la publicación de dicha información, tampoco se ha logrado determinar en qué medida éste se ajusta a los criterios básicos para su publicación, sobre todo a efectos de determinar

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

en qué medida esta actitud podría repercutir en los intereses de los consumidores afectados.

En adición a los criterios expuestos, cabe identificar un conjunto de infracciones al ordenamiento jurídico que devienen de la vulneración a los derechos de titularidad de LA EMPRESA, y que a continuación se analizaran

5.5. Afectación de los Derechos de LA EMPRESA.-

Uno de los aspectos más cuestionables respecto a la conducta adoptada por parte del INDECOPI, lo constituye la repercusión que ésta ha tenido sobre los derechos de titularidad de LA EMPRESA.

En el presente numeral, se procederá al análisis de legalidad de la conducta de dicha entidad.

a. La Persona Jurídica como titular de derechos fundamentales.-

La posibilidad de contar con un procedimiento reglado para el ejercicio de la potestad sancionadora, es una garantía que repercute en dos sentidos ya que, mientras por un lado, el procedimiento administrativo sancionador sirve como cauce para que la Administración ejercite su potestad sancionadora y en ese orden, podamos contar con pautas predeterminadas que contribuyan a que la Administración pueda estandarizar su actuación y dotar de predictibilidad a sus decisiones, por el otro, sirve como una garantía para que los administrados ejerciten sus derechos frente a la Administración.

En rigor, todo procedimiento administrativo sancionador busca proteger los derechos y garantías de los administrados, siendo perfectamente aceptable que la calidad de administrado imputado no solo se predica respecto de personas naturales, sino también personas jurídicas, máxime si se toma en cuenta que ambas son potenciales agentes infractores a la normativa vigente.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Richard Martin Tirado
Socio Principal

En la actualidad, existe un pleno reconocimiento de la persona jurídica como titular de determinados derechos. En este sentido, se pronuncia el Tribunal Constitucional al corroborar el reconocimiento de derechos fundamentales a favor de las personas jurídicas, sobre la premisa que en última instancia las personas jurídicas se crean por el ejercicio del derecho de asociación de las personas naturales consagrado en el numeral 17) del artículo 2° de la Constitución:

> *"7. (...) aun cuando resulte evidente que la Constitución se refiere preferentemente a la persona humana (como también y, por extensión, al concebido), ello no significa que los derechos sólo puedan encontrarse subjetivamente vinculados con aquella, considerada stricto sensu de modo individual. Es evidente que la existencia y permisibilidad jurídica, de lo que se ha venido en denominar personas jurídicas o morales, plantea, por de pronto, y en la lógica de dirimir controversias como la presente, la necesidad de precisar el estatus jurídico de estas últimas en relación con los derechos fundamentales.*
>
> *8. Este Colegiado, sin entrar a definir lo que son las personas jurídicas en el sentido en que las concibe el ordenamiento infraconstitucional, parte de la constatación que su presencia, en la casi totalidad de oportunidades, responde al ejercicio de un derecho atribuible a toda persona natural. Se trata, en efecto, y específicamente hablando, del derecho de participar en forma individual o asociada en la vida política, económica, social y cultural de la nación, tal cual se proclama en el inciso 17 del artículo 2 de la Constitución. A juicio de este Tribunal, toda persona jurídica, salvo situaciones excepcionales, se constituye como una organización de personas naturales que persiguen uno o varios fines, pero que, para efectos de la personería que las justifica en el mundo de las relaciones jurídicas, adopta una individualidad propia; esto es, la forma de un ente que opera como centro de imputación de obligaciones, pero también, y con igual relevancia, de derechos.*

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

9. En la lógica de que toda persona jurídica tiene o retiene para sí un conjunto de derechos, encuentra un primer fundamento la posibilidad de que aquellos de carácter fundamental les resulten aplicables. En el plano constitucional, por otra parte, existen a juicio de este Colegiado dos criterios esenciales que permiten justificar dicha premisa: a) la necesidad de garantizar el antes citado derecho a la participación de toda persona en forma individual o asociada en la vida de la nación, y b) la necesidad de que el principio del Estado democrático de derecho e, incluso, el de dignidad de la persona, permitan considerar un derecho al reconocimiento y tutela jurídica en el orden constitucional de las personas jurídicas. "[24]

Una lectura pausada de la jurisprudencia citada, nos indica que el reconocimiento de derechos fundamentales a la persona jurídica no se trata de un mero planteamiento teórico, sino que por el contrario, responde a una exigencia y necesidad actual.

En los términos expuestos, las personas jurídicas cuentan con aquellos derechos fundamentales que les sean aplicables tales como el derecho al debido proceso -en el marco de los procesos judiciales o procedimientos administrativos-, el derecho a la libertad de contratar, entre otros.

Por ello, corresponde afirmar que LA EMPRESA en su calidad de persona jurídica, cuenta con una serie de derechos fundamentales que le son aplicables y que por ende, son perfectamente pasibles de ser objetos de violación de los mismos.

b. Los Derechos vulnerados.-

Una vez determinada la calidad de titular de derechos por parte de LA EMPRESA, a continuación se procederá al análisis de algunos derechos de

24 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 04072-2009-PA/TC, fundamentos jurídicos N° 7, 8 y 9.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

dicha organización, que han sido afectados como consecuencia de la conducta de INDECOPI, así como los términos en los que se ha dado dicha afectación:

- **La vulneración al Derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA.-**

El derecho al honor y la buena reputación se encuentra regulado en el artículo 2°, numeral 2.7, de la Constitución Política del Perú[25]. Este derecho implica que las personas tienen la facultad de mantener una imagen respetable ante la sociedad.

Al respecto, el Tribunal Constitucional ha expresado lo siguiente:

> *4. El artículo 2.7 de la Constitución reconoce el derecho de toda persona al honor y a la buena reputación. Si bien la Norma Fundamental prefiere adscribirse a una postura fáctica del honor (reconocimiento de honor interno y de honor externo, entendido este último como buena reputación), lo que en el fondo está admitiendo es la existencia de un derecho único al honor, tal como lo ha hecho también el artículo 37°, inciso 8), del Código Procesal Constitucional. En este marco, se puede considerar que el honor, sobre la base de la dignidad humana, es la capacidad de aparecer ante los demás en condiciones de semejanza, lo que permite la participación en los sistemas sociales y corresponde ser establecido por la persona en su libre determinación. Esto viene a significar que para que haya rectificación debe haberse producido previamente un ataque injustificado al derecho fundamental al honor.*

[25] **Artículo 2°.-** Toda persona tiene derecho a:
(...)
7. Al honor y a la buena reputación, a la intimidad personal y familiar así como a la voz y a la imagen propias.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

> *5. En ese sentido el honor forma parte de la imagen del ser humano, insita en la dignidad de la que se encuentra investida, garantizando el ámbito de libertad de una persona respecto de sus atributos más característicos, propios e inmediatos. Este derecho forma parte del elenco de derechos fundamentales protegidos por el inciso 7) del artículo 2° de la Constitución Política, y está estrechamente vinculado con la dignidad de la persona; su objeto es proteger a su titular contra el escarnecimiento o la humillación, ante sí o ante los demás, incluso frente al ejercicio arbitrario de las libertades de expresión o información, puesto que la información que se comunique, en ningún caso, puede resultar injuriosa o despectiva.*[26]

En función de lo expresado, el honor forma parte de la dignidad humana, la cual es protegida por el ordenamiento jurídico por ser un derecho fundamental.

Este derecho no es un derecho exclusivo de las personas naturales, sino también de las personas jurídicas, pues tal como lo ha señalado el Tribunal Constitucional:

> *16. En ese sentido, debe tenerse presente que el honor es un derecho único que engloba también la buena reputación, reconocida constitucionalmente. Así lo ha postulado también el Código Procesal Constitucional, que deja de mencionar la buena reputación. Y si bien tiene una base en la dignidad humana y, por lo tanto, se cuestionaría su reconocimiento a favor de la persona jurídica, el honor se ha entendido como "(...) la capacidad de aparecer ante los demás en condiciones de semejanza, lo que permite la participación en los sistemas sociales y corresponde ser establecido por la persona en su libre determinación (...)". Protege a su titular contra el escarnecimiento o la humillación, ante sí o ante los demás, incluso frente al ejercicio arbitrario de las libertades comunicativas, al*

[26] Sentencia recaída en el Exp. N° 02756-2011-PA/TC.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

significar un ataque injustificado a su contenido. Forma parte de la imagen humana (quizás por ello el equívoco de incluir en la demanda el cuestionamiento a la imagen).

17. A partir de los conceptos vertidos, este Colegiado retoma el tema relativo a la inclusión de la protección del honor a favor de las personas jurídicas. Es cierto que en jurisprudencia tal reconocimiento existe, pero se hace relacionándolo con la buena reputación; incluso es imposible desligar la dignidad humana de la protección del honor. Entonces, ¿cómo así una persona jurídica como la demandante puede tener derecho al honor? El honor, como concepto único, también es aplicable a las personas jurídicas. Si su capacidad para interactuar en la sociedad se ve mellada, debe originarse la defensa del honor.[27]

Estando a lo expuesto, se puede concluir:

(i) El derecho a la buena reputación constituye una de las manifestaciones propias del derecho al honor. En tal sentido, se puede decir que se trata de las dos caras de una misma moneda, ya que ambos se complementan.

(ii) El derecho al honor y a la buena reputación son derechos de todas las personas, naturales y/o jurídicas. Su vinculación con la dignidad humana no enerva que deba observarse en las relaciones de las personas jurídicas con sus semejantes, perjudicándola en su capacidad para interactuar en la sociedad.

El derecho en mención, está regulado a nivel constitucional como derecho fundamental y debe ser respetado en todos los ámbitos del ordenamiento;

[27] Sentencia recaída en el Exp. N° 04072-2009-PA/TC

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

es decir, debe buscarse mantener una *buena imagen*[28] de las personas ante la sociedad, tal como señala el Tribunal Constitucional.

En el presente caso, resulta evidente que la publicación efectuada en el portal web institucional del INDECOPI (en la que se atribuye a LA EMPRESA la condición de infractor a la normativa de protección al consumidor al no cumplir con las obligaciones que en calidad de aseguradora de salud), ha sido prematura y ajena a la verdad, pues dicho pronunciamiento ha sido objeto de apelación. La situación descrita, configura la vulneración al derecho al honor y a la buena reputación de LA EMPRESA, pues pone en tela de juicio la imagen de sí misma que ésta ha construido a lo largo de los años vinculada al cumplimiento de ciertos estándares de calidad y de compromiso en la prestación de los servicios a su cargo.

En principio, se debe resaltar que el simple hecho que la noticia haya sido publicada en el portal web institucional de dicha entidad, genera una sensación de certeza incontrovertible respecto de quien accede a ella, ya que no tiene sentido atribuir la comisión de una infracción públicamente a una persona si esta situación no es definitiva.

Asimismo, se debe precisar que la naturaleza de la infracción imputada a LA EMPRESA, repercute directamente en su ámbito de desempeño empresarial, ya que siendo una organización encargada de brindar servicio de seguros, al hacerse de público conocimiento que ésta se ha negado "injustificadamente" a cumplir los términos de la cobertura de una póliza, se está cuestionando la calidad de su servicio, así como la lealtad de ésta

[28] "(...) el derecho a la imagen involucra la tutela básicamente de *"(...) la imagen del ser humano, derivada de la dignidad de la que se encuentra investido (...)"*, es decir, es el *"(...) ámbito de libertad de una persona respecto de sus atributos más característicos, propios e inmediatos, como son la imagen física, la voz o el nombre; cualidades definitorias, inherentes e irreductibles de toda persona"*". Sentencia recaída en el Exp. N° 04072-2009-PA/TC.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

organización con respecto de sus clientes, quienes en el futuro la tomaran como una empresa poco seria y nada confiable. .

Si bien INDECOPI se encuentra habilitado a hacer de público conocimiento la información propia de los procedimientos efectuados al amparo de la normativa de protección al consumidor –sin perjuicio de las demás irregularidades advertidas respecto de la publicación de dicha información, en el presente caso-, este tipo de medidas se deben adoptar tomando en cuenta, más allá de los límites que impone la normativa y los derechos de las personas involucradas, pues se podría estar afectando, como en el presente caso, el núcleo duro de los mismos, generando incluso daños irreparables a la persona.

- **La vulneración al Derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA.-**

El derecho a la presunción de inocencia, al igual que el derecho al honor y la buena reputación, se encuentra regulado en nuestra Carta Magna. En concreto, en el artículo 2°, numeral 2.24, literal e,, se señala que toda persona se considerará inocente hasta que se demuestre lo contrario[29].

Por su particular relevancia, la presunción de inocencia ha sido reconocida, ya sea en calidad de derecho o de principio, en diversos cuerpos normativos tales como:

a) Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículo 11.-

[29] **Artículo 2.-** Toda personas tiene derecho a:
(...)
24. A la libertad y a la seguridad personales. En consecuencia:
(...)
e. Toda persona es considerada inocente mientras no se haya declarado judicialmente su responsabilidad.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

1. *Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa. (...).*

b) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 14°.-
(...)
2. *Toda persona acusada de un delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley.*

c) Convención Americana sobre Derechos Humanos

Artículo 8°.-
(...)
3. *"(...) la Corte ha afirmado que en el principio de presunción de inocencia subyace el propósito de las garantías judiciales, al afirmar la idea de que una persona es inocente hasta que su culpabilidad es demostrada"*

Todas las normas plasmadas coinciden en que para calificar a una persona como culpable tiene que haberse probado que efectivamente lo es. Evidentemente, dicha afirmación deberá derivarse de la tramitación de un procedimiento a través del cual se le haya permitido ejercer oportunamente su derecho a la contradicción, a la defensa, a la doble instancia, entre otros, propios de derecho al debido procedimiento; y sólo será posible tomarlo como culpable en tanto no haya opción a cuestionamiento sobre la decisión que lo declara como tal.

El Tribunal Constitucional en diversa jurisprudencia, se ha pronunciado sobre este derecho señalando:

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

"6. En cuanto a su contenido, se ha considerado que el derecho a la presunción de inocencia (cf. STC 0618-2005-PHC/TC, fundamento 22) comprende: "(...) el principio de libre valoración de la prueba en el proceso penal que corresponde actuar a los Jueces y Tribunales; que la sentencia condenatoria se fundamente en auténticos hechos de prueba, y que la actividad probatoria sea suficiente para generar en el Tribunal la evidencia de la existencia no sólo del hecho punible, sino también la responsabilidad penal que en él tuvo el acusado y así desvirtuar la presunción".

7. No obstante el desarrollo del derecho fundamental a la presunción de inocencia, es pertinente sentar algunas precisiones adicionales a efectos de una cabal comprensión y tutela del derecho en mención. En primer lugar, se quiere decir que, como todo derecho fundamental, el derecho a la presunción de inocencia tiene un doble carácter. Esto es, que no solamente es un derecho subjetivo, sino también una institución objetiva, dado que comporta determinados valores inherentes al ordenamiento constitucional.

8. En segundo lugar, el derecho fundamental a la presunción de inocencia no es un derecho absoluto, sino relativo. De ahí que, en nuestro ordenamiento, se admitan determinadas medidas cautelares personales –como la detención preventiva o detención provisional–, sin que ello signifique su afectación, "(...) porque tales medidas sirven precisamente para esclarecer el hecho reprochado y por ello son imprescindibles para llevar a cabo un procedimiento penal orientado en principios propios de un Estado de derecho"; siempre, claro está, que tales medidas sean dictadas bajo criterios de razonabilidad y proporcionalidad. Parte de esa relatividad del derecho a la presunción de inocencia se vincula también con que dicho derecho incorpora una presunción iuris tantum y no una presunción absoluta; de lo cual se deriva, como lógica consecuencia, que la presunción de

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

inocencia puede ser desvirtuada o destruida mediante una mínima actividad probatoria.[30]

GÓMEZ TOMILLO, al pronunciarse sobre los alcances del derecho a la presunción de inocencia refiere que *"sería inimaginable que en Derecho Penal se sostuviera una presunción (aunque fuera iuris tantum) de dolo o, alternativamente, de culpa en el reo. El Derecho administrativo sancionador, que, como reiteramos una vez más, comparte idéntica naturaleza que el Derecho penal, debe aceptar el mismo criterio"*[31]. Por tanto, compete señalar que éste derecho y, por tanto, la presunción de inocencia opera incluso en el ámbito administrativo sancionador, por lo que, si no se ha demostrado de manera fehaciente la culpabilidad de una persona (natural o jurídica) no se le puede sindicar como agente infractor.

Aplicando este aspecto en el caso concreto, al no haber un pronunciamiento firme por parte de INDECOPI que determine la calidad de infractor a la normativa de protección al consumidor de LA EMPRESA, el hacer de público conocimiento la existencia de información en la que se le sindica como tal, se estaría vulnerando de manera flagrante el derecho a la presunción de inocencia, adicionando éste aspecto como determinante de la ilegalidad de la conducta de INDECOPI, a las demás analizadas en el presente caso.

5.6. El proceso de amparo como mecanismo de protección de derechos fundamentales.-

Con la finalidad de garantizar la primacía de la Constitución y la vigencia efectiva de los derechos constitucionales, el ordenamiento peruano ha previsto una serie de procesos de garantías constitucionales, tales como el hábeas corpus, amparo,

---

30 Sentencia recaída en el Exp. N° 01768-2009-PA/TC.

31 **GÓMEZ TOMILLO, Manuel.** *Derecho Administrativo Sancionador. Parte General. Teoría general y práctica del Derecho Penal Administrativo* (2008). Navarra: Aranzandi, p. 628.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Telef.: 620-4714/620-4715

hábeas data, cumplimiento, inconstitucionalidad, acción popular y los conflictos de competencia.

De los procesos mencionados, el proceso de amparo tiene como finalidad proteger los derechos constitucionales -salvo aquellos que se protejan por medio de los procesos de Habeas Corpus, Hábeas Data y de Cumplimiento-, frente a violaciones o amenazas de violación de los derechos constitucionales por acción u omisión de actos de cumplimiento obligatorio efectuado por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona.

En este sentido, el proceso de amparo se concibe como una Garantía Constitucional[32], cuya finalidad esencial radica en la protección de los derechos fundamentales frente a violaciones actuales o amenazas inminentes de su trasgresión[33], precisándose que en este últimos supuestos, se debe tratar de una amenaza cierta y de inminente realización.

De acuerdo con el artículo 200.2° de la Constitución, el Amparo procede: "*contra el hecho u omisión, por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona que vulnera o amenaza los derechos fundamentales, distintos de los que protegen el hábeas corpus y el hábeas data. (...) no procede contra normas legales ni contra resoluciones judiciales emanadas de un procedimiento regular.*" [34] Asimismo, entre las medidas que puede adoptar el juez en el marco de dicho proceso se encuentran: i) la reposición de las cosas al estado anterior a la violación o amenaza de violación de un derecho constitucional; o, ii) la disposición de cumplimiento de un mandato legal o de un acto administrativo.

---

32 CHIRINOS SOTO, Enrique y CHIRINOS SOTO, Francisco. *Constitución de 1993, lectura y comentario*. Lima: Nerman, 1994, pp. 435-438

33 LANDA ARROYO, César. "El amparo en el nuevo Código Procesal Constitucional Peruano". en Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM: www.juridicas.unam.mx

34 LANDA ARROYO, César. Tribunal Constitucional y Estado democrático. Lima: Palestra, 2ª ed., 2003, pp. 201.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Cabe indicar que si luego de presentada la demanda cesara la agresión o amenaza por decisión voluntaria del agresor, o si ella deviene en irreparable, el Juez, atendiendo al agravio producido, declarará fundada la demanda precisando los alcances de su decisión, disponiendo que el emplazado no vuelva a incurrir en las acciones u omisiones que motivaron la interposición de la demanda, y que si procediere de modo contrario se le aplicarán las medidas coercitivas previstas en el artículo 22° del Código Procesal Constitucional, sin perjuicio de la responsabilidad penal que corresponda.

De acuerdo a lo expuesto en los numerales anteriores, la difusión del pronunciamiento de primera instancia en la página web del INDECOPI, constituye la vulneración de los siguientes derechos constitucionales:

Derecho	Constitución
Derecho al honor y la buena reputación	Artículo 2°, numeral 7
Presunción de inocencia	Artículo 2°, numeral 20, literal e
Derecho al debido proceso	Artículo 139°

De conformidad con lo expuesto en el literal a) del punto 5 del presente informe, el ordenamiento peruano reconoce la capacidad de LA EMPRESA, para ser titular de determinados derechos constitucionales, pese a su condición de persona jurídica, toda vez que según lo expresado por el Tribunal Constitucional en la Sentencia recaída en el Expediente 04072-2009-PA/TC, la generación de personas jurídicas en el contexto actual constituye una manifestación del ejercicio del derecho a la libertad de asociación de las personas naturales reconocido en el numeral 17, del artículo 2° del texto constitucional.

Sobre la base de lo señalado, a continuación se efectuará un breve resumen de los argumentos que sustentan la vulneración de los derechos constitucionales de LA EMPRESA, que se han visto vulnerados con el proceder de INDECOPI y que han sido consignados en el cuadro precedente:

- **La vulneración al derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA.-**

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Acorde con lo expuesto en el primer punto del literal b) del numeral 5.5. del presente informe, el derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA, ha sido vulnerado como consecuencia de la difusión de un pronunciamiento que no tiene la calidad de firme, perjudicando a la referida organización en su capacidad para participar en calidad de agente económico en el mercado de provisión de servicios de seguros y reaseguros.

El pronunciamiento de primera instancia cuyo contenido ha sido puesto en conocimiento de la opinión pública por parte de INDECOPI, ha sido cuestionado por medio de un recurso de apelación interpuesto por LA EMPRESA, por lo que la difusión del mismo conlleva a una seria afectación a la imagen de dicha organización, toda vez que pone en tela de juicio la fiabilidad de los servicios que brinda, sobre la base de un acto que al no tener la naturaleza de firme, no puede generar certeza sobre la realización de la conducta que se le imputa.

- **La vulneración al derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA.-**

En el segundo punto del literal b) del numeral 5.5. del presente informe, se ha afirmado que el derecho a la presunción de inocencia de LA EMPRESA se ha visto vulnerado como consecuencia directa de la conducta de INDECOPI, la que a su vez denota una total inobservancia del principio de presunción de licitud previsto en el numeral 9 del artículo 230° de la LPAG, aplicable a todo procedimiento administrativo sancionador.

En rigor, la presunción de licitud despliega sus efectos durante todo el trámite del procedimiento sancionador, y sólo puede ser desestimada una vez se haya podido contar con un pronunciamiento firme que desacredite la legalidad de la actuación del administrado, suceso que en el presente caso no ha acontecido.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

Por tanto, la vulneración al derecho de presunción de inocencia de LA EMPRESA, se configura toda vez que se difundió un pronunciamiento pendiente de discusión en la vía administrativa, omitiéndose que dicha condición determinar que respecto de dicho agente económico opere aún la presunción de licitud, en tanto a la fecha no existe pronunciamiento administrativo firme que la haya desvirtuado.

- **La vulneración al derecho al debido proceso de LA EMPRESA.-**

Según el pronunciamiento del Tribunal Constitucional recaído en el Expediente N° 00156-2012-HC/TC, el debido proceso consagrado en el artículo 139° de la Constitución, constituye un derecho y garantía que no solo se presenta en el ámbito judicial, sino en todo contexto donde materialmente se realice función jurisdiccional, por lo que su aplicación en sede administrativa deviene en incuestionable.

Respecto al procedimiento sancionador, el debido proceso se encuentra consagrado a través del principio del debido procedimiento estipulado en numeral 2 del artículo 230° de la LPAG.

En el presente caso, la vulneración al derecho al debido proceso de LA EMPRESA se sustenta en las siguientes razones:

(i) El artículo 123° del Código de Protección y Defensa del Consumidor otorga una facultad discrecional al Secretario Técnico o a la Comisión para decidir sobre la pertinencia de la difusión de la información de los procedimientos que se tramitan ante INDECOPI. Dicha facultad, pese a la discrecionalidad que confiere a dicha entidad en su actuar, no debe ejercerse de manera arbitraria. No obstante, pese a que la motivación es un medio que permite apreciar si la decisión administrativa adolece o no de arbitrariedad, en el presente caso no existe acto administrativo alguno en el que consten las razones que justifiquen la decisión de

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

INDECOPI, vulnerándose el derecho a la debida motivación de las resoluciones que es integrante del derecho constitucional al debido proceso.

(ii) La decisión adoptada por INDECOPI, no supera el principio de proporcionalidad y razonabilidad -cuyo sustento se encuentra en el último párrafo del artículo 200° de la Constitución y que se encuentra consagrado en el numeral 3 del artículo 230° de la LPAG-, toda vez que para que ésta sea razonable, debe superar el test de proporcionalidad y de acuerdo con lo analizado en el literal b del punto 5.2 del presente informe, existen medidas menos lesivas con las que podría obtenerse la misma finalidad de información a los consumidores tales como: aprobación de lineamientos internos, incluso la publicación en la web de la entidad sin que sea necesario identificar a la empresa, entre otras medidas.

Por tanto, tomando en cuenta que la conducta de INDECOPI atenta contra los derechos constitucionales de derecho al honor y buena reputación, presunción de inocencia y debido proceso de LA EMPRESA, es perfectamente factible que esta acuda a la vía del proceso de amparo como mecanismo de salvaguarda de sus derechos.

5.7. La responsabilidad del INDECOPI por la vulneración de los derechos de LA EMPRESA y propuestas de acción.-

La doctrina señala que la responsabilidad proviene de un acto que genera obligaciones determinadas por parte de una persona o entidad como consecuencia de la generación de un daño en contra de otra u otras[35]. La Administración no está exenta de responsabilidad, lo que es posible de aseverar

35 **GUZMÁN NAPURÍ, Christian.** "La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública". *Comentarios a la Ley del Procedimiento Administrativo General.* Segunda parte (2003). Lima: ARA Editores, p. 562.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

estando a lo dispuesto en el artículo 238° de la LPAG, en el que se reconoce el derecho de los administrados a recibir una indemnización en determinados casos.

En tal sentido, la precitada disposición normativa señala que los administrados tienen derecho a ser indemnizados por las entidades como consecuencia de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que el perjuicio sea consecuencia del funcionamiento de la administración.

Asimismo, se precisa que el daño alegado debe ser efectivo, valuable económicamente e individualizado con relación a un administrado o grupo de ellos.

Pese a que al utilizar el término valuable para caracterizar al daño indemnizable pareciera eliminarse la posibilidad de indemnizar el daño moral, la ley señala claramente que puede resarcirse toda afectación de derechos de los administrados, sin señalar que éstos deban de tener, necesariamente, connotación patrimonial. Suponer lo contrario nos llevaría a absurdos como considerar que conductas que vulneren derechos constitucionalmente consagrados, como la vida o la libertad individual, no puedan ser generadoras de resarcimiento[36].

Por tanto, en caso de determine que la Administración sea responsable de la generación de daño, tiene la obligación de indemnizar al administrado o administrados que han sido perjudicados con su accionar. Cabe precisar que por la forma en que se encuentra redactado el referido artículo, se podría llegar a pensar que el administrado será indemnizado en sede administrativa. En realidad, ello es un error, ya que la indemnización solo es posible de ser otorgada

[36] Ídem, p. 578.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

en vía judicial a través del respectivo proceso y luego de haber interpuesto una demanda de resarcimiento[37].

El principio general de responsabilidad se encuentra referido al hecho de que todo aquel que origine un daño a otro, se encuentra en la obligación de repararlo, pero para que esta obligación se produzca deben concurrir ciertos supuestos[38]:

(i) La existencia del daño indemnizable: afectación de efectiva de la víctima, en su persona o en sus bienes, que le genere una situación peor que la que tenía antes del acto dañoso.

(ii) La existencia de un nexo causal entre el acto supuesto agente y el daño ocasionado: se refiere a la llamada relación de causalidad.

Por otro lado, un aspecto importante sobre la responsabilidad de la Administración es que *"[p]ara que los administrados puedan hacer valer su derecho a ser indemnizados, no basta únicamente que estos manifiesten que la Administración Pública les ha ocasionado un daño o perjuicio contra alguno de sus bienes; se exige además que se pruebe que "el mismo sea real, efectivo y patrimonialmente apreciable"; así, dentro de este marco, puedan ser considerados aquellos que con certeza han de producirse a futuro y que realmente sean necesarios. Por otra parte, cuando hablamos de un daño o perjuicio ocasionado a alguno de los derechos de los administrados, debemos entender que este no se circunscribe únicamente a los aspectos físicos, sino también a los aspectos tanto morales como mentales de las personas (...).*[39]

---

37 **MARCIONELLI RODRÍGUEZ, Juan.** "De la responsabilidad de la administración pública y del personal a su servicio". *Sobre la Ley del Procedimiento Administrativo General* (2009). Lima: UPC, p. 470.

38 GÚZMAN, Óp. Cit., p. 562, citando a ESCOLA, Héctor José. *Compendio de Derecho Administrativo.* Buenos Aires, Depalma, 1984, págs. 1131-1132. DIEZ, Manuel María. *Derecho Admintrativo.* Buenos Aires, Plus Ultra. 1971, Tomo V, pág. 18.

39 MARCIONELLI, Óp. Cit., p. 471.

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

MARTIN CONSULTORES
A B O G A D O S

Richard Martin Tirado
Socio Principal

Al respecto, se debe precisar que como el daño no se circunscribe al daño contra los bienes de la persona (natural o jurídica), sino que se extiende a los daños que perjudican aspectos más ligados a la dignidad, los daños a la buena reputación y al honor también estarían incluidos.

Con respecto del caso que se está analizando, es necesario mencionar que si bien es cierto, no se ha producido un daño a un bien específico, sí podríamos hablar de un daño patrimonial y además de un daño moral; es decir, la publicación de la sanción aplicada a LA EMPRESA, y la consecuente afectación a su imagen implica dos cosas: (i) una disminución en su clientela; y, (ii) una imagen negativa de ésta de cara a la sociedad.

Tal como se ha señalado, INDECOPI debe asumir la responsabilidad por los daños que pudiera haber generado en la esfera jurídica de los administrados. En concreto, a los derechos al honor, a la buena reputación y a la presunción de inocencia, los cuales son susceptibles de ser indemnizada por la administración.

Asimismo, sería pertinente que a nivel interno, INDECOPI desarrolle directivas a seguir para la determinación de qué información propia de los procedimientos administrativos seguidos en materia de protección al consumidor, puede ser puesta en conocimiento público y cuál sería el mecanismo a través del cual se llevaría a cabo dicha publicidad, a efectos de evitar la lesión de derechos de terceros como en el presente caso.

En igual sentido, de ser el caso, se deberá tener en cuenta que la habilitación para la publicación de dicha información, es una facultad conferida única y exclusivamente al Secretario Técnico y la Comisión de Protección al Consumidor, por lo que ésta, evidentemente, tendrá un rol preponderante.

Finalmente se debe precisar que dicha directiva deberá evaluar que una resolución de primera instancia no es un acto administrativo firme y, por lo tanto, lo que en ella se exprese no constituye un pronunciamiento definitivo,

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

VI. CONCLUSIONES.-

Sobre la base de lo expuesto en el presente informe, en relación a la situación del INDECOPI en relación a la conducta adoptada respecto a la información relativa al procedimiento administrativo seguido contra LA EMPRESA, se plantean las siguientes conclusiones:

6.1. Las normas que regulan las funciones y atribuciones del INDECOPI, así como las de protección al consumidor, señalan que los procedimientos administrativos sancionadores seguidos en esta materia son públicos y que la información relativa a los mismos puede ser publicada en caso el Secretario Técnico o la Comisión de Protección al Consumidor lo determine en atención a los intereses de los consumidores afectados y siempre que con ello, no se violen secretos empresariales o comerciales.

6.2. INDECOPI se encuentra sujeto el ejercicio de las potestades que le han sido conferidas al respeto del marco normativo vigente así como de los derechos de los administrados, por lo que se encuentra obligado a alinear su conducta a los parámetros que el ordenamiento jurídico ha previsto para tales fines.

6.3. Los principios generales del procedimiento administrativo, así como los propios del procedimiento administrativo sancionador, constituyen garantías a favor del administrado, previstas por el ordenamiento jurídico a efectos de evitar que se generen conductas arbitrarias que lo perjudiquen.

6.4. La difusión de un pronunciamiento carente de la calidad de firme y que además es objeto de recurso de apelación, atenta contra el principio de presunción de licitud el cual está presente durante el trámite de todo el procedimiento sancionador hasta que exista una resolución firme que declare que la actuación del administrado no es acorde al marco legal.

6.5. El principio de razonabilidad exige que la decisión administrativa pase por un examen de costo – beneficio, es decir, que los medios a emplear guarden proporcionalidad con el fin que se pretende alcanzar. En el presente caso, la

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

medida no respeta el parámetro de proporcionalidad, toda vez que la misma no supera el test de ponderación en el sub – análisis de necesidad, ya que existen medidas menos lesiva a través de las cuáles puede obtenerse el mismo fin informativo como la aprobación de directivas internas que armonicen la aplicación del artículo 123 del Código.

6.6. El artículo 123° del Código otorga un margen de discrecionalidad a la autoridad administrativa al momento de decidir sobre la pertinencia de la difusión de la información de los procedimientos que se tramiten ante INDECOPI. No obstante ello, la discrecionalidad no se debe entender como sinónimo de arbitrariedad, toda vez que existe un margen de elección al que se sujeta la autoridad sobre la base de los límites propios de la motivación de su decisión y la observancia del principio de razonabilidad y proporcionalidad.

La inobservancia de los límites propios del ejercicio de facultades discrecionales, convierte a la actuación administrativa en ilegal e inconstitucional, toda vez que la motivación y la razonabilidad son garantías consagradas no solo en el plano legal a nivel de la LPAG sino a nivel constitucional.

6.7. INDECOPI al publicar información propia del procedimiento administrativo sancionador seguido contra LA EMPRESA, ha vulnerado el marco normativo vigente e inobservando los principios de presunción de licitud y razonabilidad que debían servir de trasfondo a su conducta.

6.8. La actuación de publicar información relativa a la sanción impuesta a LA EMPRESA, así como a los términos de la imputación que obra en contra de ésta, en circunstancias en que no existe un pronunciamiento que tenga la calidad de firme genera daños en el administrado, ya que se ha vulnerado, principalmente, mas no excluyentemente, el derecho al honor y la buena reputación de LA EMPRESA, generando daños que eventualmente podrían ser objeto de resarcimiento en sede judicial.

6.9. La publicación del pronunciamiento de primera instancia no solo omite observar las garantías en el plano legal, sino en el plano constitucional, dado que en el

ordenamiento peruano, se reconoce derechos a las personas jurídicas como el honor y la buena reputación, la presunción de inocencia y el debido proceso, cuya vulneración o amenaza de vulneración eventualmente pueden ser objeto de protección mediante el proceso constitucional de amparo.

Sin otro particular, quedamos de ustedes para cualquier aclaración y/o ampliación de los términos del presente Informe.

Atentamente,

MARTIN CONSULTORES ABOGADOS S.C.R.L.
RICHARD J. MARTIN TIRADO
GERENTE GENERAL

Av. Juan de Aliaga N° 265 – Magdalena del Mar
Teléf.: 620-4714/620-4715

ANEXO 8 - D

ESTUDIO ECHECOPAR

ASOCIADO A BAKER & MCKENZIE INTERNATIONAL

Estudio Echecopar

Av. De la Floresta 497
Piso 5 San Borja
Lima 41
Peru

Tel: +51 1 618 8500
Fax: +51 1 372 7171 / 372 7374
www.echecopar.com.pe

483

Asia Pacífico
Bangkok
Hanói
Ho Chi Minh
Hong Kong
Kuala Lumpur*
Manila*
Melbourne
Pekín
Seúl
Shanghai
Sidney
Singapur
Taipéi
Tokio
Yakarta*

Europa, Medio Oriente y África
Abu Dabi
Almaty
Amberes
Ámsterdam
Bakú
Barcelona
Baréin
Berlín
Bruselas
Budapest
Casablanca
Doha
Dubai
Dusseldorf
El Cairo
Estambul
Estocolmo
Fráncfort
Ginebra
Johannesburgo
Kiev
Londres
Luxemburgo
Madrid
Milán
Moscú
Múnich
París
Praga
Riad
Roma
S. Petersburgo
Varsovia
Viena
Zúrich

Latinoamérica
Bogotá
Brasilia*
Buenos Aires
Caracas
Guadalajara
Juárez
Lima
México, D.F.
Monterrey
Porto Alegre*
Río de Janeiro*
Santiago
Sao Paulo*
Tijuana
Valencia

Norteamérica
Chicago
Dallas
Houston
Miami
Nueva York
Palo Alto
San Francisco
Toronto
Washington, D.C.

* Firma Asociada

Lima, 15 de julio de 2014

Señores
EL PACÍFICO PERUANO-SUIZA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS
Av. Juan de Arona N° 830.
San Isidro.-

At.: Dr. Miguel Delgado
Gerente Legal

Ref.: Difusión de sanción económica antes de ser firme en sede administrativa

Estimados señores:

Mediante la presente nos es grato saludarlos y, en atención a las coordinaciones realizadas, remitirles nuestro informe legal, en el que nos pronunciamos sobre la legalidad del hecho que el INDECOPI difundiera, a través de una nota de prensa, la sanción económica (multa) impuesta en primera instancia por la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 de la Sede Central a su empresa, aun cuando sus efectos se encontraban suspendidos, por la interposición del recurso de apelación.

I. MARCO LEGAL

1.1 Constitución Política del Perú de 1993.

1.2 Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.

1.3 Decreto Legislativo N° 807, que aprueba las facultades, normas y organización del INDECOPI.

II. ANTECEDENTES

2.1 El 28 de agosto y 6 de septiembre de 2013, el señor Óscar Ezequiel Segovia Trauco presentó escritos denunciando ante el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la empresa aseguradora EL PACÍFICO PERUANO-SUIZA CIA. DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, "Pacífico") por negarse a otorgarle un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes (hemorroides y rinitis alérgica), así como por no proporcionarle copia y anexos de la respectiva póliza, cuando contrató el seguro.

484

2.2 Mediante Resolución N° 1, de fecha 26 de septiembre de 2013, la Secretaría Técnica de la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 de la Sede Central del INDECOPI (en adelante, la "Secretaría") admitió la denuncia del señor Óscar Ezequiel Segovia Trauco, por la presunta vulneración de los artículos 18, 19 y 47, literal e), de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor (en adelante, el "Código").

2.3 En sesión de fecha 21 de mayo de 2014, la Comisión de Protección al Consumidor N° 1 de la Sede Central del INDECOPI (en adelante, la "Comisión") emitió la Resolución N° 501-2014/CC1, declarando fundada la denuncia por la infracción de los artículos 18, 19 y 47, literal e), del Código. La resolución fue notificada a Pacífico, el **28 de mayo de 2014**.

2.4 Como consecuencia de declarar fundada la denuncia, la Resolución N° 501-2014/CC1 dispuso sancionar a Pacífico con:

- Una multa de treinta (30) Unidades Impositivas Tributarias (UIT) por la infracción a los artículos 18 y 19 del Código.
- Una multa de una (1) UIT por la infracción al literal e) del artículo 47 del Código.

Asimismo, la resolución ordenó a Pacífico cumplir con:

- Emitir al denunciante una póliza con la misma cobertura y beneficios que el anterior seguro de salud brindado por Pacífico EPS, sin considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides como preexistencias.
- Pagar al denunciante las costas ascendentes a S/. 36.00 y los costos incurridos durante el procedimiento.

2.5 Adicionalmente, la Resolución N° 501-2014/CC1 dispuso la inscripción de Pacífico en el Registro de Infracciones y Sanciones del INDECOPI, "*una vez que la resolución quede firme en sede administrativa*", conforme a lo previsto en el artículo 119 del Código.

2.6 El **4 de junio de 2014**, Pacífico interpuso recurso de apelación contra la Resolución N° 501-2014/CC1 de la Comisión, dando lugar a la suspensión de la sanción impuesta por la Comisión por mandato legal expreso.

2.7 El **10 de junio de 2014**, se publicó en el portal web de INDECOPI la siguiente noticia:

"***INDECOPI sancionó a empresa Pacífico Peruano Suiza porque no cubrió enfermedades preexistentes***

2014/06/10

El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) sancionó a la empresa El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. porque se negó, de manera injustificada, a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deben ser atendidas.

Las investigaciones realizadas por la Comisión de Protección al Consumidor refieren que hasta julio de 2013, un ciudadano contó con el seguro de Pacífico EPS a través del cual se trataba dos enfermedades diagnosticadas durante la vigencia del mismo. Posteriormente, al término de este contrato, adquirió otro seguro, esta vez, con Pacífico Peruano Suiza. Sin embargo, se dio con la ingrata sorpresa de que este nuevo seguro no consideraba la atención de dichas dolencias, negándosele el derecho de atención médica. Es más, no le entregaron la póliza de seguros a tiempo.

Cabe precisar que la Ley del Contrato de Seguro N° 29946 califica como preexistencia, "cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud".

Esta ley precisa que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior; además, garantiza que los asegurados, al momento de migrar de un sistema de EPS a uno de seguro o viceversa, mantienen la cobertura de las enfermedades que les hubieran sido diagnosticadas durante la vigencia de la póliza anterior.

En ese sentido, la Comisión resolvió que Pacífico Peruano Suiza infringió los artículos 18 y 19 del Código de Protección y Defensa del Consumidor respecto de la idoneidad y la obligación de los proveedores, multándola con 30 unidades impositivas tributarias (UIT), equivalentes a S/. 114 000.

Adicionalmente, le impuso una sanción económica de 1 UIT (S/. 3 800) por no proporcionar al consumidor una copia y los respectivos anexos de la póliza al momento que contrató el seguro de salud, demandando a la aseguradora emitir, en un plazo no mayor a cinco días hábiles, una póliza en la que mantiene la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacífico EPS.

***La compañía de seguros se encuentra dentro del plazo legal establecido para apelar la decisión adoptada** ante la Sala Especializada de Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI."* (El resaltado es agregado).

486

2.8 Entre el 10 y 16 de junio de 2014, se difundió a través de diversos medios de comunicación la noticia que INDECOPI había impuesto una sanción económica a Pacífico de S/. 114,000.00 por negarse, injustificadamente, a otorgar a un consumidor un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, así como una sanción económica de S/. 3,800.00 por no proporcionarle copia y anexos de la respectiva póliza, al momento en que contrató el seguro.

Los medios de comunicación en los que se difundió la noticia publicada por INDECOPI, fueron:

El 10 de junio de 2014:

- Radio: Radio Nacional - Nacional en la Noticia, edición nocturna.
- Internet: Andina.com.pe (http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-indecopi-sanciona-multa-s-114-mil-a-pacifico-peruano-suiza-509632.aspx) y Gestión.pe (http://gestion.pe/empresas/pacifico-seguros-apela-resolucion-sancion-indecopi-2099905 y http://gestion.pe/empresas/indecopi-sanciono-empresa-pacifico-peruano-suiza-porque-no-cubrio-enfermedades-preexistentes-seguro-medico-2099867).

El 11 de junio de 2014:

- Radio: Radio Nacional - Nacional en la Noticia, edición matutina, y RPP - La Rotativa del Aire, edición matutina.
- Diarios: El Comercio, Pág. B3; La República, Pág. 15; Diario 16, Pág. 10; Del País, Pág. 7; y La Nación, Pág. 6.

El 12 de junio de 2014:

- Televisión: Canal 5 - Buenos Días Perú.

El 16 de junio de 2014:

- Semanarios: Semana Económica, Pág. 5.

III. ANÁLISIS

3.1 Base constitucional del régimen especial de protección al consumidor

El artículo 65 de la Constitución Política del Perú de 1993 (en adelante, la "Constitución") establece la obligación del Estado de proteger los derechos e intereses de los consumidores, en los siguientes términos:

487

"***Artículo 65.-****El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.*" (El resaltado es agregado).

Nótese que el principio constitucional que establece la obligación del Estado de proteger los derechos e intereses de los consumidores en el mercado, se encuentra ubicado en el Capítulo I del Título III de la Constitución, el cual regula el régimen económico del Estado.

En realidad, el artículo citado revela el cariz fundamental de nuestro modelo de Estado, pues si bien en materia económica el rol que la Constitución le asigna se circunscribe a estimular la generación de riqueza, garantizando la libre iniciativa y las libertades de empresa, comercio e industria de los particulares -que son, justamente, los agentes generadores de tal riqueza-, a la vez le asigna la tutela y defensa de los intereses y derechos de los consumidores, garantizándoles, entre otros derechos, el de acceso a la información de los bienes y servicios que consumen.

Bajo el actual esquema constitucional, el rol del Estado en materia de protección al consumidor no podría ser otro, como bien ha señalado el Tribunal Constitucional[1]: "(...) *el modelo de Estado configurado por la Constitución de 1993 presenta las características básicas de un Estado Social y democrático de Derecho, deducible, principalmente, de una lectura integral de los artículos 3° y 43° y de diversos dispositivos reconocidos a lo largo de su contenido, en los que se deja claramente establecido el objetivo social que subyace a todo comportamiento de los agentes políticos y económicos que lo integran. El prototipo de este modelo significa, en buena cuenta, una superación del clásico esquema estrictamente liberal que caracterizó al Estado tradicional para dar paso a una visión mucho más integrada en la que, junto con la libertad y sus garantías, aparecen y se fomentan con igual intensidad otros valores como la igualdad y la solidaridad. (...) En dicho contexto, se trata evidentemente de que el Estado fomente condiciones alrededor de otro tipo de derechos, como los sociales, los económicos y los culturales, atributos que, a diferencia de los tradicionales ya mencionados, no se caracterizan por una posición negativa o abstencionista, sino por una posición promotora y dinámica por parte del poder.*"(El resaltado es agregado).

En el mismo sentido se ha pronunciado la doctrina[2]: "(...) *el estudio de la defensa de los consumidores nos conecta con otro debate de viva actualidad*

---

1 Sentencia del Tribunal Constitucional recaída sobre el Expediente N° 1956-2004-AA-TC.

2 MARTÍN-RETORTILLO BAQUER, Lorenzo. *Las sanciones administrativas en relación con la defensa de los consumidores con especial referencia a la publicidad de las mismas*, Págs. 137-138.

también en estos momentos, cual es el del significado y amplitud del Estado Social de Derecho (...) El precepto constitucional dedicado a los consumidores, el artículo 51, sería una pieza bien representativa de la mencionada filosofía: se considera normal que el Estado dilate y proyecte sus actuaciones en aras de la defensa de los consumidores a través de las muy variadas modalidades que el precepto habilita. Frente a una posible indiferencia -o respuesta de tono menor- se incita para que el estado profundice y asuma, por tanto, las correspondientes incumbencias. Que en gran medida van a encomendarse a las Administraciones Públicas, las que sean competentes (...)." (El resaltado es agregado).

3.2 Régimen de protección al consumidor establecido por el Código

3.2.1 Siguiendo el mandato del artículo 65 de la Constitución, el Poder Legislativo aprobó el Código de Protección y Defensa del Consumidor con la finalidad de garantizar que los consumidores "(...) *accedan a productos y servicios idóneos y que gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección, reduciendo la asimetría informativa, corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses* (...)."[3] (El resaltado es agregado).

Es así que, en su articulado, el Código establece las políticas públicas en materia de protección del consumidor y los derechos de estos últimos, además regula la relación consumidor-proveedor (particular), incluyendo las sanciones y medidas correctivas aplicables a los particulares que infrinjan sus disposiciones, y demás previsiones sobre el particular.

3.2.2 Ahora bien, respecto del acceso de los consumidores a la información de los bienes y servicios que los particulares comercializan en el mercado, el numeral 2) del artículo VI del Título Preliminar del Código establece la siguiente política pública:

> "*2. El Estado garantiza el derecho a la información de los consumidores promoviendo que el sector público respectivo y el sector privado faciliten mayores y mejores espacios e instrumentos de información a los consumidores a fin de hacer más transparente el mercado; y vela por que la información sea veraz y apropiada para que los consumidores tomen decisiones de consumo de acuerdo con sus expectativas.*" (El resaltado es agregado).

Por su parte, el artículo V del Título Preliminar del Código consagra el Principio de Corrección de la Asimetría, según el cual:

---

[3] Artículo I del Título Preliminar del Código.

"*Las normas de protección al consumidor buscan corregir las distorsiones o malas prácticas generadas por la asimetría informativa o la situación de desequilibrio que se presente entre los proveedores y consumidores, sea en la contratación o en cualquier otra situación relevante, que coloquen a los segundos en una situación de desventaja respecto de los primeros al momento de actuar en el mercado.*" (El resaltado es agregado).

De acuerdo con las disposiciones citadas, resulta evidente que uno de los fundamentos del ordenamiento especializado en materia de protección al consumidor, es garantizar a los consumidores el acceso a la información de los bienes y servicios que se comercializan en el mercado, a efectos de corregir la asimetría informativa existente entre estos y los particulares; esto, partiendo de la premisa que, a mayor información para los consumidores, podrán tomar mejores decisiones de consumo y obtener bienes y servicios idóneos, que realmente satisfagan sus expectativas.

3.2.3 Adicionalmente, en materia sancionadora, el artículo 108 del Código establece las conductas de los particulares que constituyen infracción administrativa: aquellas que transgreden "(...) *las disposiciones del presente Código, tanto si ello implica violar los derechos reconocidos a los consumidores como incumplir las obligaciones que estas normas imponen a los proveedores. También son supuestos de infracción administrativa el incumplimiento de acuerdos conciliatorios o de laudos arbitrales y aquellos previstos en el Decreto Legislativo núm. 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, y en las normas que lo complementen o sustituyan.*"

Por su parte, el artículo 107 señala la forma en que se inicia el procedimiento administrativo sancionador contra el particular que presuntamente ha infringido las disposiciones del Código: de oficio, independientemente de si es a iniciativa del INDECOPI, por denuncia del consumidor afectado o de otro consumidor que potencialmente pudiera verse afectado, o de una asociación de consumidores.

Complementariamente, el artículo 22 del Decreto Legislativo N° 807, que aprueba las facultades, normas y organización del INDECOPI, precisa que la decisión de iniciar el procedimiento sancionador corresponde a la Comisión o a su Secretaría Técnica, en este último caso, con cargo a rendir cuentas.

Este decreto legislativo también regula el trámite del procedimiento sancionador iniciado para determinar la responsabilidad del presunto infractor, que estará a cargo de la Secretaría Técnica, con excepción de aquellas actuaciones de competencia exclusiva de dicha comisión, como la emisión de la resolución final de primera instancia, o la concesión o denegación de los recursos impugnativos para acceder a las segunda instancia.

490

Asimismo, en su artículo 38 determina que, emitida la resolución de la Comisión, el particular solo podrá interponer recurso de apelación "*contra la resolución que pone fin a la instancia, contra la resolución que impone multas y contra la resolución que dicta una medida cautelar*", dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación de la resolución; precisando que "*La apelación de multas se concede con efecto suspensivo, pero es tramitada en cuaderno separado.*" (El resaltado es agregado).

Ahora bien, en segunda, y última, instancia, será el Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (en adelante, el "Tribunal") el encargado de conocer y resolver el recurso de apelación contra la resolución de primera instancia que determina la imposición de una sanción al particular.

Contra el fondo de la decisión adoptada por dicho Tribunal, solo puede interponerse demanda contencioso-administrativa ante el Poder Judicial, acción que no suspende la aplicación de la sanción, **a diferencia del recurso de apelación interpuesto contra la resolución de primera instancia administrativa, que sí tiene efecto suspensivo y determina que la resolución impugnada no sea eficaz en tanto el Tribunal no resuelva la apelación**.

Finalmente, una vez que exista resolución firme que impone sanción, ya sea en primera o segunda instancia, el artículo 119 del Código exige a INDECOPI inscribir al particular sancionado en el Registro de Infracciones y Sanciones por un periodo de cuatro (4) años, con el objeto de informar a los consumidores.

3.3 Inscripción en el Registro de Infracciones y Sanciones del INDECOPI

3.3.1 Como hemos adelantado en el acápite anterior, el Código establece expresamente la política pública, y derecho subjetivo de los consumidores, de acceso a la información de los bienes y servicios que se comercializan en el mercado, esto, con la finalidad de corregir o al menos reducir la asimetría informativa existente entre los particulares y los consumidores, para que estos últimos puedan tomar mejores decisiones de consumo.

Este fin puede conseguirse a través de distintos medios, según las atribuciones conferidas a la autoridad administrativa competente; sin embargo, el artículo 119 del Código evidencia la intención del legislador de establecer, en la propia ley, una medida o instrumento concreto para garantizar dicho acceso, por lo menos en materia sancionadora, conforme a lo siguiente:

> "*Artículo 119.- Registro de infracciones y sanciones*
> *El Indecopi lleva un registro de infracciones y sanciones a las disposiciones del presente Código con la finalidad de contribuir a la*

transparencia de las transacciones entre proveedores y consumidores y orientar a estos en la toma de sus decisiones de consumo. ***Los proveedores que sean sancionados mediante resolución firme en sede administrativa*** *quedan automáticamente registrados por el lapso de cuatro (4) años contados a partir de la fecha de dicha resolución.*

La información del registro es de ***acceso público y gratuito***." (El resaltado es agregado).

De la disposición citada, se desprende que el legislador exige a la autoridad administrativa competente en materia de protección al consumidor, llevar un Registro de Infracciones y Sanciones en el que inscriba a los particulares sancionados por incumplir las disposiciones del Código. Asimismo, para el ejercicio de esta atribución, el legislador establece todos los parámetros en los que debe circunscribirse la actuación de la autoridad administrativa, dejando poco o nulo espacio a la interpretación; por lo que, no cabe duda alguna sobre:

- ¿Qué debe hacer la autoridad competente?
  Inscribir al particular sancionado en el Registro de Infracciones y Sanciones.

- ¿A quién debe inscribir en el Registro de Infracciones y Sanciones?
  Al particular sancionado.

- **¿Cuándo debe inscribir al particular sancionado en el Registro de Infracciones y Sanciones?**
  Una vez que la resolución que impone sanción al particular sea firme en sede administrativa.

- ¿Cómo debe inscribir al particular sancionado en el Registro de Infracciones y Sanciones?
  Automáticamente, una vez que la resolución que impone sanción al particular sea firme en sede administrativa.

En este sentido, solo podemos concluir que la función de inscribir a los particulares sancionados por incumplir las disposiciones del Código en el Registro de Infracciones y Sanciones, constituye una "competencia reglada" del INDECOPI, que debe ser ejercida dentro de los parámetros previstos por el artículo 119 antes comentado, en aplicación del **Principio de Legalidad**[4] consagrado en el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

[4] *"Principio de legalidad.- Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas."*

3.3.2 Ahora bien, respecto del Registro de Infracciones y Sanciones, es importante precisar que su finalidad es informar qué particulares han sido sancionados por INDECOPI, debido al incumplimiento de las disposiciones del Código, para que esta información pueda ser tomada en consideración por los consumidores, y la opinión pública en general.

No obstante, pese a la importante función que cumple el referido registro, el legislador ha tenido la "precaución" de precisar que en este solo se podrá inscribir al **particular sancionado mediante resolución firme en sede administrativa**.

Esta "precaución" resulta particularmente relevante si se tiene en consideración que en el marco de todo procedimiento administrativo sancionador, como el que es objeto de análisis, rige la garantía constitucional de la **Presunción de Inocencia**, como bien ha señalado el Tribunal Constitucional[5]: "*Toda sanción, ya sea penal o administrativa, debe fundarse en una mínima actividad probatoria de cargo, es decir, la carga de la prueba corresponde al que acusa; éste debe probar el hecho por el que acusa a una determinada persona, proscribiéndose sanciones que se basen en presunciones de culpabilidad. Así, la presunción de inocencia (Constitución. Art. 2, 24.e) constituye un límite al ejercicio de la potestad sancionatoria del Estado, en sus diversas manifestaciones.*"(El resaltado es agregado).

Así, al prever las disposiciones del artículo 119 del Código, más que tomar una "precaución", el legislador lo que ha hecho es observar la obligación, de rango constitucional, de presumir inocente al particular inmerso en un procedimiento administrativo sancionador, concediéndole el **derecho a ser tratado como inocente**, núcleo duro de la referida presunción, en tanto no exista resolución firme que la desvirtúe.

Por el contrario, **permitir que se inscriba en el Registro de Infracciones y Sanciones a un particular en virtud de una resolución que no es firme, implicaría tratar como culpable a dicho particular**, contraviniéndose, de esta manera, una de las garantías intrínsecas de nuestro Estado Social y Democrático de Derecho.

3.3.3 De otro lado, la sintonía del artículo 119 del Código con la presunción de inocencia, evita que sobre el particular inmerso en un procedimiento administrativo sancionador recaigan los efectos gravosos de estar inscrito en el Registro de Infracciones y Sanciones, cuando aun no existe certeza sobre su culpabilidad.

Nos referimos a la **repercusión mediática de tal inscripción**, pues tan pronto como la noticia se difunda, la opinión pública elabora juicios de valor sobre el

---

5 Sentencia de fecha 20 de agosto del 2002, recaída sobre el Expediente N° 0238-2002-AA-TC.

particular, generándose una percepción negativa por parte de los consumidores que mermará su reputación en el mercado y le ocasionará una serie de perjuicios o daños patrimoniales, como **la depreciación del valor de su marca, la reducción de sus ventas, la pérdida de clientes y oportunidades de negocio, etc**.

De esta manera, la inclusión de un particular en el Registro de Infracciones y Sanciones por cuatro (4) años no solo constituye un eficiente instrumento de difusión de la sanción impuesta, sino que también conlleva un elemento "ejemplificador" respecto de los demás particulares que operan en el mercado, por los gravosos efectos que el particular deberá soportar sobre su imagen y patrimonio. Es así que, **en la práctica, la inclusión de un particular en el Registro de Infracciones y Sanciones constituye una "segunda sanción" al particular, probablemente más temible aun que la propia sanción económica (multa), por sus graves efectos**.

3.3.4 Por último, es importante señalar que una norma jurídica que regula la aplicación del *ius puniendi* estatal sobre los ciudadanos, como el artículo 119 del Código, necesariamente debe observar el **Principio de Razonabilidad**, a efectos de garantizar su constitucionalidad, como exige el supremo intérprete de la Constitución: "(...) *una vez más, este Tribunal debe recordar que la facultad de imponer sanciones en el orden administrativo, como ha sucedido en el presente caso,* no supone en lo absoluto que ella sea una potestad discrecional que los órganos de la administración puedan ejercer sin más límite que su propio criterio, sino que deben encontrarse siempre adecuados a ***los principios de razonabilidad y proporcionalidad***, *lo que exige una coherente y razonable proporción entre los actos a los que se reputa la comisión de faltas administrativas y las sanciones que se impongan, desde que en nuestro ordenamiento jurídico está proscrita la arbitrariedad, y se encuentra en vigencia, más bien, el* ***principio de interdicción de la arbitrariedad***. (...) *Que, en consecuencia, para este Tribunal Constitucional no basta que se respete al cabo de un procedimiento administrativo el respeto de la dimensión formal del derecho al debido proceso,* ***sino que también exige el respeto de su dimensión sustantiva***."[6](El resaltado es agregado).

Posteriormente, el Tribunal Constitucional[7]también precisará que: "(...) *desde el principio del Estado de Derecho, surgiese el principio de interdicción de la arbitrariedad, el cual tiene un doble significado: a) En un sentido clásico y genérico,* ***la arbitrariedad aparece como el reverso de la justicia y el derecho***. *b) En un sentido moderno y concreto ,****la arbitrariedad aparece como lo carente de fundamentación objetiva; como lo incongruente y contradictorio con la realidad que ha de servir de base a toda decisión***. *Es decir, como*

6 Sentencia del Tribunal Constitucional, del 4 de marzo de 1999, recaída sobre el Expediente N° 0421-98-AA-TC.

7 Sentencia de fecha 5 de julio de 2004, recaída sobre el Expediente N° 0090-2004-AA.

aquello desprendido o ajeno a toda razón de explicarlo. En consecuencia, lo arbitrario será todo aquellos carente de vínculo natural con la realidad." (El resaltado es agregado).

Teniendo esto en consideración, se advierte que en el presente caso la posición adoptada por el legislador, al no permitir la inscripción de un particular en el Registro de Infracciones y Sanciones en tanto la resolución que lo sanciona no sea firme en sede administrativa, es plenamente razonable, pues garantiza la consecución del fin público perseguido -informar a los consumidores- sin por ello establecer una medida excesivamente gravosa para los particulares.

3.3.5 En este orden de ideas, el artículo 119 del Código garantiza adecuadamente el derecho a la información de los consumidores en materia sancionadora, pues les permite conocer qué particulares han sido sancionados por incumplir las normas de protección al consumidor, y, a la vez, la presunción de inocencia de los particulares, pues en el Registro de Infracciones y Sanciones solo puede inscribirse a los particulares sancionados mediante resolución firme en sede administrativa, respetándose su derecho a ser tratado como inocente, en tanto no culmine el procedimiento sancionador.

3.4 Imposibilidad de difundir el contenido de una resolución sancionadora que no es firme en sede administrativa

3.4.1 Además de la inscripción de los particulares sancionados por el INDECOPI en el Registro de Infracciones y Sanciones, el Código prevé en su artículo 123, segundo párrafo, la siguiente medida:

> "*Artículo 123.- Recopilación de información por la autoridad*
>
> (...)
>
> *Los procedimientos seguidos ante el Indecopi tienen carácter público. En esa medida, el secretario técnico y la Comisión de Protección al Consumidor del Indecopi se encuentran facultados para disponer la difusión de información vinculada a los mismos, siempre que lo consideren pertinente en atención a los intereses de los consumidores afectados y no constituya violación de secretos comerciales o industriales.*" (El resaltado es agregado).

Como se advierte, el artículo establece el carácter público de los procedimientos administrativos tramitados ante el INDECOPI, otorgando a la **Comisión y su Secretaría Técnica** la facultad de disponer la difusión de la información sobre estos, en salvaguarda del interés de los consumidores "afectados", con excepción de aquella información que constituye secreto comercial o industrial.

Así, tenemos que para el ejercicio de esta competencia, la autoridad administrativa debe tener en consideración los siguientes parámetros:

(i) Que la información a ser difundida corresponda a alguno de los procedimientos administrativos tramitados ante el INDECOPI;

(ii) Que la información sea difunda **para salvaguardar el interés del consumidor "afectado"**; y

(iii) Que no se difunda información que tenga la calidad de secreto comercial o industrial.

Sin embargo, más allá de estas tres condiciones, el artículo citado no precisa qué información de los procedimientos administrativos tramitados ante el INDECOPI puede ser difundida por la autoridad administrativa. Por ejemplo, respecto de los procedimientos sancionadores, no precisa si el contenido de la resolución que impone sanción puede ser difundido antes de ser firme en sede administrativa o no.

Así, en el caso del artículo 123 del Código, nos encontramos frente a una "competencia discrecional"; no obstante, ello no implica que la autoridad administrativa pueda ejercer dicha competencia arbitrariamente, por el contrario, de observar los "límites implícitos" que el ordenamiento jurídico le impone.

Cabe preguntarse ¿Cuáles son esos **"límites implícitos"**? La respuesta es aquellas normas y/o principios fundamentales que derivan de la cláusula del Estado Social y Democrático de Derecho, como **los principios de Legalidad[8], Razonabilidad[9] e Interdicción de la Arbitrariedad, y, derivada de este último principio, la obligación de la autoridad administrativa de motivar su actuación y/o decisiones**.

En tal sentido, solo después de haber analizado el alcance de la facultad discrecional que la ley le ha conferido a la luz de los "límites implícitos", una autoridad administrativa podría tener certeza que con su actuación o decisión no contraviene los fundamentos del Estado de Derecho.

---

8 Previsto en el numeral 1.1 del Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General: "*Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas.*" (El resaltado es agregado).

9 Previsto en el numeral 1.4 del Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General: "*Las decisiones de la autoridad administrativa, cuando creen obligaciones, califiquen infracciones, impongan sanciones, o establezcan restricciones a los administrados, deben adaptarse dentro de los límites de la facultad atribuida y manteniendo la debida proporción entre los medios a emplear y los fines públicos que deba tutelar, a fin de que respondan a lo estrictamente necesario para la satisfacción de su cometido.*"(El resaltado es agregado).

3.4.2 Precisado lo anterior, corresponde analizar si en el marco de la facultad discrecional conferida por el artículo 123 del Código a la Comisión y su Secretaría Técnica, estas autoridades pueden difundir el contenido de una resolución que sanciona a un particular, pese a no ser firme en sede administrativa.

Para tal efecto, en primer lugar debemos tener en consideración que el Principio de Legalidad obliga a la autoridad administrativa a actuar respetando la ley, lo que incluye las demás disposiciones del Código, como su artículo 119.

Teniendo esto en cuenta, y que la teoría general del Derecho nos brinda el método de interpretación jurídica "*sistemático por comparación con otras normas*", que "*consiste en extender a la norma bajo interpretación los principios o conceptos que fluyen claramente del contenido de otras normas y que, en la interpretada, no son ostensibles*"[10], podemos analizar, en conjunto, las disposiciones de los artículos 119 y 123 del Código, a efectos de dar sentido y contenido al último.

Claramente, el artículo 119 requiere que las resoluciones sancionadoras sean firmes en sede administrativa para que su contenido pueda ser difundido, precisando que tal difusión se realizará a través del Registro de Infracciones y Sanciones del INDECOPI; por tanto, si leemos el artículo 123 en función de estas previsiones, como el método de interpretación sistemático propone, advertiremos que la facultad de la Comisión y su Secretaría Técnica solo puede estar referida a aquellas resoluciones sancionadoras que sean firmes en sede administrativa, luego de que el particular sancionado quede incluido en el referido registro.

Interpretar otra cosa, por ejemplo, que las mencionadas autoridades pueden difundir libremente y mediante cualquier medio de comunicación (Internet, radio, televisión, prensa escrita, etc.) el contenido de las resoluciones sancionadoras que aun no son firmes, no solo implicaría contravenir las disposiciones del artículo 119 del Código, sino también el Principio de Legalidad.

Si, adicionalmente, recurrimos al Principio de Razonabilidad, tendremos que analizar si el medio a ser empleado justifica el fin público perseguido, es decir, si para lograr informar a los consumidores, se justifica que la Comisión o su Secretaría Técnica divulguen a través de canales distintos al Registro de Infracciones y Sanciones, el contenido de la resolución que sanciona a un particular pese a no ser firme en sede administrativa, teniendo en consideración que no existe certeza sobre la culpabilidad del particular y los gravosos efectos

10 RUBIO CORREA, Marcial. *El Sistema Jurídico*, Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, décima edición, 2009, Pág. 245.

que este sufrirá en su imagen y patrimonio al ser expuesto a los juicios de valor de la opinión pública.

La conclusión evidente es que no existe proporcionalidad entre el fin perseguido y el medio a ser empleado, dado el excesivo perjuicio que este último ocasionaría al particular. Además, está el hecho que el fin público será conseguido "automáticamente", en cuanto la resolución sea firme, por la sola aplicación del artículo 119 del Código.

Por lo tanto, aun cuando el artículo 123 del Código atribuye a la Comisión y su Secretaría Técnica la facultad discrecional de difundir la información de los procedimientos administrativos bajo su competencia, dicha autoridad no puede ejercitar tal atribución sin tener en consideración los "límites implícitos" que el Estado de Derecho le impone, especialmente si **la información a ser difundida corresponde al contenido de una resolución sancionadora que no es firme en sede administrativa**, pues ello implicaría vulnerar el artículo 119 del Código y los principios de Legalidad, Razonabilidad e Interdicción de la Arbitrariedad, además del derecho a ser tratado como inocente del particular.

3.4.3 A mayor abundamiento, es importante resaltar que la amplia discrecionalidad que brinda el artículo 123 del Código a la Comisión y su Secretaría Técnica, no solo genera un alto riesgo para los particulares, sino también para el mismo INDECOPI, pues si, arbitrariamente, estas autoridades interpretaran que no es necesario que la resolución sancionadora sea firme para poder difundirla, y producto de tal decisión se generan daños patrimoniales a los particulares, estos podrían repetir contra el INDECOPI, siendo que dicho organismo tendría que indemnizar al particular con cargo a fondos públicos -dinero de todos los contribuyentes- para recién luego poder repetir contra el o los funcionarios responsables.

3.4.4 Finalmente, cabe traer a colación lo dispuesto por el numeral 2) del "Reglamento de la Publicación de las Resoluciones Emitidas por los Órganos Resolutivos del INDECOPI en el marco del supuesto previsto en el inciso c) del artículo 26 bis del Decreto Ley N° 25868"[11], emitido por INDECOPI con el objeto de "*Reglamentar la forma de difusión de las resoluciones emitidas por los órganos resolutivos del Indecopi competentes para pronunciarse sobre los asuntos referidos en el inciso c) del artículo 26 BIS del Decreto Ley N° 25868, con el objeto de darlas a conocer a los ciudadanos, agentes económicos y entidades interesadas.*" Dicho numeral establece que "*2.1. La publicación únicamente se podrá llevar a cabo **inmediatamente después de que la resolución que ponga fin a la primera instancia haya quedado consentida; o, cuando el Tribunal del Indecopi confirme total o parcialmente la resolución de primera instancia**, de ser el caso.*" (El resaltado es agregado).

[11] Aprobado mediante Resolución de la Presidencia del Consejo Directivo del INDECOPI N° 280-2013-INDECOPI-COD, de fecha 15 de noviembre de 2013.

De esta manera, en el marco de los procedimientos orientados a determinar la existencia de barreras burocráticas de acceso al mercado, INDECOPI ha dispuesto, a través de la emisión de un reglamento especial, que las resoluciones de primera instancia administrativa solo podrán ser publicadas si han quedado consentidas, descartando rotundamente la posibilidad de publicarlas cuando se encuentre vigente el plazo de apelación y, mucho menos, cuando la apelación ya fue interpuesta. En este último supuesto, solo cabe la publicación de la resolución del Tribunal que confirma, parcial o totalmente, la resolución de primera instancia, una vez que esta sea emitida.

Además, en el numeral 3[12] de dicho reglamento, INDECOPI ha previsto el cumplimiento de requisitos especiales, según el supuesto del que se trate, para proceder a realizar la mencionada publicación.

Esto no hace más que evidenciar la falta de predictibilidad respecto de la actuación del INDECOPI, pues mientras en algunos procedimientos, como el

---

12 "*3. **Orden de Publicación***
3.1. La orden de publicación se formaliza mediante resolución emitida por la primera instancia, siempre que se cumpla con alguno de los supuestos previstos en los numerales 1), 2), 3), y/o 4) del inciso c), del artículo 26 BIS del Decreto Ley N° 25868.
3.2. La orden de publicación podrá constar en la misma resolución que pone fin a la primera instancia declarando ilegal y/o carente de razonabilidad la(s) barrera(s) burocrática(s) cuestionada(s). En este caso, la ejecución de la orden de publicación se condiciona a que el acto quede consentido o sea confirmado por el Tribunal, según las siguientes reglas:
(i) Si el acto queda consentido, es indispensable que se emita una resolución declarando el consentimiento respectivo, y que posteriormente se informe mediante memorándum a la Sub Gerencia de Logística y Control Patrimonial que la resolución se encuentra expedita para ser publicada.
(ii) Si el Tribunal del Indecopi confirma todos los extremos del acto, este órgano resolutivo deberá informar mediante memorándum a la Sub Gerencia de Logística y Control Patrimonial que la resolución se encuentra expedita para ser publicada. Excepcionalmente, el Tribunal del Indecopi podría revocar la orden de publicación.
(iii) Si el Tribunal del Indecopi confirma parcialmente el acto administrativo a ser publicado, o lo confirma pero con fundamentos distintos, este órgano resolutivo deberá informar mediante memorándum a la Sub Gerencia de Logística y Control Patrimonial que la resolución se encuentra expedita para ser publicada, incluyendo un breve texto que sintetice las precisiones que correspondan respecto de la resolución de primera instancia y remitiéndose al Portal Institucional en el cual la resolución del Tribunal deberá ser difundida.
3.3. Alternativamente, la orden de publicación podrá constar en otra resolución emitida con posterioridad a la emisión de la resolución que puso fin a la primera instancia declarando ilegal y/o carente de razonabilidad la(s) barrera(s) burocrática(s) cuestionada(s). En este caso, la orden de publicación surte efectos inmediatos una vez que sea notificada a quienes formaron parte del procedimiento en el cual se emitió la resolución a ser publicada, luego de lo cual se deberá informar mediante memorándum a la Sub Gerencia de Logística y Control Patrimonial que la resolución se encuentra expedita para ser publicada."

sancionador por infracción de las disposiciones del Código, dicho organismo adopta la decisión ilegal de publicar la resolución de primera instancia administrativa sin tener en consideración los efectos perjudiciales de tal publicación; en otros, emite un reglamento para precisar que solo puede publicarse las resoluciones de primera instancia consentidas, o las del Tribunal que confirman las resoluciones de primera instancia, así como para establecer los requisitos y procedimientos aplicables para realizar tal publicación.

Es así que la actuación del INDECOPI no solo es irrazonable y contraviene el Principio de Igualdad, sino que propicia que en los procedimientos sancionadores por infracción de las disposiciones del Código se afecte el derecho al debido procedimiento de los particulares, pues una vez efectuada la publicación de la resolución de primera instancia, el Tribunal tendrá mayores reparos para cambiar de posición al pronunciarse sobre la apelación, por cuanto no solo tendrá que valorar los elementos vinculadas con la comisión o no de la infracción, sino que también tendrá en consideración la posición de INDECOPI ante el cambio de criterio.

3.5. Legalidad de la decisión del INDECOPI de difundir, a través de una nota de prensa, la sanción impuesta a Pacífico pese a no ser firme

Conforme al análisis realizado, en el marco de un Estado Social y Democrático de Derecho, como el peruano, se garantiza la libre iniciativa y las libertades de empresa, comercio e industria de los particulares, a la vez que los derechos e intereses de los consumidores de los bienes y servicios comercializados por dichos particulares, en la medida que normalmente serán estos últimos la parte más vulnerable en las relaciones de consumo entre ambos agentes, particular-consumidor, en el mercado.

Justamente, con la finalidad de garantizar la plena vigencia de los derechos de los consumidores, equilibrando su ejercicio con los derechos e intereses de los particulares, es que se emite el Código, como ordenamiento especializado en la materia.

Ahora bien, el Código establece las disposiciones aplicables ante la infracción de sus disposiciones por parte de los particulares, conjuntamente con el Decreto Legislativo N° 807. En virtud de tales disposiciones, el procedimiento administrativo sancionador, iniciado por la Comisión o su Secretaría Técnica, se desarrolla en dos instancias administrativas, la primera, ante la propia Comisión y, la segunda, ante el Tribunal; siendo que el procedimiento no llegará a su fin en tanto este último no emita la resolución pronunciándose sobre la procedencia de la sanción impuesta en primera instancia, o se haya vencido el plazo para apelar, sin que el particular haya interpuesto dicho recurso.

500

Así, cuando un particular, como Pacífico, interpone recurso de apelación contra la sanción económica (multa) impuesta por la Comisión, claramente el procedimiento sancionador se mantendrá vigente hasta la emisión de la resolución final por parte del Tribunal; además, en tanto ello no ocurra, **los efectos de la sanción de primera instancia se mantendrán suspendidos**, por efecto de la interposición del recurso de apelación, como dispone el artículo 38[13] del Decreto Legislativo N° 807.

Siendo que los efectos de la sanción impuesta por la Comisión a Pacífico se encontraban suspendidos desde el 4 de junio de 2014, fecha en que dicha empresa interpuso recurso de apelación contra la resolución de primera instancia administrativa, y teniéndose en consideración que durante la tramitación del procedimiento sancionador el particular goza de la presunción de inocencia, no resulta comprensible cómo es que el 10 de junio de 2014 el INDECOPI difundió a través de su portal web institucional el contenido de la resolución, haciendo de público conocimiento la imposición de una multa de S/. 114,000.00 a Pacífico por negarse, "injustificadamente", a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes a un consumidor, así como de una multa de S/. 3,800.00 por no proporcionarle copia y anexos de la respectiva póliza, al momento en que contrató el seguro.

Asimismo, al final de la publicación el INDECOPI indicó que: "***La compañía de seguros se encuentra dentro del plazo legal establecido para apelar la decisión adoptada*** *ante la Sala Especializada de Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI*" (el resaltado es agregado), **información que es completamente FALSA, pues el 4 de junio de 2014 Pacífico ya había interpuesto el recurso de apelación**, impugnando la resolución de primera instancia.

Dicha publicación generó que, entre el 12 y 16 de junio, el contenido de la resolución emitida por la Comisión -la imposición de la sanción a Pacífico- fuera difundido a través de diversos medios de comunicación, como **el diario El Comercio o RPP**, líderes de opinión en nuestro país, afectando, innecesariamente, la buena imagen y reputación de Pacífico. Ya ha advertido la doctrina[14] que: "*La posible interpretación del espacio público no puede darse de otra manera que no sea valorándolo. **Dicha valoración se logra teniendo***

---

13 "***Artículo 38.-*** *El único recurso impugnativo que puede interponerse durante la tramitación del procedimiento es el de apelación, que procede únicamente contra la resolución que pone fin a la instancia, contra la resolución que impone multas y contra la resolución que dicta una medida cautelar. El plazo para interponer dicho recurso es de cinco (5) días hábiles. La apelación de resoluciones que pone fin a la instancia se concede con efecto suspensivo. **La apelación de multas se concede con efecto suspensivo**, pero es tramitada en cuaderno separado. La apelación de medidas cautelares se concede sin efecto suspensivo, tramitándose también en cuaderno separado.*" (El resaltado es agregado).

14 TENORIO CUETO, Guillermo. *La construcción del Derecho en el discurso mediático: El caso de las sentencias mediáticas*, Págs. 265-266.

<u>información y transformándola en juicios de valor</u>. Estos juicios de valor serán elaborados atendiendo a las diversas circunstancias propias de quien los emite. Quien los emite en nuestros tiempos y de manera masiva no es una "autoritas", tampoco una "potestas" sino es lo que conocemos como un "líder opinión" (...) En la época en la que vivimos <u>ningún otro actor social hubiera podido posicionarse como intérprete del espacio público como lo hacen los medios, por la razón de que son ellos quienes operan como voz de la masa social, una masa sin nombre ni identidad</u>." (El resaltado es agregado).

En estos términos, la decisión adoptada por el INDECOPI es **<u>arbitraria</u>**, pues bajo el argumento de informar a los consumidores, difunde la sanción impuesta a Pacífico, cuyos efectos no solo se encuentran suspendidos, sino que se encuentra en proceso de revisión por su propio Tribunal; vulnerándose de esta manera los "límites implícitos" de la facultad discrecional conferida por el artículo 123 del Código a dicho organismo, así como el derecho de Pacífico a ser tratado como inocente, en tanto no exista certeza sobre su culpabilidad.

Incluso cabe preguntarse si al efectuar la publicación el INDECOPI realmente estaba persiguiendo la consecución de un fin público, informar a los consumidores, o si, por el contrario, realizó la publicación como una **<u>medida administrativa propia</u>**, para dar cuenta de cuán eficientemente cumple con su función de "castigar" a los particulares "abusivos". Esto, debido a que uno de los pocos parámetros que establece el artículo 123 del Código para el ejercicio de la potestad discrecional de difundir la información de los procedimientos bajo el ámbito del INDECOPI es que la publicación se realice "*en atención a los intereses de los consumidores <u>afectados</u>*" (el resaltado es agregado), pero en este caso no se advierte cómo la publicación podría salvaguardar los intereses del consumidor denunciante, cuando a este solo le interesa ser atendido en una clínica para tratar sus enfermedades pre existentes al seguro contratado.

En efecto, la publicación de la sanción impuesta al INDECOPI no beneficia al consumidor "afectado", sino que únicamente confunde a los consumidores, afectando gravemente la imagen, reputación y patrimonio de Pacífico, y, por ende, su libertad de empresa, dada la percepción negativa que la publicación ha generado en sus clientes y consumidores en general.

Por lo tanto, resulta evidente que, amparado en el argumento de "informar a los consumidores", el INDECOPI ha ejercido arbitrariamente la potestad que le ha conferido el artículo 123, segundo párrafo, del Código, al publicar el contenido de la resolución de primera instancia administrativa que sanciona a Pacífico con dos multas, sin que tal medida sea necesaria para salvaguardar el interés del consumidor "afectado"; vulnerándose sus derechos a la libertad de empresa y a ser tratado como inocente en tanto no exista certeza de su culpabilidad, así como su derecho a la propiedad, dado el grave perjuicio patrimonial que la publicación le ha generado. Esto, sin perjuicio de la vulneración de los

502

principios fundamentales del Estado Social y Democrático de Derecho: Legalidad, Razonabilidad e Interdicción de la Arbitrariedad.

IV. CONCLUSIÓN

En virtud de lo expuesto, somos de la opinión que INDECOPI solo puede difundir las resoluciones sancionatorias firmes de las empresas y no aquellas que aun están en vía de recurso impugnativo dentro de su organización, de acuerdo con el análisis sistemático de los artículos 119 y 123, segundo párrafo, del Código.

En el caso concreto, dicha entidad ha realizado un acto ilegal, al publicar el contenido de la resolución de primera instancia administrativa que sanciona a Pacífico con dos multas, vulnerando sus derechos a la libertad de empresa y a la presunción de inocencia (en su manifestación de ser tratado como inocente durante todo el procedimiento administrativo en tanto no exista certeza de su culpabilidad), así como afectando su reputación comercial, lo cual puede ser cuantificado. Complementariamente, en el caso particular, la situación posee el agravante que la información no resultó veraz en la medida que no se informó que la sanción había sido ya impugnada y era objeto de revisión por el superior jerárquico.

Atentamente,

Juan Carlos Morón Urbina
+51 (1) 618 8500 x 534
juancarlos.moron@bakermckenzie.com

Milagros Paredes Carranza
+51 (1) 618 8500 x 427
milagros.paredes@bakermckenzie.com

ANEXO 8 - E

Indecopi Oficial
@IndecopiOficial

Siguiendo

Pacífico Seguros inicia proceso judicial para evitar difusión de resoluciones sobre protección al consumidor → goo.gl/6eqJMo

Responder Retwittear Favorito ••• Más

RETWEETS 33 FAVORITOS 11

9:42 - 3 de oct. de 2014

Responder a @IndecopiOficial

Star Killer @Star_Killer_X · 3 de oct.
@IndecopiOficial Los seguros son un abuso ya que nunca son claros con sus supuestos beneficios y cuando los necesitas no sirven

Responder Retwittear Favorito ••• Más

Jorge Ramirez Gambin @Koky_RamirezG · 3 de oct.
@IndecopiOficial @marjoriebu @vcuencaiz @kaguilary @ppmarino

Responder Retwittear Favorito ••• Más

Walter Grad @waltergradosm · 3 de oct.
@mundooptimize @IndecopiOficial @RPPNoticias ES CIERTO ESTO..como es posible?

Responder Retwittear Favorito ••• Más

Gregorio López Agurt @GregorioLpez · 3 de oct.
@IndecopiOficial @RPPNoticias TODO DEBE ESTAR MAS QUE CLARO, POR QUE BLOQUEAR LA DIFUSION? QUE ESCONDEN?

Responder Retwittear Favorito ••• Más

JoeL CrUz LuYo @dalu2011 · 3 de oct.
@IndecopiOficial @exitosanoticias es increíble ver este tipo de actos...

Responder Retwittear Favorito Más

Ricardo Abad @rabad74 · 3 de oct.
@IndecopiOficial @exitosanoticias @MilagrosLeivaG @uterope De verdad hagamos algo YA no es posible q las empresas hagan lo q les de la gana

Responder Retwittear Favorito Más

Monica Gaston @Mjv33Monica · 3 de oct.
@IndecopiOficial Y asi piensan entregar los hospitales pubkicis a las asoc publico privadas????

Responder Retwittear Favorito Más

Janet Vidal @janevidalt · 3 de oct.
@IndecopiOficial van hacer lo q quieran estos seguros cuando gobierno les entregue la salud de poblacion

Responder Retwittear Favorito Más

Iván Espinoza @ioeq · 3 de oct.
@indecopioficial Indecopi puede difundir derechos de pacientes con seguros. Esperamos que el poder judicial no acepte presión ni coimas.

Responder Retwittear Favorito Más

Charles Farroñay @cfarronayy · 4 de oct.
@IndecopiOficial @ElMiyashiro @Frec_Latina @PanamericanaTV esto no puede ser posible, INDECOPI defiende la posición de la población

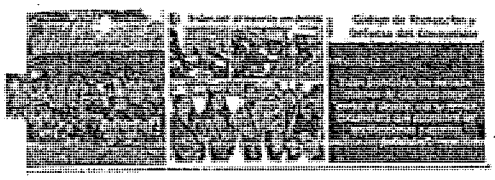
Responder Retwittear Favorito Más

Volver arriba ↑

Tendencias

#VoteVampsTeenAwards #askstateside #MyURexperience #shawshooting #IndiaRetaliates
Happy Leif Erikson Day Panik Froot San Marino John Lennon

© 2014 Twitter Sobre nosotros Ayuda Información sobre anuncios



OPINIONES

MariaFernanda PF
★★★★★ 04/08/2014
Señores Indecopi,

Quisiera presentar un reclamo contra la empresa Linio Peru. Ya que hice una compra que en su pagina ... Ver más

Me gusta · Comentar · 14 16

Crlitoz Vilca
★★★★☆ 09/08/2014
Sres. De Indecopi. Les saluda Carlos Vilca. Les escribo para que puedan intervenir en mi caso. El día 19/07/2014 adqui... Ver más

Me gusta · Comentar · 9

Elba Rabi Do Carmo
★★★☆☆ 10/09/2014
el dia de hoy he presentado una queja en el libro de reclamaciones de MOVISTAR (no importa que el monto sea 2 soles 1 so... Ver más

Me gusta · Comentar · 4

Ayuda a los demás a encontrar lugares geniales.

LE GUSTA A ESTA PÁGINA

Compra Legal, Compr... Me gusta

Concurso Nacional d... Me gusta

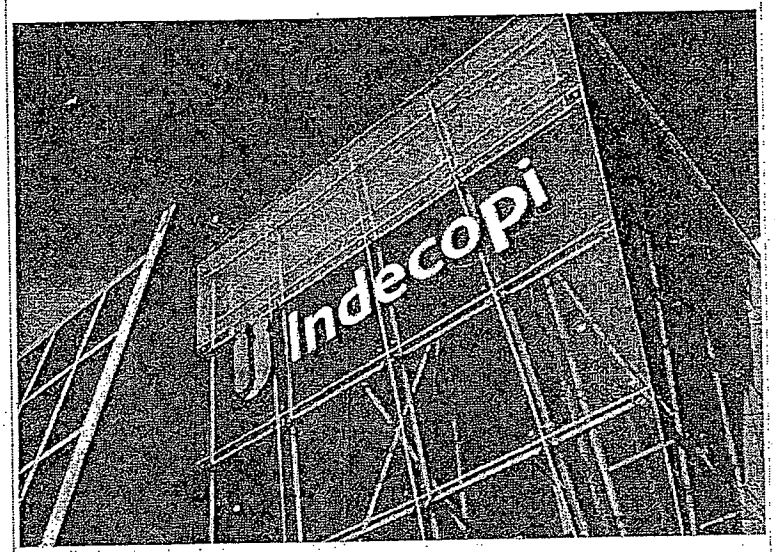
Español · Privacidad · Condiciones · Cookies · Publicidad · Más
Facebook © 2014

Indecopi Oficial
3 de octubre · Editado

[COMUNICADO] Pacífico Seguros inicia proceso judicial para evitar difusión de resoluciones sobre protección al consumidor → http://goo.gl/6eqJMo

Como Autoridad Nacional de Consumo, se velará por la defensa de las atribuciones legalmente conferidas para la promoción y fomento de una cultura de consumo en nuestro país y la protección efectiva de los consumidores.

Lea el comunicado aquí: http://goo.gl/6eqJMo



Me gusta · Comentar · Compartir Compartida 483 veces

A 284 personas les gusta esto. Mejores comentarios

Escribe un comentario...

Richard Jeanneau Necesitamos Instituciones fuertes y personas comprometidas a la defensa del consumidor, todos debemos apoyar la labor de Indecopi Oficial
Me gusta · Responder · 34 · 3 de octubre a la(s) 16:33

Chat (21)

Evelyn Esquivel Cisneros Indecopi, no se deje! -.-
Me gusta · Responder · 33 · 3 de octubre a la(s) 16:00

Anderson Felipe Chilingano Matta Cuando no el GRUPO ROMERO creyéndose dueño del país!!
Me gusta · Responder · 10 · 3 de octubre a la(s) 20:26

Juan Jose Alfaro Ramos Mucha gente estafada con seguros que ni cubre lo que promete
Me gusta · Responder · 9 · 3 de octubre a la(s) 16:35

Emmanuel Nuñez Loli Q absurdo! Como van a vulnerar la protección al consumidor!
Me gusta · Responder · 7 · 3 de octubre a la(s) 16:34

Gigi Bassallo Los q no saben de seguros pueden opinar y calumniar. Las cias de seguros venden riesgos q deben ser accidental, fortuito e imprevisto,..no cubren certezas.
Para opinar deben informarse un poquito mas.
Me gusta · Responder · 5 · 4 de octubre a la(s) 10:09

Irvin G Huamán Ch Informarse más.... evitando que se difundan las resoluciones?????
Me gusta · 2 · 4 de octubre a la(s) 18:05

Christian Velazquez Ritter Y tambien demandar a los que defienden a los asegurados? Que idea para mas absurda
Me gusta · 1 · 4 de octubre a la(s) 19:07

Ver más respuestas

Escribe una respuesta...

Crysthian Jhoseph Fernandini INDECOPI
Me gusta · Responder · 4 · 3 de octubre a la(s) 16:27

Lizet Pineda Jamás de su mano a torcer!!! si lo hacen ellos van a creer que tienen el poder de seguir haciendo de la suyas.....
Me gusta · Responder · 4 · 3 de octubre a la(s) 16:24

premium, es una pena. Puedo dar fe de la lentitud para resolver sus problemas administrativos. Me accidente y me rechazaron el seguro que habia pagado hace 2 meses. Y hasta el momento no resuelven la falla administrativa.
Me gusta · Responder · 3 · 4 de octubre a la(s) 10:43

Walter Ramirez Simbala Si el caso administrativo ya ha sido archivado...hay un derecho que asiste al ciudadano y es el de acceso a la informacion pública, bajo ese fundamento nosotros los ciudadanos tenemos la potestad de acceder a los documentos expedidos en un proced.adm, tanto para fines doctrinarios como para criticos y reguladores de la labor de una organismo del estado como lo es indecopi
Me gusta · Responder · 3 · 4 de octubre a la(s) 4:04

Roberto T. M. Zevallos Apoyo total a INDECOPI ..mira Patricia Rodriguez Guerra
Me gusta · Responder · 2 · 3 de octubre a la(s) 23:07

Katherine Silva Apoyemos a Indecopi.
Me gusta · Responder · 2 · 3 de octubre a la(s) 17:20

Alberto Pantoja Mego Compartanlo todos los q aman al peru
Me gusta · Responder · 2 · 3 de octubre a la(s) 16:27

Luigi Manrique Apaza No compremos en PACIFICO SEGUROS !!!!!
Me gusta · Responder · 6 · 3 de octubre a la(s) 17:52

Gigi Bassallo Exacto, muy facil es opinar sin argumentos. Excelente explicacion Diego Rodrigo Revilla Vasquez
Me gusta · Responder · 1 · 6 de octubre a la(s) 21:16

Deyvi Tito Ni aun leamos las letritas pequeña y no estemos deacuerdo entodos los seguros esta Igual .
Me gusta · Responder · 1 · 4 de octubre a la(s) 17:46

Ivan Carhuatocto Luna El punto es si dichas resoluciones son materia de revisión judicial, en ese sentido se podria entender que la información y la difusión de las mismas afecta la imagen y reputación de las empresas. Quizás sea algo necesario analizar al imponer sanciones y medidas correctivas pertinentes dentro del procedimiento administrativo.
Me gusta · Responder · 1 · 4 de octubre a la(s) 12:12

Dana Cacic Senores PRIMAX: para que ofrecen servicios complementarios como el BCP en sus grifos sin va ponerle a los clientes TODOS los peros posibles para acceder a ellos? Sabado 4 de octubre 10.30am aprox me acerco a su estacion del cruce de San Borja Sur con San Luis para hacer uso del ATM del BCP cosa que no iba a tomar ni 5 minutos porque no habia NADIE. Todos los estacionamientos del Listo! ocupados, la zona pintaba en el piso de amarillo donde NO se puede estacionar tambien (cosa que no sorprende porque es normal que el personal sugiera a los clientes del LISTO! estacionarse ahi violando toda norma de seguridad) la mayoria de las islas vacias, naturalmente porque no es hora punta asi es que me estaciono ahi sabiendo que no demorare ni 5 minutos y su personal me obliga a retirarme y estacionarme detras de un CAMION obstruyendo aun MAS la circulacion del lugar ademas sale un sujeto de su tienda que asumo sera su personal a decirme "esto no es un centro comercial" y que me mueva....claro eso si ven pero acaso alguien miraba una camioneta PILOT que SI estaba echando combustible PERO totalmente mal estacionada obstruyendo la isla del costado? NO! Por supuesto...que siga este senor mal cuadrado impidiendo el paso...pero yo que voy a hacer uso de un servicio que ustedes OFRECEN no podia estacionarme en su isla. Francamente CERO vocacion de servicio al cliente....parece que no conocen el concepto de venta cruzada y no se dan cuenta que el trafico que genera el BCO aporta para la venta de sus LISTOS! Aprendan de REPSOL que a diferencia de ustedes SI da todas las facilidades#indecopi #BCP #primax #repsol
Me gusta · Responder · 1 · 4 de octubre a la(s) 11:21

Karla Alfaro Que tal concha los del Pacifico Seguros...
Me gusta · Responder · 1 · 4 de octubre a la(s) 6:09

Lucia Edita Rosales Alvarez Todas las aseguradoras solo t sacan ek dinero t hacen creer q t vas tratar las clinicas primero t cobran despues un analisis d 10 y chauuuuuu!!!!nadie proteje al asegurado entre comillas vivimos abandonados,todos nos saquean con wl cuento d las aseguradoras....
Me gusta · Responder · 1 · 3 de octubre a la(s) 23:03

Geraldo Gutierrez A ver que estudio los esta asesorando, los que salen en el chambers son dónde más burros hay
Me gusta · Responder · 1 · 3 de octubre a la(s) 22:18

Katherine VCh Indecopi hagan bien su trabajo, por una bola de estafadores, rateros no van a quebrantar su ética verdad???? son una institución independiente así que si el estado quiere intervenir por intereses propios COIMA no sucumban en el delito.
Me gusta · Responder · 1 · 3 de octubre a la(s) 18:55

Rosa Mercedes Chumbe Olivares Pacifico seguro estafa a usuarios de edelnor con el cuento del seguro que nunca cumplieron ahora edelnor ya no cobra dicho seguro yo me pregunto donde esta ese dinero que mensual nos cobraban en el recibo de luz algo que seguros pacifico nunca cumplieron con nosotros los afectados. Pido que indecopi tambien investigue tremenda estafa. Ya que en la empresa de edelnor nadie nos sabe explicar donde esta nuestro dinero del dichoso seguro. Basta de abusos
Me gusta · Responder · 1 · 3 de octubre a la(s) 18:19

Roberto Huamanchumo Guzmán y si no compra.Pacifico.Seguros.cuál va comprar? Todos son iguales.
Me gusta · Responder · 1 · 3 de octubre a la(s) 18:16

Josue Segura Ayerbe Q malcriados para hacer eso... se ve la preocupación que tienen por sus clientes
Me gusta · Responder · 1 · 3 de octubre a la(s) 17:51

506

Jose Mesia Molina Muy bien indecopi...tambien deberlan investigar a Oncosalud y Seguros Rimac...que no cubren lo que prometen..
Me gusta · Responder · 2 · 4 de octubre a la(s) 10:55

Marco Rebatta Zuzunaga Ah... Las aseguradoras que sólo aseguran su inversión
Me gusta · Responder · 5 de octubre a la(s) 2:58

Karen Zavala Escribi una queja con respecto a un cobro indebido y al Libro de Reclamaciones que, no está a disposición de los clientes en la agencia de Interbank ubicada en la Av 2 de Mayo, San Isidro (frente a Wong) y lo han filtrado, no está en la página de Facebook de dicho banco. Se nota que están muy preocupados por sus clientes,
Me gusta · Responder · 5 de octubre a la(s) 1:24 · Editado

Walter N. Leiva Villacorta Necesitamos valuartes de la verdad y el derecho. Vamos Indecopi..! No te dejes.
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 20:02

Irvin G Huamán Ch Es uno de los sectores más reclamados y tiene la la consciencia de querer limitar la información y predictibilidad a los consumidores
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 19:38

Joel Anibal Tornero Ortega Si me robaron ahí dentro el video lo demuestra y ellos lo tienen.
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 15:41

Villanueva Banner Indecopi tiene q hacer respetar al consumidor....y no dejar k estafen a tanta gente ingenua aun...
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 15:06

Javier Flores Ferreyra ¡Que tales caraduras! ¿Y el derecho de los usuarios a reclamar y hacer públicos los derechos adquiridos, lesionados o conculcados por malas practicas? No solo deben denunciarse públicamente, sino también publicar las medidas empleadas para, además de garantizar los derechos conculcados, reparar las consecuencias que las infracciones produjeron.
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 13:17

Isaac FT Rojas todos los consumidores estamos contigo , vamos indecopi
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 12:59

Lu Pareds B #Apoyoalndecopi
Me gusta · Responder · 1 · 4 de octubre a la(s) 12:46

Pablo Martin Correa Luna El Estado tiene que ser más Fuerte que cualquier loby, cartel o monopolio!!
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 12:19

Paola Andia urra INDECOPI!!
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 12:18

Carol Suarez #Aguantelndecopi
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 10:15

Ricardo Lowenstein Trahtenberg señores indecopi los felicito
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 10:00

Joel Anibal Tornero Ortega Tengo una queja me robaron mi celular en Starbucks frente al parque Kennedy. Y tengo la denuncia, también escribí en el libro de reclamos. Que ago?? A defender nuestros derechos.
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 9:38

Carlos Vivas Te robaron dentro de SB?
Me gusta · 4 de octubre a la(s) 13:35

Escribir una respuesta...

Aldo Medina Perez Estamoa contigo indecopi
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 9:03

Eduardo Santino Alvarez Corleone Estafadores!!!
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 8:15

Fausto Hidalgo Sias Te estafan con esos seguros y nunca te hacen llegar la póliza
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 7:57

Juan Linares Nelson Lozano
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 7:54

Etj Alva Antes de contratar un seguro lean los contratos en su totalidad y las letras pequeñas porque alli esta la contradicción ,porque si firmas es responsabilidad tuya.
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 7:50

Martin Eduardo Todas las cias de seguros, todas son un robo.
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 7:14

Walter Ramirez Simbala La ultima Roberto Carlos Lorenzo Garcia
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 4:07

Jorge Victor Amaya Cuando el peruano borre la palabra comía de su diccionario, el Perú se irá reformando , si no pregúntale a.un policía, desde lejos .
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 1:35

Margot Cueto Salazar Seguro Pacifico son los más grandes estafadores...en fin todos los seguros son unos desgraciados robándole al pueblo y el gobierno ni nadie hace nada...basuras !!!
Me gusta · Responder · 4 de octubre a la(s) 1:01

ANEXO 8 - F

Notas de Prensa del INDECOPI en materia de Protección al Consumidor (septiembre 2011- octubre 2014)

Nº	Fecha	Sector	Empresa(s)	Tipo de Resolución	Resumen	Link	Decisión del Tribunal
1	03.10.2014	Restaurante	ARI´S S.A.C	Resolución de la ORI Loreto (no se indicó si había sido apelada o consentida)	Elaborar y comercializar alimentos que atentaban contra la salud de los consumidores de Loreto.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=900	Pendiente de resolución final
2	29.09.2014	Financiero y Seguros	Rimac, Pacífico Peruano Suiza, Mapfre y La Positiva	Resolución de la Comisión (se indicó que había sido apelada por Rímac y Pacífico)	No atender en el plazo establecido por ley las solicitudes de indemnización de los beneficiarios del SOAT	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=896	Pendiente de resolución final
3	05.09.2014	Hospedaje	Hoteles Cadena Real S.A.C.	Resolución de la Comisión (se indicó que podía ser apelada)	Por falta de idoneidad en el servicio prestado y no contar con el libro de reclamaciones en los Baños Termales de Monterrey (Huaraz)	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=879	Pendiente de resolución final
4	28.08.2014	Educación	13 Instituciones Educativas de Huánuco identificadas en la Nota de Prensa	Resolución de la ORI Huánuco (se indicó que podía ser apelada)	Realizar cobros no permitidos tales como cuotas extraordinarias y donaciones, direccionar la venta de útiles y uniformes escolares, y cobrar pensiones por anticipado, entre otros.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=876	Pendiente de resolución final
5	20.06.2014	Financiero y Seguros	Cooperativa de Ahorro y Crédito de Ilo Ltda. N° 50	Resolución de la Comisión (se indicó que podía ser apelada)	No informar de manera directa, clara y precisa el incremento de la tasa de interés a sus clientes.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=836	Pendiente de resolución final
6	19.06.2014	Financiero y Seguros	Caja Municipal de Crédito Popular de Lima S.A.	Resolución de la Comisión (se indicó que podía ser apelada)	Cobrar comisiones indebidas, omitir la entrega de documentos por la contratación de sus servicios y abrir cuentas sin autorización del consumidor.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=834	Pendiente de resolución final
7	10.06.2014	Financiero y	El Pacífico Peruano	Resolución de la	Negarse de manera	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarN	Pendiente de

		Seguros	Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros	Comisión (se indicó que podía ser apelada)	injustificada a otorgar un seguro de salud que cubriera enfermedades preexistentes, a pesar de que la ley dispone que estas dolencias sí deban ser atendidas.	oticia.aspx?PFL=0&NOT=828	resolución final
8	13.02.2014	Deporte	Federación Peruana de Fútbol y Liga Departamental de Futbol Cajamarca	Resolución de la ORI Cajamarca (se indicó que la Liga había apelado)	Vender entradas a pesar de haber sobrepasado la capacidad del estadio "Héroes de San Ramón", durante 2 partidos de fútbol jugados por la Universidad Técnica de Cajamarca, en Copa Perú.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=771	Confirmó
9	11.12.2013	Salud	Clínica Santa Isabel y Ventura	Resolución de la Comisión (se indicó que podía ser apelada)	La Clínica Santa Isabel no brindó un servicio médico idóneo a una madre y su hijo, pese a estar en un Programa de Salud de la Clínica, lo que derivó en el fallecimiento del menor. Por su parte, la Clínica Ventura no contó con personal médico especializado para atender una emergencia que derivó en la muerte de una paciente.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=738	Pendiente de resolución final
10	29.11.2013	Transporte	Lan Perú S.A. y Peruvian Air Line S.A.	Resolución de la Comisión de Lima Norte (se indicó que podía ser apelada)	No poner a disposición de los pasajeros un procedimiento de declaración de objetos de valor transportados en el equipaje de bodega, durante el vuelo.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=731	Pendiente de resolución final
11	05.11.2013	Financiero y Seguros	Caja Municipal de Ahorro y Crédito del Santa S.A.	Resolución de la Comisión de Lima Norte (se indicó que la Caja había apelado)	Amedrentar a sus clientes de la ciudad de Barranca, con un método abusivo de cobranza, ya que les aseguraba que al estar reportados ante las centrales de riesgo, no podrían acceder a crédito alguno en	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=712	Confirmó

					cualquier entidad financiera.		
12	24.10.2013	Financiero y Seguros	Banco Azteca del Perú S.A.	Resolución del ORPS de la ORI de La Libertad (se indicó que el banco había apelado)	Atribuir una deuda a una ciudadana que no era su cliente, a quien, además, reportó ante la central de riesgo de la SBS.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=701	Pendiente de resolución final
13	21.10.2013	Supermercados	Cencosud Retail Perú S.A. (Hipermercados Metro - Piura)	Resolución de la Comisión de la ORI Piura (se indicó que podía ser apelada)	Discriminar a menores con habilidades diferentes, impidiéndoles el ingreso a su establecimiento comercial, sin justificación alguna.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=698	Confirmó
14	09.10.2013	Transporte	27 empresas de transporte de pasajeros de las rutas de Huaraz, Carhuaz, Yungay y Huaylas	Resolución de la Comisión de la ORI Huaraz (apelada)	Infracciones al deber de idoneidad e información. Las empresas no brindaban documento que acredite la relación de consumo y no publicaban la lista de precios en un lugar accesible.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=692	Confirmó
15	16.08.2013	Educación	Colegio D´UNI S.A.C.	Resolución de la Comisión de la ORI Junín (se indicó que podía ser apelada)	Maltratos contra los estudiantes por parte del director, profesores y personal de servicio, y cobro de pensiones por adelantado.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=659	Pendiente de resolución final
16	06.08.2013	Discotecas	Gothic Entertainment S.A.	Resolución de la Comisión (se indicó que podía ser apelada)	Discriminar a la consumidora Godfrey Arbulú, al impedirle el ingreso a sus instalaciones por su orientación sexual.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=653	Confirmó
17	18.06.2013 20.06.2014	Educación	Universidad José Carlos Mariátegui de Moquegua	Resolución de la Comisión de la ORI Tacna (se indicó que había sido apelada)	Emitir grados académicos sin valor oficial y suspender la devolución de dinero dispuesta a un grupo de estudiantes que recibió (vía traslado) de la Universidad de Iquitos (que no está reconocida por la ANR).	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=629 http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=835	Confirmó
18	13.06.2013	Transporte	TACA, LC Busre y Star Up	Resolución de la Comisión (se indicó que Star Up había	Cobros indebidos por postergar los pasajes contratados, así como por	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=622	Pendiente de resolución final

				apelado)	transferirlos a terceras personas.		
19	12.06.2013	Transporte	LAN Perú	Resolución de la Comisión (se indicó que podía ser apelada)	Limitar a sus clientes el número de oportunidades de postergación de pasajes y exigirles cobros prohibidos para el referido aplazamiento.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=621	Pendiente de resolución final
20	17.04.2013	Educación	Promotora del Colegio "Angeli Pacis"	Resolución de la Comisión (se indicó que podía ser apelada)	No brindar un servicio idóneo en el cuidado y custodia de una niña de ocho años que pereció ahogada en la piscina de un centro recreacional, durante un paseo organizado por la institución educativa.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=586	Confirmó
21	17.04.2013	Educación	Provincia Mercedaria del Perú - Titular del Colegio Nuestra Señora de la Merced de Huacho	Resolución de la Comisión (se indicó que había sido apelada)	Exigir a los padres de familia el pago de una cuota extraordinaria por concepto de "aniversario del colegio" y otros conceptos no autorizados.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=585	Confirmó
22	15.02.2013	Editoriales	Corefo, Hilder, Magic Book, Nazareth y Master Libros	Resolución de la Comisión (no se indica si podía apelarse ni quiénes apelaron)	Ofrecer beneficios patrimoniales a Centros Educativos, a cambio de que elijan sus textos escolares.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=561	Confirmó
23	31.01.2013	Transporte	Peruvian Airlines S.A.	Resolución de la Comisión – sede Lima Norte (se indicó que podía ser apelada)	Actos de discriminación contra pasajeros con discapacidad auditiva.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=554	Confirmó
24	20.12.2012	Editoriales	Santillana y Bruño	Resolución de la Comisión (no se indica si podía apelarse ni quiénes apelaron)	Ofrecer diversos beneficios patrimoniales a centros educativos particulares a cambio de que requieran a sus alumnos sus textos escolares. También se informó el inicio de procedimientos de oficio contra los colegios que	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=544	Confirmó

511

					recibieron los beneficios.		
25	20.12.2012	Comercial	Open Plaza y Los Portales - Piura	Resolución de la Comisión de la ORI Piura (se indicó que podía ser apelada)	Impedir el acceso a la zona de parqueo especial así como la utilización de las rampas, a una persona con discapacidad.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=543	Confirmó
26	05.12.2012	Financiero y Seguros	Banco Interbank; BCP; Caja Municipal y de Ahorro de Crédito de Trujillo y Banco Financiero del Perú	Resolución de la ORI Huaraz (se indicó que denunciados habían apelado, salvo BCP que la consintió)	No informaron de manera oportuna a los consumidores respecto de posibles cobros por comisiones o gastos al momento de disponer de dinero en efectivo en cajeros automáticos, utilizando tarjetas de crédito o débito.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=528	Confirmó el caso de fondo para el Banco Interbank. En los otros casos revocó la Resolución, pero por improcedencia
27	11.10.2012	Editorial	Blue Tower Editores del Perú	Resolución de la ORI Cajamarca (se indicó que había sido apelada)	La empresa no informó adecuadamente a los consumidores que el material didáctico que comercializaba titulado "English my way", solo era bibliografía para el aprendizaje autodidacta del idioma inglés, no siendo un libro de enseñanza como se dio a entender a los consumidores.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=504	Confirmó
28	22.06.2012	Educación	Universidad Privada San Pedro – Sede Huaraz	Resolución de Comisión (se indicó que había sido apelada)	Restringir el ingreso de los alumnos a las aulas por no estar al día en los pagos de las pensiones.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=451	Confirmó
29	22.06.2012	Transporte	LC Busre S.A.C.	Resolución de Comisión (se indicó que había sido apelada)	Cancelar dos veces consecutivas vuelos a Huaraz por fallas técnicas, afectando las expectativas de viaje de diversos pasajeros.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=451	Confirmó
30	03.01.2012	Educación	Instituto Otto Tonsmann	Resolución del ORI Piura (se indicó	Ofrecer y dictar la carrera técnica de Rehabilitación y	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarN	Confirmó

				que podía ser apelada)	Fisioterapia pese a que no se contaba con la autorización sectorial correspondiente y sin informar dicha situación a los estudiantes.	oticia.aspx?PFL=0&NOT=368	
31	02.01.2012	Telefonía	Claro	Resolución del ORPS Cusco (no se indica si podía apelarse ni si se apeló)	Incumplir garantía de un equipo celular en perjuicio de una consumidora.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=367	Pendiente de resolución final
32	15.12.2011	Financiero y Seguros	Rímac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros	Comisión de Protección al Consumidor (se indicó que Rímac podía apelar)	Impedir injustificadamente que una joven se afilie a un seguro médico por tener síndrome de Down.	http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/NOT/NOT_DetallarNoticia.aspx?PFL=0&NOT=357	Confirmó

Indecopi

Lima, 19 de diciembre de 2014

SPC 517

Indecopi
DTE 19 PM 4 09

Señor Presidente de la Sala Especializada en Protección al Consumidor del Tribunal del INDECOPI

RECIBIDO
UNIDAD DE TRAMITE
DOCUMENTARIO

179196

Referencia 1: Expediente N°2074-2014/SPC
Referencia 2: Expediente N°582-2013/CC1

Por la presente, a continuación, el que suscribe presenta como medios probatorios algunos entre tantos links, de público acceso, que demuestran que no se vulneró ningún derecho de la denunciada cuando se hizo pública la sanción en primera instancia interpuesta por el INDECOPI a Pacífico Peruano Suiza:

http://elcomercio.pe/economia/peru/indecopi-sanciono-s114000-pacifico-seguros-noticia-1735304
http://gestion.pe/empresas/indecopi-sanciono-empresa-pacifico-peruano-suiza-porque-no-cubrio-enfermedades-preexistentes-seguro-medico-2099867
http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-indecopi-sanciona-multa-s-114-mil-a-pacifico-peruano-suiza-509632.aspx

A través de cualquier explorador de internet de los links señalados líneas arriba expresamente se indica el derecho que tiene la denunciada a apelar tal como ocurrió.

Incluso, a continuación, se señala el link que corresponde a otra sanción interpuesta por el INDECOPI a otras compañías de seguros (incluyendo a la denunciada) y en la publicación se señala que Pacifico Peruano Suiza apeló, lo mismo que Rímac Seguros.

http://www.rpp.com.pe/2014-09-29-indecopi-multa-a-cuatro-aseguradoras-por-incumplir-pago-del-soat-noticia_729481.html

Esto claramente evidencia la no vulneración de ningún derecho de la denunciada.

Finalmente, como denunciante quiero expresar que el fin es la búsqueda de que se respete lo ofrecido por la denunciada muy independientemente de que de acuerdo al marco legal vigente al momento de la contratación del seguro de continuidad la denunciada estuviera o no obligada a cubrir las preexistencias de enfermedades.

Por lo expuesto, Señor Presidente, y considerando todo el análisis y los medios probatorios que obran durante el proceso llevado a cabo por la Comisión de Protección al Consumidor (CC1) y las pruebas remitidas durante la etapa de apelación por parte del denunciante sírvase a ratificar en todos sus extremos las sanciones interpuestas a la denunciada de acuerdo a la Resolución Final N°501-2014/CC1 considerándose además la cobertura de las problemas de salud derivados y/u ocasionados como consecuencia de la no atención de las preexistencias.

Atentamente,

Oscar Ezequiel Segovia Trauco
DNI: 41161228

Indecopi
Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual Sala Especializada en Protección al Consumidor
22 DIC 2014
RECIBIDO
Fs: 09:10

PROCEDENCIA	:	COMISIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – SEDE LIMA SUR N° 1
PROCEDIMIENTO	:	DE PARTE
DENUNCIANTE	:	OSCAR EZEQUIEL SEGOVIA TRAUCO
DENUNCIADA	:	EL PACÍFICO PERUANO SUIZA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
MATERIAS	:	IDONEIDAD DEL SERVICIO SEGURO DE SALUD
ACTIVIDAD	:	PLANES DE SEGUROS GENERALES

SUMILLA: Se confirma la resolución venida en grado en el extremo que declaró fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción de los artículos 18° y 19º del Código de Protección y Defensa del Consumidor, debido a que denegó injustificadamente la cobertura del "seguro de continuidad" al considerar como preexistentes las enfermedades generadas y cubiertas bajo la vigencia del plan de salud contratado anteriormente con Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud, pese a que el artículo 118º de la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de continuidad de cobertura para dicho ***supuesto.***

Asimismo, se confirma dicha resolución en el extremo que declaró fundada la denuncia contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción del artículo 47º literal a) del Código de Protección y Defensa del Consumidor, al haberse verificado que no proporcionó al denunciante una copia de la póliza y sus anexos cuando ***contrató el seguro de continuidad.***

SANCIÓN: 10 UIT - por negativa injustificada de cobertura

1 UIT - por falta de entrega de póliza y anexos

Lima, 19 de diciembre de 2014

I ANTECEDENTES

1. El 28 de agosto de 2013, el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco (en adelante, el señor Segovia) denunció a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.[1] (en adelante, Pacífico Seguros) ante la Comisión de Protección al Consumidor – Sede Lima Sur N° 1 (en adelante, la

[1] RUC 20100035392. Domicilio fiscal en Calle Juan de Arona N° 830, San Isidro , Lima.

Comisión) por presuntas infracciones de la Ley Nº 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor[2] (en adelante, el Código).

2. En su denuncia, el señor Segovia señaló lo siguiente:

(i) Entre los meses de setiembre de 2011 y julio de 2013 contaba con un seguro de salud contratado con Pacífico S.A. Entidad Prestadora de Salud (en adelante, Pacífico EPS), que cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, enfermedades que fueron diagnosticadas el 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, respectivamente;
(ii) en agosto de 2012, durante la vigencia de dicho seguro, solicitó un seguro de salud adicional (Póliza N° 7664910) a Pacífico Seguros, quien le indicó que el tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides -cubierto por Pacífico EPS- no sería excluido. Esta póliza fue posteriormente anulada el 31 de julio de 2013;
(iii) el 31 de julio de 2013, al concluir el contrato de seguro con Pacífico EPS, suscribió con Pacífico Seguros un nuevo contrato de seguro (Póliza N° 9797782);
(iv) el 17 de agosto de 2013, acudió a la Clínica Jockey Salud para continuar con el tratamiento que venía recibiendo. Sin embargo, personal médico de dicho establecimiento de salud le indicó que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía habían sido consignadas en su seguro de salud como enfermedades preexistentes y que, por tanto, no serían cubiertas por Pacífico Seguros; y,
(v) pese a haber suscrito con Pacífico Seguros la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud, a la fecha de la interposición de la presente denuncia no ha recibido copia de dicho documento.

3. Mediante Resolución 1 del 26 de setiembre de 2013, la Secretaría Técnica de la Comisión admitió a trámite la denuncia, considerando como presuntas infracciones las siguientes:

> "(i) Por presunta infracción de los artículos 18º y 19º de la Ley Nº 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. se habría negado injustificadamente a brindar la cobertura del seguro contratado (Póliza N° 9797782) con el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco, aduciendo que el tratamiento que solicita implica enfermedades preexistentes.
>
> (ii) Por presunta infracción del literal e) del artículo 47° de la Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor, en la medida que El Pacífico Peruano-Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. no habría proporcionado al señor Oscar

[2] Publicada el 2 de setiembre de 2010 en el diario oficial El Peruano y vigente a partir del 2 de octubre de 2010.

Ezequiel Segovia Trauco una copia y respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 vinculada al seguro de salud contratado."

4. En sus descargos, Pacífico Seguros señaló que:

   (i) Era una compañía de seguros que dentro de sus servicios ofrece el beneficio denominado "Seguro de Continuidad", el cual brinda cobertura en atenciones médicas en forma paralela a un plan de salud ofrecido por Pacífico EPS, permitiendo que respecto de las atenciones médicas realizadas mediante la cobertura del EPS no se consideren como enfermedades preexistentes las que se generen desde su contratación, resaltando que Pacífico Seguros no era una EPS y no ofrecía planes de salud dentro de sus servicios;
   (ii) el 5 de setiembre de 2012, el señor Segovia, optó por el beneficio de continuidad previamente descrito y contrató un "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 7664910), consignándose como exclusión la cobertura por tratamientos médicos de rinitis alérgica y hemorroides;
   (iii) el 31 de julio de 2013, luego de que el señor Segovia cesó de laborar, solicitó el inicio del beneficio de continuidad para su "Seguro de Salud Total" (Póliza N° 9797782), consignándose las mismas exclusiones contenidas en la póliza anterior;
   (iv) Pacífico Seguros y Pacífico EPS eran personas jurídicas distintas que no tenían entre sí ninguna obligación legal de considerar las atenciones médicas cubiertas por sus pólizas o planes de salud como diagnósticos sujetos a mantener continuidad entre ellos;
   (v) el derecho de continuidad previsto en la Ley N° 28770[3] aplica solo cuando se realiza el cambio de un seguro de salud a otro y de una EPS a otra, respectivamente, y no cuando el cambio se dé de una EPS a un seguro de salud o viceversa. Por ello, indicó que resulta válida la exclusión de cobertura de los diagnósticos de rinitis alérgica y hemorroides formulada por la compañía aseguradora, en la medida que estas enfermedades encajarían dentro de lo que se define como una preexistencia, sin importar que hayan sido atendidas bajo la cobertura de Pacífico EPS; y,
   (vi) el 18 de octubre de 2013, se hizo entrega de la póliza del seguro contratado y sus anexos al domicilio del señor Segovia.

5. Mediante Resolución 501-2014/CC1 del 21 de mayo de 2014, la Comisión emitió el siguiente pronunciamiento:

[3] Ley que regula la utilización de las preexistencias en la contratación de un nuevo seguro de enfermedades y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el período inmediato anterior.

(i) Declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Segovia contra Pacífico Seguros, por infracción a los artículos 18º y 19º del Código, en la medida que se negó injustificadamente a brindar la cobertura del seguro de salud contratado por el denunciante para el tratamiento médico que solicitaba, al considerar como preexistentes enfermedades que ya habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente por el asegurado con una compañía del sistema de EPS;
(ii) declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Oscar Ezequiel Segovia Trauco contra Pacífico Seguros, por infracción al literal a) del artículo 47° del Código, en la medida que no proporcionó al denunciante la copia y los respectivos anexos de la Póliza N° 9797782 cuando este contrató el seguro de salud;
(iii) ordenó a Pacífico Seguros que, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacifico EPS, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes;
(iv) sancionó a Pacífico Seguros con una multa de 30 UIT por haber negado injustificadamente la cobertura del seguro de salud y 1 UIT por no haber entregado copia de la póliza y sus anexos; y,
(v) condenó a Pacífico Seguros al pago de las costas y costos derivados del procedimiento.

6. El 4 de junio de 2014, Pacífico apeló la Resolución 501-2014/CC1, señalando lo siguiente:

(i) El artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro reconocía la existencia de dos sistemas diferentes: el sistema de seguros generales y el sistema de EPS, los cuales se rigen por normas distintas. El sistema de seguros brindaba continuidad de cobertura a las enfermedades que habían sido cubiertas por una póliza de salud ante el cambio o migración a otro seguro de salud, conforme a la Ley 28770. El sistema de EPS estaba regulado por la Ley 29344, Ley Marco Aseguramiento Universal en Salud, siendo que los planes de seguros de salud y el tratamiento de preexistencias se regían por ésta, su reglamento y normas complementarias, conforme al artículo 117° de la Ley del Contrato de Seguro;
(ii) la Ley 29344 establecía que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (en adelante, PEAS) y sus condiciones mínimas asegurables son financiadas por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (en adelante, IAFAS), estando comprendidas,

entre otras, las EPS y las compañías de seguros privados de salud, siendo que estas últimas no se encontraban registradas en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (en adelante, la SBS). Agregó que el artículo 7° de la Ley 29344 fue derogado mediante Decreto Legislativo 1158 y se reconoció que las compañías de seguros generales que operan en el ramo de salud calificaban como IAFAS;

(iii) ello evidenciaba claramente que el sistema de EPS y el sistema de seguros se mantuvieron independientes protegiendo la continuidad de la cobertura de los diagnósticos considerados preexistentes a los asegurados que permanecieran en cada uno de ellos, por lo que al momento de la interposición de la denuncia Pacífico Seguros no calificaba como IAFA y, por ende, no se encontraba en la obligación de continuar con la cobertura de las preexistencias, pese a que habían sido objeto de cobertura anteriormente por una EPS;

(iv) contrariamente a lo señalado por la Comisión, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no establecía que las enfermedades preexistentes que venían siendo cubiertas durante la vigencia de un primer seguro de salud, independientemente de si este fue emitido por una EPS o compañía de seguros, continuaban siendo cubiertas por la compañía de seguros o la EPS en un nuevo seguro de salud, toda vez que ambos sistemas tenían distinta naturaleza y se regían por normas distintas, siendo cada sistema independiente uno del otro y la continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes se protegía en cada uno de ellos;

(v) a la fecha de presentación de la apelación, existía el Proyecto de Ley N° 3416/2013-CR que proponía modificar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro para que una persona pudiese trasladarse del sistema de EPS al sistema de seguros o viceversa sin perder la cobertura de las enfermedades preexistentes, es decir, dicho proyecto estaba regulando un vacío legal existente en torno a la continuidad de cobertura cuando alguien migra de un sistema a otro, por lo que Pacífico Seguros no tenía la obligación de continuar con la cobertura en el presente caso;

(vi) en cuanto a la falta de entrega de la póliza sus anexos, Pacífico Seguros señaló que cumplió con entregar al denunciante copia de tales documentos el 18 de octubre de 2013; sin embargo, la Comisión por un criterio errado indicó que al haberse realizado la entrega 42 días después de la interposición de la denuncia habría incurrido en infracción, pues no existía plazo alguno para al entrega del contrato al consumidor. Ello había vulnerado el principio de tipicidad al imputarse un hecho que no se encontraba previsto en la norma, por lo que la Sala debería revocar dicho extremo; y,

(vii) cuestionó la multa y la graduación de la sanción.

7. El 25 de agosto de 2014, el señor Segovia presentó un escrito señalando que Pacífico Seguros publicitaba a través de su página Web el "seguro de continuidad" informando que no solamente se brindaría cobertura a aquellas enfermedades que se originaran desde el momento de la contratación, sino que cuando no se contara con EPS se mantendría la cobertura por el producto de salud que se le venía brindando, por lo que Pacífico Seguros se valió de la EPS para ofrecerle un nuevo seguro sin señalar ni advertir que ello no era así. Señaló, además, que Pacífico debió ser sancionado con una multa más alta por haber afectado un derecho fundamental y haber incurrido en reincidencia, pues ya fue sancionada anteriormente por algo similar en la Resolución 077-2014/SPC-INDECOPI, considerando también que la conducta infractora lo perjudicó directamente.

8. El 7 de noviembre de 2014, Pacífico Seguros presentó un escrito ampliatorio indicando lo siguiente:

   (i) Solicitó la suspensión del procedimiento, toda vez que se encuentra en trámite a nivel jurisdiccional la demanda de amparo interpuesta por Pacífico Seguros contra el Indecopi por haber publicitado la resolución apelada a pesar de que estaba pendiente el recurso de impugnación y no tenía la calidad de cosa decidida, lo que ha vulnerado las garantías del debido proceso, la imparcialidad de los vocales de la Sala que resolverán en segunda instancia, la imagen y buena reputación y la presunción de inocencia, teniendo en cuenta que en anteriores oportunidades la Sala suspendió algunos procedimientos por estar pendiente el pronunciamiento en sede judicial;
   (ii) durante el periodo de cobertura del plan de salud que el señor Segovia contrató con Pacífico EPS (setiembre de 2011 – julio 2013), se le diagnóstico rinitis alérgica y hemorroides, las cuales fueron cubiertas. En el mes de setiembre de 2012, cuando se encontraba vigente el plan de salud con Pacífico EPS, el denunciante contrató con Pacífico Seguros un Póliza denominada "Seguro de Continuidad" (Póliza 7664910), es decir, se contrató cuando no estaba vigente la Ley del Contrato de Seguro y se consignó que la rinitis alérgica y las hemorroides no se encontraban cubiertas por preexistentes;
   (iii) el seguro de continuidad podía ser contratado en paralelo a un plan de salud ofrecido por una EPS y permitía que las enfermedades que podían aparecer desde el momento de su contratación, también sean cubiertas en un futuro en caso cambie de trabajo o EPS, además permitía ampliar el beneficio anual, es decir, constituía un respaldo adicional que se mantenía "inactivo". En el mes de julio de 2013, el señor Segovia cambió de trabajo y se desafilió de la EPS, por lo que se

activó el seguro de continuidad, emitiéndose un nuevo documento (Póliza 9797782) el 31 de julio de 2013 que, complementando a las cláusulas pactadas al momento de su contratación, regiría la relación contractual con Pacífico Seguros;

(iv) el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no resultaba aplicable al presente caso al no encontrarse vigente al momento en que nació la relación contractual entre el señor Segovia y Pacífico Seguros, toda vez que : (i) dicha ley entró en vigor el 27 de mayo de 2013 y el seguro de continuidad se contrató en setiembre de 2012, es decir, con anterioridad a su vigencia; (ii) la quinta disposición final y modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro no es aplicable a aquellas relaciones que ya se encontraban reguladas contractualmente, es decir, conforme a lo acordado por las partes;

(v) adjuntó un informe legal del Estudio Echecopar que precisaba que el seguro de continuidad ofrecido por Pacífico Seguros cubre todas las enfermedades que se presenten desde la fecha de su contratación y que las anteriores constituirían preexistencias, lo cual se encontraba regulado en las condiciones especiales de la Póliza 7664910, donde se excluyó la rinitis alérgica y las hemorroides. Ello evidenciaría que se informó al denunciante oportunamente que sólo se cubrirían aquellos diagnósticos desde la fecha de contratación del seguro de continuidad, de modo que al activarse el seguro de continuidad se procedió a emitir la Póliza 9797782, siendo que en virtud de lo acordado no correspondía dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia;

(vi) si bien Pacífico emitió dos Pólizas para dar cumplimiento a sus procedimientos internos, lo cierto es que se trataba de una misma relación jurídica, la cual inició en el mes de setiembre de 2012 y se encontraba actualmente vigente, conformada por dos momentos: periodo de inactividad y periodo de actividad. En la nueva póliza emitida se agregaron prestaciones a la póliza inicialmente emitida al momento de la contratación del seguro de continuidad, lo cual no implicaba que el periodo de actividad no forme parte de la relación jurídica establecida entre el señor Segovia y Pacífico Seguros. De modo que al haber nacido la relación jurídica entre el denunciante y Pacífico Seguros en setiembre de 2012 no era de aplicación al Ley del Contrato de Seguro, pues esta no tenía fuerza ni efectos retroactivos, rigiéndose, más bien, por los acordado entre las partes;

(vii) en el hipotético y negado caso de que se considerase que la Ley del Contrato de Seguro era aplicable al presente caso, el artículo 118° no regula el supuesto de “preexistencias cruzadas” en relación con el sistema de EPS y el sistema de seguros, pues la cobertura de enfermedades preexistentes se regulaba legalmente en cada sistema y, en tal sentido, los afiliados no podían migrar de un EPS a un seguro o

viceversa manteniendo la cobertura de sus preexistencias. Ello, debido a que existen principalmente dos sistemas de aseguramiento de salud: (i) el sistema de seguros; y, (ii) el sistema de EPS, siendo que ambos se encontraban regulados y supervisados por entidades diferentes (SBS y SUSALUD[4], respectivamente) y el tratamiento de las preexistencias está regulado por normas distintas;

(viii) en el sistema de seguros se brinda continuidad de cobertura a las enfermedades que hayan sido cubiertas por una póliza de salud de cualquier compañía de seguros, conforme lo dispuesto en la Ley 28770[5] , Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un nuevo seguro de enfermedad y/o asistencia médica con la misma compañía de seguros a la que se estuvo afiliado en el Periodo Inmediato Anterior, y la Resolución SBS N° 3203-2013, Normas Complementarias Aplicables a los Seguros de Salud. La ley 28770 claramente establece la continuidad de cobertura ante la migración de un seguro de salud a otro, y no ante un cambio de un seguro de salud a un plan de salud de una EPS, pues la norma sólo regula el tratamiento de las preexistencias en la contratación de seguros de salud con compañías de seguros. Lo mismo ocurre con la Resolución SBS N° 3203-2013, de modo que ninguna de las normas regula el supuesto de "preexistencias cruzadas", pues la continuidad de cobertura se aplica solamente dentro del sistema de seguros;

(ix) el sistema de EPS tenía como finalidad prestar servicios de salud con infraestructura propia y/o de terceros, pudiendo ser instituciones públicas o privadas distintas a ESSALUD, que prestan atención médica en dos capas (capa simple y capa compleja). La continuidad en la cobertura de preexistencias en relación a los planes de salud se regula por la Ley 29561[6], Ley que Establece la Continuidad en la Cobertura de

---

4 Superintendencia Nacional de Salud.

5 LEY 28770. LEY QUE REGULA LA UTILIZACIÓN DE LAS PREEXISTENCIAS EN LA CONTRATACIÓN DE UN NUEVO SEGURO DE ENFERMEDAD Y/O ASISTENCIA MÉDICA CON LA MISMA COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA QUE SE ESTUVO AFILIADO EN EL PERIODO INMEDIATO ANTERIOR. Artículo 1.- Tratamiento de las preexistencias en los seguros de enfermedades y asistencia médica
En la contratación de seguros de enfermedades y asistencia médica 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 diferente.
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.

6 LEY 29561, LEY QUE ESTABLECE LA CONTINUIDAD EN LA COBERTURA DE PREEXISTENCIA EN EL PLAN DE SALUD DE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD. Artículo 1.- Objeto de la Ley
La presente Ley tiene el objeto de garantizar la continuidad de la cobertura de preexistencias de la capa compleja del plan de salud contratado en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para los trabajadores

Preexistencia en el Plan de Salud de las Entidades Prestadoras de Salud, y por su Reglamento (Decreto Supremo 008-2012-SA). Ello evidenciaba que los afiliados pueden mantener o continuar con la cobertura de preexistencias si varían de plan de salud debido al cambio de trabajo o cambio de EPS, pero no se contemplaba el supuesto de "preexistencias cruzadas";

(x) el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro reconocía la existencia de dos sistemas diferentes (el sistema de seguros y el sistema de EPS) y establecía que la cobertura de las preexistencias (independientemente del sistema al que se haga referencia) era, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior, es decir, la norma no regulaba de manera general el tratamiento de preexistencias (pues hay normas que regulan cada sistema), sino sólo el monto de cobertura que debe ser respetado en cada sistema. Ello era corroborado por la Resolución SBS N° 3203-2013, según la cual la cobertura de preexistencias en el sistema de seguros se regía por la Ley 28770 y es aplicable a cualquier compañía de seguros, lo que evidencia que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no contemplaba la figura de "preexistencias cruzadas";

(xi) el doctor Hernán Ramos Romero, Intendente de la Superintendencia Nacional de ESSALUD, en una conferencia precisó que la Ley del Contrato de Seguro tenía carácter supletorio cuando hay otras normas que rigen la materia y que la cobertura de las preexistencias con relación al sistema de seguros se encontraba regulada por la Ley 28770 y la del sistema de EPS por la Ley 29561. En el mismo sentido se pronunció el informe legal del Estudio Echecopar y precisó también que no era posible sostener que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro regulaba las "preexistencias cruzadas" por ser extensiva e inconsistente, lo único que había pretendido dicha ley era incorporar ambos marcos legales (seguros y EPS) en una sola disposición para que esta se lea conjuntamente con las disposiciones contenidas en cada uno de ellos. Lo mismo ocurre con el informe legal del Estudio Osterling;

(xii) de acuerdo con ello, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguros no preveía la figura de las "preexistencias cruzadas", por lo que la Comisión efectuó una interpretación arbitraria y antitécnica de la norma, más aun si actualmente se venía discutiendo un proyecto de ley que proponía modificar dicho artículo para garantizar la cobertura de la preexistencias ante el cambio de su seguro de salud a una EPS y

que cambian dicho plan por otro, a consecuencia de cambio de centro laboral o de Entidad Prestadora de Salud.
Esta disposición es aplicable a los trabajadores y a sus derechohabientes.

viceversa. Asimismo, mediante Informe 078-2014_EF/65.01, emitido por la Dirección General de Mercados Financieros y Previsional Privado del Ministerio de Economía y Finanzas (en adelante, Informe MEF), se emitió opinión desfavorable contra el mencionado proyecto de ley al considerar que atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente;

(xiii) en el caso materia de controversia, no correspondía a Pacífico Seguros brindar cobertura a las enfermedades diagnosticadas al señor Segovia bajo el EPS puesto que las mismas habían sido calificadas como preexistencias y estaban excluidas al momento de contratar el seguro de continuidad. Agregó que si bien la Ley 29334, de manera excepcional, había previsto la cobertura de preexistencias cruzadas con relación al PEAS, lo cierto es que el PEAS es un producto distinto e independiente de los seguros ofrecidos en el mercado y, en tal sentido, distinto al adquirido por el señor Segovia, por lo que para acceder al beneficio de cobertura de las preexistencias, el denunciante debió haber contratado un PEAS y solicitar un cambio de IAFA; sin embargo, contrato un seguro distinto y diferenciado del PEAS, por lo que no podría acceder al beneficio de continuidad. Precisó que a partir del 6 de diciembre de 2013 Pacífico Seguros califica como IAFA; y,

(xiv) amplió sus cuestionamientos sobre la medida correctiva y la graduación de la sanción.

9. El 17 de diciembre de 2014, Pacífico presentó adicionalmente un escrito reiterando su solicitud de suspensión del procedimiento por la publicación de dos notas de prensa que, a su criterio, resultaban ilegales y arbitrarias (la primera relacionada con la resolución impugnada y la segunda con la demanda de amparo que interpuso), las cuales habrían afectado sus derechos constitucionales (reputación, presunción de inocencia, imparcialidad, etc.) al haberse difundido una resolución que no tenía el carácter de firme en sede administrativa y que podría incidir o condicionar el juicio del Tribunal en segunda instancia.

10. El 19 de diciembre de 2014, se llevó a cabo la audiencia de informe oral con la asistencia del representante de Pacífico Seguros y del señor Segovia.

II CUESTIONES EN DISCUSIÓN

(i) Establecer si corresponde suspender el procedimiento en la medida que existe un proceso de amparo en trámite contra el Indecopi por haber difundido la resolución de primera instancia;

(ii) de ser el caso, determinar si la Ley del Contrato de Seguro es aplicable al presente caso;

(iii) de ser el caso, dilucidar si dicha ley reconoce la garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes cuando se produzca la migración de un plan de salud bajo el sistema de EPS a un seguro de salud bajo el sistema de seguros en general y, a la luz de ello, determinar la responsabilidad de Pacífico Seguros por presunta infracción de los artículos 18° y 19° del Código; y,

(iv) de ser el caso, determinar si Pacífico Seguros infringió el artículo 47° literal b) del Código al no haber entregado la póliza y sus anexos al momento de contratar, aun cuando haya sido entregada luego de la interposición de la denuncia e imputación de cargos.

III ANÁLISIS DE LAS CUESTIONES EN DISCUSIÓN

III.1 Sobre la solicitud de suspensión del procedimiento

11. El artículo 139º inciso 2) de la Constitución Política del Perú[7], en concordancia con el artículo 4º del Decreto Supremo 017-93-JUS, Texto Único Ordenado de la Ley Orgánica del Poder Judicial[8], establece que ninguna autoridad, cualquiera sea su rango o denominación, puede avocarse al conocimiento de causas pendientes ante el órgano jurisdiccional, interferir en el ejercicio de sus funciones, ni cortar procedimientos en trámite seguidos por los fueros jurisdiccionales bajo responsabilidad política o penal.

12. El artículo 65º del Decreto Legislativo 807, Ley sobre Facultades, Normas y Organización del Indecopi, establece que los órganos funcionales suspenderán la tramitación de los procedimientos que ante ellos se siguen en dos supuestos:

---

7 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ DE 1993. Artículo 139º.- Principios de la Administración de Justicia.- Son principios y derechos de la función jurisdiccional:
(…)
2. La independencia en el ejercicio de la función jurisdiccional. Ninguna autoridad puede avocarse a causas pendientes ante el órgano jurisdiccional ni interferir en el ejercicio de sus funciones. Tampoco puede dejar sin efecto resoluciones que han pasado en autoridad de cosa juzgada, ni cortar procedimientos en trámite, ni modificar sentencias ni retardar su ejecución. Estas disposiciones no afectan el derecho de gracia ni la facultad de investigación del Congreso, cuyo ejercicio no debe, sin embargo, interferir en el procedimiento jurisdiccional ni surte efecto jurisdiccional alguno.

8 DECRETO SUPREMO 017-93-JUS. TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL. SECCIÓN PRIMERA. PRINCIPIOS GENERALES.
Artículo 4º.- Carácter vinculante de las decisiones judiciales. Principios de la administración de justicia.
(…)
Ninguna autoridad, cualquiera sea su rango o denominación, fuera de la organización jerárquica del Poder Judicial, puede avocarse al conocimiento de causas pendientes ante el órgano jurisdiccional. No se puede dejar sin efecto resoluciones judiciales con autoridad de cosa juzgada, ni modificar su contenido, ni retardar su ejecución, ni cortar procedimientos en trámite, bajo la responsabilidad política, administrativa, civil y penal que la ley determine en cada caso.

(i) Cuando se haya iniciado un proceso judicial que verse sobre la misma materia con anterioridad al inicio del procedimiento; o,
(ii) cuando surja una cuestión contenciosa que, a criterio del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual o de la Comisión u Oficina respectiva, precise de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramite ante INDECOPI. Cabe indicar que en este último caso, la norma no impide que dicha cuestión contenciosa pueda surgir durante el procedimiento[9].

13. El propósito del referido artículo es evitar que surjan pronunciamientos contrarios entre distintas autoridades que afecten los intereses o derechos de los particulares y, adicionalmente, impedir la creación de inestabilidad e inseguridad jurídica respecto al propio ordenamiento jurídico.

14. En el presente caso, ante esta instancia Pacífico Seguros solicitó la suspensión del procedimiento, toda vez que se encuentra en trámite a nivel jurisdiccional la demanda de amparo interpuesta por dicho administrado contra el Indecopi por haber difundido la resolución impugnada a pesar de que estaba pendiente el recurso de impugnación y no tenía la calidad de cosa decidida, lo que habría vulnerado las garantías del debido proceso, los derechos a la imagen, buena reputación y presunción de inocencia de la referida empresa, así como la imparcialidad de los vocales de la Sala que resolverán en segunda instancia, teniendo en cuenta que en anteriores oportunidades la Sala suspendió algunos procedimientos por estar pendiente el pronunciamiento en sede judicial.

15. Al respecto, esta Sala considera que en principio la demanda de amparo interpuesta por Pacífico Seguros contra el Indecopi no incide propiamente en la dilucidación de la materia controvertida en el presente caso, pues la decisión jurisdiccional que se adopte no determinará si la Ley del Contrato de Seguro resulta aplicable o si esta regula una garantía de continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes ante el cambio o migración de un plan de salud del EPS a un seguro privado, ni dilucidará algún hecho que sirva de premisa fáctica para resolver la cuestión materia de denuncia . En otras palabras, la demanda de amparo no tiene una incidencia específica, directa y concreta respecto del tema de fondo de este procedimiento.

[9] DECRETO LEGISLATIVO 807. LEY SOBRE FACULTADES, NORMAS Y ORGANIZACIÓN DEL INDECOPI. Artículo 65º.- Los órganos funcionales de Indecopi suspenderán la tramitación de los procedimientos que ante ellos se siguen sólo en caso de que, con anterioridad al inicio del procedimiento administrativo, se haya iniciado un proceso judicial que verse sobre la misma materia, o cuando surja una cuestión contenciosa que, a criterio del Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual o de la Comisión u Oficina respectiva, precise de un pronunciamiento previo sin el cual no puede ser resuelto el asunto que se tramita ante Indecopi.

16. En efecto, los cuestionamientos de Pacífico Seguros en la demanda de amparo y que sustentan su pedido de suspensión del procedimiento, se dirigen en su mayoría a la publicación de una nota de prensa de la resolución emitida por la Comisión sin haberse agotado la vía administrativa ni haber adquirido la calidad de cosa decidida, lo cual habría afectado sus derechos al debido proceso, la presunción de inocencia, la imagen y buena reputación, siendo que ello afectaría la imparcialidad de los vocales de la Sala al estar presuntamente condicionados por la presión mediática y por el hecho de que se habría confirmado el 100% de los casos que contaban con notas de prensa.

17. Ello quiere decir que lo que pretende Pacífico Seguros es que el Tribunal no emita un pronunciamiento en segunda instancia administrativa por motivos relacionados con aspectos que no tienen ninguna incidencia con la dilucidación del tema de fondo en discusión. En tal sentido, en la medida que la demanda de amparo de Pacífico Seguros contra el Indecopi se dirige a cuestionar la publicación de una nota de prensa y de ello se pretende derivar un supuesto conflicto de intereses que incidiría en el sentido de la decisión de los vocales de la Sala -a pesar de que los mismos no promovieron ni ordenaron dicha publicación-, este Colegiado es de la opinión que el pronunciamiento que eventualmente emita el Poder Judicial no constituye una cuestión contenciosa previa para poder resolver el fondo de la controversia del presente caso.

18. De otro lado, cabe señalar que si bien en anteriores pronunciamientos la Sala ha suspendido procedimientos seguidos ante el Indecopi en mérito a procesos de amparo, ello se debió a que para resolver dichos casos se consideró necesario un pronunciamiento previo y definitivo en los procesos constitucionales, a diferencia del presente caso. Así, en las Resoluciones 1206-2014/SPC-INDECOPI, 1207-2014/SPC-INDECOPI y 1208-2014/SPC-INDECOPI[10] en el proceso de amparo se cuestionó "la validez y eficacia del requerimiento formulado por la Comisión, cuyo presunto incumplimiento generó que no se realizara una actuación probatoria (informe pericial) que derivó en que se declare fundada la denuncia". Asimismo, la Resolución 1995-2014/SPC-INDECOPI[11] ordenó la suspensión debido a que "la eventual decisión que se tome en el marco de la demanda de amparo (…) está referido a la evaluación de aplicabilidad o no del artículo 66º.7 del

[10] Cabe precisar que dichas resoluciones se emitieron con abstención del vocal José Alejandro Rospigliosi Vega.

[11] Cabe precisar que dicha resolución se emitió con abstención del vocal Julio Baltazar Durand Carrión..

Código, el cual es el sustento de la imputación de cargos en el caso de autos".

19. Ello quiere decir que la razón de la suspensión en aquellos casos se debió a la necesidad y relevancia de poder determinar de manera previa y definitiva la constitucionalidad del sustento material (actuación probatoria) o normativo (aplicabilidad de una norma) sobre el asunto materia de controversia, pendiente de pronunciamiento en segunda instancia. Es decir, el elemento común en las resoluciones citadas es la incidencia directa y específica que tenía la demanda de amparo en cada caso para la dilucidación del asunto de fondo, así como la necesidad de contar con un pronunciamiento final, lo cual no se refleja en la demanda de amparo solicitada por Pacífico Seguros en este caso, al incidir únicamente en la constitucionalidad de la publicación de la resolución de primera instancia que supuestamente habría afectado sus derechos al debido proceso, imagen y reputación, presunción de inocencia e imparcialidad.

20. Por las razones expuestas, esta Sala considera que no corresponde suspender el presente procedimiento, por cuanto no existe una cuestión contenciosa que requiera un pronunciamiento previo y definitivo para poder resolver el asunto de fondo materia de controversia, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 65º del Decreto Legislativo 807.

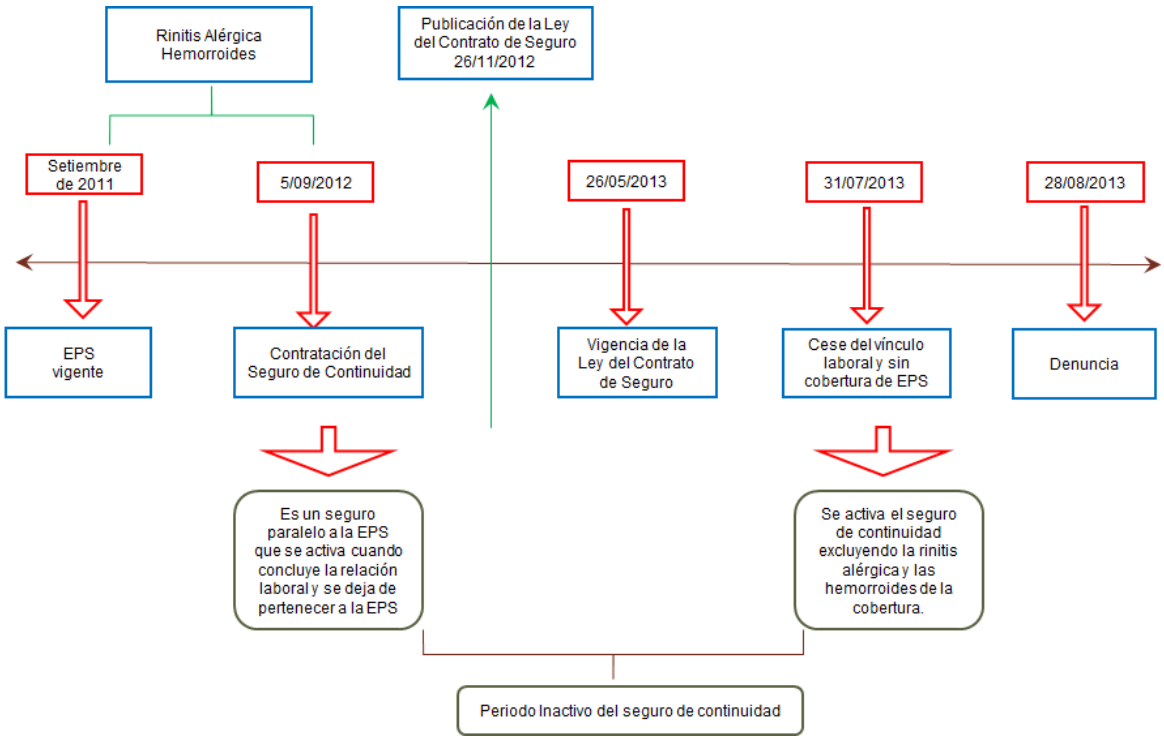
III.2 Sobre la aplicabilidad de la Ley del Contrato de Seguro

21. En este punto, resulta importante determinar si la Ley del Contrato de Seguro es aplicable al presente caso, dado que dicha norma fue el sustento en virtud del cual la Comisión resolvió el asunto materia de controversia en primera instancia y el que ha sido objeto de cuestionamiento por Pacífico Seguros en esta instancia mediante el recurso de apelación.

Resumen del caso y criterio de la Comisión

22. En el presente caso, el señor Segovia contaba con un plan de salud contratado con Pacífico EPS desde setiembre de 2011 hasta el 31 de julio de 2013, el cual cubría su tratamiento de rinitis alérgica y hemorroides, diagnosticados el 22 de octubre de 2011 y 4 de abril de 2012, respectivamente. En agosto de 2012, durante la vigencia del plan de Salud con Pacífico EPS, solicitó un seguro de salud adicional a Pacífico Seguros denominado "seguro de continuidad" , emitiéndose la Póliza N° 7664910. Finalmente, el 31 de julio de 2013, al concluir el plan de salud con Pacífico EPS por haberse extinguido el vínculo laboral con su empleador, Pacífico Seguros activó el seguro de continuidad y se emitió la Póliza

N° 9797782. Cabe precisar que, luego de que el 17 de agosto de 2013 le negaron la cobertura de la rinitis alérgica y las hemorroides al ser consideradas enfermedades preexistentes, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros el 28 de agosto de 2013. De otro lado, la Ley del Contrato de Seguro, publicada el 27 de noviembre del 2012, entró en vigencia el 26 de mayo de 2013. El siguiente gráfico resume lo antes señalado:



23. La Comisión consideró que, en la medida que desde el 27 de mayo de 2013 se encontraba vigente la Ley del Contrato de Seguro y que sus disposiciones generales señalaban expresamente que dicha norma se aplicaba con carácter imperativo a todas las clases de seguro existentes en el mercado, e incluso a los seguros obligatorios y aquellos regulados por leyes especiales[12],

[12] LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I. La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

la referida ley era aplicable al presente caso. Ello generó que en su análisis interpretara y aplicara el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro[13] para establecer que dicha norma reconoce una garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes ante el cambio o migración de un plan de salud bajo una EPS a un seguro de salud de una compañía de seguros.

Recurso de apelación de Pacífico Seguros

24. En su apelación, Pacífico Seguros ha señalado que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no resulta aplicable al presente caso al no encontrarse vigente al momento en que nació la relación contractual entre el señor Segovia y Pacífico Seguros, toda vez que: (i) dicha ley entró en vigor el 27 de mayo de 2013 y el seguro de continuidad se contrató en setiembre de 2012, es decir, con anterioridad a su vigencia; (ii) la quinta disposición final y modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, no es aplicable a aquellas relaciones que ya se encontraban reguladas contractualmente, es decir, conforme a lo acordado por las partes.

25. Asimismo, adjuntó un informe legal del Estudio Echecopar que precisa que el seguro de continuidad ofrecido cubre todas las enfermedades que se presenten desde la fecha de su contratación y que las anteriores constituirán preexistencias, lo cual se encontraba regulado en las condiciones especiales de la Póliza 7664910, donde se excluyó la rinitis alérgica y hemorroides. Ello evidenciaría que se informó al denunciante oportunamente que sólo cubrirían aquellos diagnósticos desde la fecha de contratación del seguro de continuidad, de modo que al activarse este se procedió a emitir la Póliza 9797782, por lo que en virtud de lo acordado por las partes no correspondía dar cobertura a las preexistencias del señor Segovia.

26. Según Pacífico, si bien emitió dos Pólizas para dar cumplimiento a sus procedimientos internos, lo cierto es que se trata de una misma relación jurídica, la cual inició en el mes de setiembre de 2012 y se encuentra actualmente vigente, conformada por dos momentos: periodo de inactividad y periodo de actividad. En la nueva póliza emitida se agregaron prestaciones a la póliza inicialmente emitida al momento de la contratación del seguro de

---

En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

[13] LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. Artículo 118. Preexistencias
Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.
Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

continuidad, lo cual no implica que el periodo de actividad no forme parte de la relación jurídica establecida entre el señor Segovia y Pacífico Seguros, de modo que al haber nacido la relación jurídica entre el denunciante y Pacífico Seguros en setiembre de 2012 no era de aplicación la Ley del Contrato de Seguro, pues esta no tiene fuerza ni efectos retroactivos y el tema materia de controversia se rige por los acordado entre las partes.

Análisis del caso concreto

27. La Ley del Contrato de Seguro fue publicada en el Diario Oficial El Peruano el 27 de noviembre de 2012. Sin embargo, no entró en vigencia al día siguiente de su publicación como manda por regla general la Constitución Política[14], pues por una indicación expresa de la novena disposición complementaria final y modificatoria de la referida ley, se estableció que entraría en vigencia a partir de los 180 días desde su publicación[15]. Ello quiere decir que la fecha de inicio de vigencia de la Ley del Contrato de Seguro es el **26 de mayo de 2013**.

28. En el presente caso, dada la naturaleza del "seguro de continuidad" -explicada en los informes legales presentados por Pacífico Seguros- en el que la contratación del mismo no determina la plena vigencia de su reglamentación o contenido contractual (condiciones generales y especiales), los efectos propios del contrato celebrado (relación contractual) o las consecuencias jurídicas que de él se deriven (situaciones jurídicas), empezaron a regir con posterioridad a la contratación misma, exactamente luego del cese del vínculo laboral con el empleador, circunstancia que operó como una suerte de condición suspensiva. Ello permite observar que existen dos momentos temporales claves en la existencia del referido "seguro de continuidad": (i) la contratación, constitución o formación del contrato; y, (ii) la generación de consecuencias jurídicas o activación del seguro.

29. Es importante recordar que la contratación del "seguro de continuidad" (primer momento) se remonta al 5 de setiembre de 2012, es decir, el acuerdo contractual se llevó a cabo sin haberse publicado ni entrado en vigencia la Ley del Contrato de Seguro. Sin embargo, el momento de su activación data del 31 de julio de 2013 (segundo momento), fecha en la que empezó a regir plenamente el contenido contractual que reguló los derechos, obligaciones,

[14] CONSTITUCIÓN POLÍTICA. Artículo 109.- La ley es obligatoria desde el día siguiente de su publicación en el diario oficial, salvo disposición contraria de la misma ley que posterga su vigencia en todo o en parte.

[15] LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES Y MODIFICATORIA. NOVENA. Esta Ley entrará en vigencia a partir de los ciento ochenta (180) días desde su publicación. Durante este plazo la Superintendencia también establecerá los plazos a que se refiere el artículo 68.

cargas, etc. de las partes y en la que ya se encontraba vigente la Ley del Contrato de Seguro. Asimismo, debe subrayarse que en el presente caso es materia de discusión si se encontraba justificada la negativa de cobertura del referido seguro, es decir, una consecuencia (la negativa o falta de pago de la cobertura) de una situación jurídica derivada del contrato (el deber de la compañía de seguros de pagar la cobertura).

30. Lo anterior plantea un problema de aplicación de las normas legales en el tiempo o de derecho transitorio[16], pues se trata de determinar si en el presente caso la Ley del Contrato de Seguro resulta aplicable o no al "seguro de continuidad", concretamente, respecto de la negativa de cobertura del seguro en los términos antes expuestos. En este punto, corresponde efectuar una interpretación de la Quinta Disposición Complementaria Final y Modificatoria de la Ley del Contrato de Seguro, pues dicha norma establece el supuesto de hecho y la consecuencia jurídica que permite justificar la aplicación de la referida ley:

> " DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES Y MODIFICATORIA.
>
> QUINTA. A partir de su vigencia, las disposiciones de esta Ley se aplicarán inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tienen fuerza ni efecto retroactivo; siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente."

31. Se observa que las normas de la Ley del Contrato de Seguro resultan aplicables "inclusive a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes", "siempre que previamente estas no hayan estado reguladas legal o contractualmente". Ello supone que aun cuando la constitución del contrato y la regulación del contenido contractual se hayan establecido con anterioridad a la vigencia de dicha Ley, las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas que se hayan generado se regirán por dicha ley, una vez vigente esta. En el presente caso los efectos del contrato de seguro, es decir, las situaciones jurídicas previstas o contenidas en la relación contractual (derechos, obligaciones, cargas, etc.) no estuvieron en vigor desde el momento de su contratación[17] (5 de setiembre de 2012), sino recién cuando se produjo la activación del "seguro de continuidad" (31 de julio de 2013).

---

16 "Normas de remisión de otras normas. […], normas indicativas de las normas que deben ser aplicables. Estas normas son de carácter formal en cuanto que no regulan ellas mismas, de una manera directa, la realidad jurídica; sino que son normas de colisión que tratan de resolver los conflictos inter-temporales" (Ver: Luis DIEZ PICAZO y Antonio GULLON, Sistema de Derecho Civil, Volumen I, Cuarta edición, Primera reimpresión, Tecnos, Madrid, 1982, p. 133.).

17 Salvo el pago de la prima respectiva.

32. Cabe señalar, además, que aun cuando la condición de preexistencia de la rinitis alérgica y las hemorroides estaba regulada contractualmente a efectos de excluir la cobertura, lo cierto es que dicha regulación no tuvo efecto jurídico alguno en el periodo inactivo del "seguro de continuidad", debido a que estaba condicionada a la extinción del vínculo laboral del denunciante. Por ello, se debe diferenciar las leyes que afectan el contenido o los efectos de las situaciones jurídicas cuando estas sí se han realizado y cuando no se han realizado (es decir, cuando se han cumplido, materializado, opuesto, aplicado o simplemente en vigor). Así, en el primer caso, no es aplicable la ley nueva (pues los efectos jurídicos de la regulación contractual ya se iniciaron con anterioridad); en el segundo caso, resulta aplicable inmediatamente la nueva ley (pues solo hubo una regulación contractual sin efecto jurídico -o con efectos pendientes- desde su contratación[18]).

33. En ese sentido, no se está aplicando retroactivamente la Ley del Contrato de Seguro, sino, por el contrario, constituye una aplicación inmediata de la ley a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes, es decir que se originaron estando ya vigente la Ley del Contrato de Seguro, las cuales en el presente caso se produjeron recién con la activación del "seguro de continuidad", lo cual se ajusta no sólo a lo señalado en la Quinta Disposición Final y Modificatoria citada precedentemente, sino que, además, se encuentra dentro de los parámetros constitucionales establecidos en el artículo 103° de la Constitución Política del Perú[19].

34. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la Ley del Contrato de Seguro tiene un carácter imperativo[20] y un interés público y social innegables, en la

---

18 En efecto, se debe distinguir: "1.° Leyes nuevas referentes a la constitución o extinción de situaciones jurídicas. Estas leyes no pueden afectar a las situaciones jurídicas creadas o extinguidas con arreglo a las condiciones fijadas en la ley antigua. Por tanto, la regularidad y la eficacia del hecho constitutivo o extintivo se puede apreciar conforme a la ley antigua. 2.° Leyes que afectan al contenido o efectos de situaciones jurídicas. Distingue entonces entre los efectos ya realizados de la situación jurídica antes de la vigencia de la nueva ley y los no realizados. A éstos es aplicable inmediatamente la ley que regula nuevamente el contenido de la situación, salvando los efectos o consecuencias ya producidos con anterioridad a su vigencia." (ver: DIEZ- PICAZO, Luis y GULLÓN, Antonio, Sistema de Derecho Civil, Volumen I, octava edición, Tecnos, Madrid, p. 113). En el mismo sentido y con alguna variante: ESPINOZA ESPINOZA, Juan, Los Principios Contenidos en el Título Preliminar del Código Civil Peruano de 1984,segunda edición, Grijley, Lima, p. 233.

19 CONSTITUCIÓN PÓLITICA DEL PERÚ. Artículo 103.- Pueden expedirse leyes especiales porque así lo exige la naturaleza de las cosas, pero no por razón de las diferencias de las personas. La ley, desde su entrada en vigencia, se aplica a las consecuencias de las relaciones y situaciones jurídicas existentes y no tiene fuerza ni efectos retroactivos; salvo, en ambos supuestos, en materia penal cuando favorece al reo. La ley se deroga sólo por otra ley. También queda sin efecto por sentencia que declara su inconstitucionalidad. [Subrayado agregado].

20 LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I. La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.

medida que tutela, entre otros, el derecho a la salud de los consumidores[21]. En este orden de ideas, debe recordarse el criterio establecido por el Tribunal Constitucional al interpretar los alcances del artículo 62° de la Constitución Política en la Sentencia emitida en el Expediente N° 2670-2002-AA-TC del 30 de enero de 2004 (posteriormente citada en las sentencias del Expediente N° 052-2004-PI/TC y del Expediente N° 003-2004-AI/TC):

> "c) aunque la discusión central que se ha planteado en el presente proceso gira en torno a determinar si el régimen normativo establecido en la norma cuestionada lesiona o no la libertad contractual y la inmutabilidad de los términos contractuales, este Colegiado considera que ello parte de un supuesto que de antemano debe descartarse: que los contratos en cuanto tales impiden, en lo absoluto, todo tipo de intervencionismo estatal; d) si bien el artículo 62° de la Constitución establece que la libertad de contratar garantiza que las partes puedan pactar según las normas vigentes al momento del contrato y que los términos contractuales no pueden ser modificados por leyes u otras disposiciones de cualquier clase, dicha disposición necesariamente debe interpretarse en concordancia con su artículo 2°, inciso 14), que reconoce el derecho a la contratación con fines lícitos, siempre que no se contravengan leyes de orden público. Por consiguiente, y a despecho de lo que pueda suponer una conclusión apresurada, es necesaria una lectura sistemática de la Constitución que, acorde con lo citado, permita considerar que el derecho a la contratación no es ilimitado, (…). Asumir que un acuerdo de voluntades, por más respetable que parezca, puede operar sin ningún referente valorativo, significaría no precisamente reconocer un derecho fundamental, sino un mecanismo de eventual desnaturalización de los derechos". (Subrayado agregado).

35. Cabe mencionar que dicha interpretación es compartida por un sector de la doctrina nacional al analizar el artículo 62° de la Constitución Política, estableciendo, por un lado, que "es indispensable interpretar el art. 62 de la Constitución en el sentido de que éste no alcanza las normas que son imperativas y de orden público"[22] y, por otro lado, que "el art. 62 de la *Constitución se refiere sólo al caso de las normas supletorias*"[23].

En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

[21] CONSTITUCIÓN PÓLITICA DEL PERÚ. Artículo 65.- El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

[22] Ver: Carlos CARDENAS QUIROS, Autonomía privada, contrato y Constitución, en: Manuel De LA PUENTE Y LAVALLE, Carlos CARDENAS QUIROS y Walter GUTIERREZ CAMACHO, Contrato y mercado, Gaceta Jurídica, Lima, 2000, p. 154.

[23] Ver: Juan ESPINOZA ESPINOZA, Los principios contenidos en el título preliminar del código civil peruano de 1984, Grijley, Lima, 2011, p. 230.

36. En suma, la aplicación de la Ley del Contrato de Seguro tiene un sustento normativo, jurisprudencial y doctrinal en virtud del cual se puede concluir que en el presente caso el contenido o los efectos de las situaciones jurídicas reguladas en el contrato (derechos, obligaciones, cargas, etc. en función a la cobertura del "seguro de continuidad") no se generaron inmediatamente luego de su contratación (periodo inactivo), al estar condicionados a la verificación del cese del vínculo laboral del denunciante, el cual se materializó el 31 de julio de 2013 (periodo activo), es decir, estando ya vigente la Ley del Contrato de Seguro, siendo esta ley aplicable a las relaciones y situaciones jurídicas generadas con la activación del referido seguro.

37. Siendo así, contrariamente a lo señalado por Pacífico, la regulación contractual previa o el contenido del acuerdo con anterioridad a la vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, en el que excluyó de la cobertura la rinitis alérgica y las hemorroides, no determina la imposibilidad de aplicar la citada ley, pues lo relevante a estos efectos no es la contratación, sino la eficacia del contrato. De allí que, en tanto los efectos se desplegaron estando vigente la Ley del Contrato de Seguro, esta norma es aplicable[24].

38. Por tales motivos, esta Sala considera que la Ley del Contrato de Seguro resulta aplicable al presente caso.

III.3 Alcances del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro en el marco **del deber de idoneidad**

39. El artículo 18º del Código[25] define a la idoneidad de los productos y servicios como la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a la naturaleza de los mismos, las condiciones acordadas y a la normatividad que rige su prestación. Asimismo,

---

[24] Cabe señalar que la interpretación realizada por esta Sala supone que el seguro de continuidad constituye un único contrato, pero cuya vicisitud ocurre en dos momentos, por lo que carece de objeto pronunciarse sobre el alegato de Pacífico Seguros que hace referencia a ello.

[25] LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 18º.- Idoneidad. Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe, en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.
La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.
Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

el artículo 19º del Código[26] establece la responsabilidad de los proveedores por la idoneidad y calidad de los productos y servicios que ofrecen en el mercado.

40. En el presente caso, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por haberse negado injustificadamente a dar cobertura del seguro de continuidad contratado, alegando que la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía eran enfermedades preexistentes. La Comisión declaró fundada la denuncia al considerar que la denunciada calificó indebidamente como preexistentes tales enfermedades, pese a que habían sido cubiertas por un seguro de salud contratado anteriormente con Pacífico EPS.

41. La Comisión indicó que, en la medida que desde el 27 de mayo de 2013 se encontraba vigente la Ley del Contrato de Seguro y que sus disposiciones generales señalaban expresamente que se aplicaba con carácter imperativo a todas las clases de seguro existentes en el mercado[27], la referida norma era aplicable. Ello generó que en su análisis interpretara y aplicara el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro[28], estableciendo que dicha norma reconocía una garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes ante el cambio o migración de un plan de salud bajo una EPS a un seguro de salud de una compañía de seguros.

42. En tal sentido, Pacífico Seguros ha centrado su apelación en cuestionar la interpretación efectuada por la Comisión. Por ello, corresponde analizar los alcances del artículo 118º de la Ley del Contrato de Seguro.

43. Para tal efecto, es necesario desarrollar brevemente cuál es la razón y el propósito de las normas de protección al consumidor. Al respecto, el artículo

---

26 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCION Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 19º.- Obligación de los proveedores. El proveedor responde por la idoneidad y calidad de los productos y servicios ofrecidos; por la autenticidad de las marcas y leyendas que exhiben sus productos o del signo que respalda al prestador del servicio, por la falta de conformidad entre la publicidad comercial de los productos y servicios y éstos, así como por el contenido y la vida útil del producto indicado en el envase, en lo que corresponda.

27 LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. TITULO I. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I. La presente Ley se aplica a todas las clases de seguro y tiene carácter imperativo, salvo que admita expresamente lo contrario. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado.
En el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria.

28 LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. Artículo 118. Preexistencias
Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior.
Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

65º de la Constitución Política del Perú establece que, en el marco de una economía social de mercado, es una obligación del Estado defender el interés de los consumidores y usuarios, debiendo garantizar el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado, así como su salud y seguridad[29]. En cumplimiento de dicho mandato, el Código establece las normas de protección y defensa de los consumidores, instituyendo como un principio rector de la política social y económica del Estado la protección de sus derechos.

44. En tal sentido, se puede afirmar que la finalidad del Código es que los consumidores adquieran productos y contraten servicios idóneos y que gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección y defensa, reduciendo la asimetría informativa, así como corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses[30]. No obstante, para lograr dicha finalidad en algunas ocasiones se exige la aplicación de normas que se encuentran fuera de dicho cuerpo normativo (leyes especiales, derecho común, etc.) para que, en virtud de una interpretación sistemática de las mismas, se pueda desarrollar y establecer una disciplina normativa completa y coherente de una materia que incida en los derechos de los consumidores.

45. Ahora bien, regresando al análisis del presente caso, si bien existen dos sistemas diferentes de aseguramiento en salud de las personas en el Perú (sistema de EPS y el sistema de seguros), cada uno con regulación sectorial propia y supervisado por entidades distintas[31], no es posible considerar que el tratamiento legal de las preexistencias en cada sistema (Ley 28770 para el sistema de seguros y Ley 29561 para las EPS) es autónomo e independiente uno del otro, por lo menos en esta materia en particular (regulación de preexistencias), pues ello no se desprende del artículo 118° del Código, el cual, por el contrario, regula el contrato de seguro en general y el seguro de salud en particular estableciendo lo siguiente:

---

29 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ. Artículo 65º.- Defensa del consumidor.
El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

30 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo II.- Finalidad
El presente Código tiene la finalidad de que los consumidores accedan a productos y servicios idóneos y que gocen de los derechos y los mecanismos efectivos para su protección, reduciendo la asimetría informativa, corrigiendo, previniendo o eliminando las conductas y prácticas que afecten sus legítimos intereses. En el régimen de economía social de mercado establecido por la Constitución, la protección se interpreta en el sentido más favorable al consumidor, de acuerdo a lo establecido en el presente Código.

31 Por lo menos, hasta la entrada en vigencia del Decreto Legislativo 1158 promulgado el 6 de diciembre de 2013 (es decir, con posterioridad a la interposición de la presente denuncia), pues en esta norma se incluyen a las compañías aseguradoras como IAFAS y como tales son supervisadas por SUSALUD.

> "Artículo 118. Preexistencias
> Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior." (Subrayado agregado)

46. En este punto, cabe recordar que antes de la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro, las Leyes 28770 y 29561 establecieron en el sistema de seguros y en el sistema de EPS, respectivamente, la continuidad de cobertura de preexistencias ante: (i) el cambio o migración de un seguro de salud a otro con la misma compañía aseguradora[32]; y, (ii) el cambio de plan de salud por otro como consecuencia del cambio de centro laboral o de EPS. Como puede apreciarse, las referidas normas no consideraron expresamente las "preexistencias cruzadas", es decir, la continuidad de cobertura de preexistencias cubiertas bajo un plan de salud EPS cuando se pasa a un seguro de salud y viceversa.

47. Lo antes señalado seguiría siendo válido si se considerara aisladamente cada sistema en virtud de su marco regulatorio propio. Sin embargo, con la entrada en vigencia de la Ley del Contrato de Seguro y bajo el artículo 118º citado precedentemente, la garantía de continuidad no se restringe a los supuestos establecidos en cada sistema, siendo posible considerar que se ha establecido una garantía general y común para ambos sistemas, la misma que incluye a las denominadas "preexistencias cruzadas".

48. Lo anterior es confirmado por el Diario de los Debates de la Primera Legislatura Ordinaria del 2012 del Congreso de la República del Perú, donde los congresistas discutieron los alcances del Proyecto de la Ley del Contrato de Seguro (que posteriormente fue aprobado) y manifestaron una postura favorable a la garantía de continuidad de las preexistencias ante el cambio o migración de una EPS a una compañía aseguradora o viceversa[33]. Ello demuestra que la intención del legislador fue reconocer el tratamiento de las "preexistencias cruzadas".

49. A mayor abundamiento, si la interpretación correcta del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro fuese regular dos sistemas separados, tal como sostiene Pacífico Seguros, dicha norma sería innecesaria, en tanto para ello serían suficientes las Leyes 28770 y 29561. Sin embargo, a criterio de esta

---

[32] Con la Resolución SBS N° 3203-2013 se ha ampliado los alcances a cualquier empresa del sistema de seguros.

[33] Cfr. Diario de los Debates del jueves 11 de octubre de 2012: http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/DiarioDebates/Publicad.nsf/SesionesPleno/05256D6E0073DFE905257A95005BC516/$FILE/PLO-2012-16A.pdf, página 37 y 78 (Página web consultada el 19 de diciembre de 2014)

Sala, la interpretación expuesta no resistiría al mínimo análisis, pues implicaría que una norma no tenga efecto jurídico ni práctico alguno, lo cual no resulta razonable ni coherente porque se estaría vaciando de contenido o dejando sin ningún margen de aplicabilidad el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro que regula una garantía de continuidad de cobertura de preexistencias vinculado tanto al sistema de EPS como al sistema de seguros.

50. Un tercer argumento a favor de la decisión de la Comisión es la interpretación pro consumidor. En efecto, si bien este Colegiado considera que la interpretación del artículo materia de análisis resulta clara, incluso si se considerara que existe duda o conflicto de normas respecto de su sentido, cabe recordar que en materia de protección al consumidor la interpretación del contrato y de las normas legales se rigen por el principio pro consumidor, según el cual "en caso de duda insalvable en el sentido de las normas […], debe interpretarse en sentido más favorable al consumidor"[34]. Asimismo, en materia de seguros, la Ley del Contrato de Seguro señala que cuando el contratante o asegurado tenga la condición de consumidor "en caso de conflicto [de normas] son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario"[35]. Se puede apreciar entonces que existe una regla de interpretación de las normas legales más favorable al consumidor, lo cual constituye una expresión legislativa del principio pro homine desarrollado por el Tribunal Constitucional[36] [37].

---

[34] LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. TÍTULO PRELIMINAR. Artículo V.- Principios
El presente Código se sujeta a los siguientes principios:
(…)
2. Principio Pro Consumidor.- En cualquier campo de su actuación, el Estado ejerce una acción tuitiva a favor de los consumidores. En proyección de este principio en caso de duda insalvable en el sentido de las normas o cuando exista duda en los alcances de los contratos por adhesión y los celebrados en base a cláusulas generales de contratación, debe interpretarse en sentido más favorable al consumidor.

[35] LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo I.
(…)
En los contratos de seguro en los que el contratante o asegurado tengan la condición de consumidor o usuario es de aplicación el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571, y demás normas pertinentes, en lo no expresamente regulado por esta ley.
No obstante, en caso de conflicto son de aplicación las normas más favorables al consumidor o usuario.

[36] Ver: Sentencia del Expediente Nº 1049-2003-AA/TC (fundamento 4) y Sentencia del Expediente Nº 2005-2009-PA/TC (fundamento 33).

[37] Teniendo en cuenta ello, y contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no establece que la garantía de cobertura mínima de las preexistencias hasta los límites del contrato original o anterior se restrinja al monto de dicha cobertura que se debe respetar en cada sistema, pues, por el contrario, debe entender se que hace referencia a la garantía de continuidad de cobertura de preexistencias en función del contrato original o anterior, y no del monto de la cobertura propiamente dicho. Resulta evidente que esta última interpretación es la más favorable al consumidor, por lo que en ese sentido la interpretación dada por Pacífico en este punto debe ser desestimada, dado que no se adecua al mandato de interpretación previsto en el principio pro consumidor.

51. Es importante señalar, además, que la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de protección del asegurado ante la disminución o limitación de sus derechos, al señalar que "son nulas aquellas estipulaciones contractuales que amplían los derechos del asegurador o restringen los del asegurado en contravención de las disposiciones establecidas en la presente Ley[38]. Ello supone la exigencia de una tutela más amplia y directa de los consumidores ante el recorte de sus derechos reconocidos legalmente al momento de la celebración de un contrato de seguro.

52. De lo anterior se desprende que la disciplina general que regula el contrato de seguro y la disciplina especial que garantiza el respeto de los derechos adquiridos de los asegurados en los planes de salud, constituyen parámetros legales de interpretación de las normas que implican una función tuitiva acorde con la protección de los derechos de los consumidores. Por tal razón, al interpretar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro se debe buscar el significado que corresponde a su finalidad, reconstruyendo los propósitos que el derecho del consumidor protege, en virtud de una interpretación teleológica[39]-sistemática[40] de las normas. Así, se debe efectuar una interpretación a la luz de la finalidad de las normas de protección al consumidor, que es garantizar de la forma más favorable la plena vigencia de los derechos de los consumidores.

53. El artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro señala que las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. En virtud de una interpretación finalista-sistemática de las normas en materia de seguros de salud, se desprende que la ley garantiza la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes en función de los límites

---

38 LEY 29946. LEY DEL CONTRATO DE SEGURO. DISPOSICIONES GENERALES. Artículo IV. En la interpretación del contrato de seguro se aplican las reglas siguientes:
(…)
Decimosegunda. Son nulas aquellas estipulaciones contractuales que amplían los derechos del asegurador o restringen los del asegurado en contravención de las disposiciones establecidas en la presente Ley.

39 "El argumento teleológico (o "hipótesis del legislador provisto de fines") es aquel por el cual a un enunciado normativo debe atribuirse el significado que corresponde al fin propio de la ley (…). Quien usa el argumento teleológico reconstruye los fines "de la ley" (o "del legislador": pero en este caso se trata de una entidad abstracta) a partir del texto de la ley o desde una clasificación de los fines o intereses que el derecho protege" (Ver. Giovanni TARELLO, La interpretazione della legge, Giuffre, Milano, 1980, p. 370-371.)

40 "El argumento sistemático (p hipótesis del derecho ordenado) o "del derecho por si ordenado", en general, es aquel por el cual a un enunciado normativo o a un conjunto de enunciados normativos (entre ellos asuntos vinculados a los fines de la interpretación "sistemática") se debe atribuir el significado prescrito, o no se debe atribuir el significado proscrito, del "sistema jurídico". (Ver: Giovanni TARELLO, La interpretazione della legge, op. cit., p. 375.)

establecidos en el contrato original o anterior, cuando una persona cambia un plan de salud contratado con una EPS por un seguro de salud contratado con una compañía de seguros[41].

54. Es decir, la garantía de continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes es aplicable aun cuando el cambio de plan de salud o de seguro de salud implique un cambio de sistema de aseguramiento de una EPS a una compañía aseguradora, toda vez que la norma expresamente establece que "están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS". En ese sentido, en el presente caso la continuidad de cobertura de las preexistencias ante el cambio de un plan de salud por un seguro de salud, se encuentra garantizada en virtud de la Ley del Contrato de Seguro, de modo que, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, sí se encontraba obligada a dar cobertura a la rinitis alérgica y las hemorroides que padecía el señor Segovia y que fueron diagnosticadas y/o tratadas al amparo del plan de salud original anterior.

55. En su apelación, Pacífico Seguros presentó dos informes legales que señalan que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no regula las "preexistencias cruzadas" y que sostener lo contrario implicaría una interpretación extensiva e inconsistente, toda vez que lo único que habría pretendido esta ley es incorporar ambos marcos legales (seguros y EPS) en una sola disposición, pero siempre entendiendo que se aplican en función de cada sistema. De acuerdo a ello, la Comisión habría efectuado una interpretación arbitraria y antitécnica, más aun si actualmente se viene discutiendo un proyecto de ley que propone modificar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro para garantizar la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes ante el cambio de un seguro de salud a una EPS y viceversa. Este ha sido el principal argumento de Pacífico a lo largo del procedimiento.

56. Dicho alegato ya ha sido desvirtuado con los argumentos desarrollados previamente, sin perjuicio de lo cual es importante resaltar que la situación planteada por Pacífico Seguros busca crear una diferenciación de dos regímenes que la Ley del Contrato de Seguro no prevé, más aun cuando la existencia de un marco regulatorio común para diferentes tipos de proveedores en el mercado no resulta novedosa, toda vez que, por ejemplo, el artículo 72° del Código ha establecido una prohibición para las empresas de seguros y los proveedores de servicios de salud en general de eliminar

[41] Por ello, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, la garantía de continuidad de preexistencias no sólo se da con relación al PEAS regulado en la Ley 29334 y su reglamento, puesto que la Ley del Contrato de Seguro ha predispuesto una garantía legal más amplia en cuanto a su contenido, alcances y aplicación.

coberturas inicialmente pactadas, variando las condiciones de las preexistencias[42]. Ello demostraría que la existencia de una regulación común relacionada con aspectos particulares del servicio que brindan proveedores distintos no resulta equívoca o antitécnica, pues el tratamiento normativo de una materia en particular puede establecer una aplicación transversal de considerarse oportuno o conveniente en función de la naturaleza del interés protegido.

57. De otro lado, es importante señalar que si bien existe un proyecto de ley que pretende establecer de manera literal la garantía de continuidad aun cuando el cambio se realice de una EPS a una compañía de seguros, lo cierto es que ello no afecta ni incide en la dilucidación del presente caso, dado que aun cuando no se apruebe el proyecto de ley, se ha podido demostrar que legalmente se ha reconocido la continuidad de las preexistencias en el supuesto mencionado. Del mismo modo, en caso se aprobase el proyecto de ley, este Colegiado considera que con ello no se estaría creando un derecho nuevo, pues la garantía de continuidad ya se desprende de la lectura e interpretación del actual texto de la Ley del Contrato de Seguro.

58. Adicionalmente, Pacífico Seguros ha alegado que el MEF emitió opinión desfavorable contra el referido proyecto de ley al considerar que el tratamiento de preexistencias debe continuar regulándose por la Ley 29344 que regula todos los sistemas de salud y que lo contrario atentaría contra los alcances establecidos en el marco legal vigente. No obstante, ello no incide en el presente caso, en la medida que conforme a los argumentos desarrollados extensamente en los párrafos previos, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro ya ha establecido una garantía de continuidad de las preexistencias para ambos sistemas en caso de migración de una EPS a un seguro privado. Asimismo, debe tenerse en cuenta que la opinión citada no es vinculante para la autoridad de consumo.

59. Otro argumento de defensa de Pacífico Seguros es que el Intendente de la Superintendencia Nacional de ESSALUD refirió en una conferencia que la Ley del Contrato de Seguro tiene carácter supletorio cuando hay otras normas que rigen la materia. Al respecto, cabe destacar que si bien tanto el sistema de seguros como el sistema de EPS cuentan con una regulación especial en cuanto a la continuidad de las preexistencias en caso de un cambio o migración de seguro de salud a otro (Ley 28770) o en caso de

[42] LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 72.- Condiciones aplicables a los seguros de salud y planes y programas de salud
Las empresas de seguros y los proveedores de servicios de salud no pueden, mediante la variación unilateral de las condiciones referidas a preexistencias, eliminar las coberturas inicialmente pactadas. Esta disposición también se aplica para las renovaciones de los planes o seguros de salud.

cambio de plan de salud por cambio del centro laboral o de EPS (Ley 29561), respectivamente, lo cierto es que en ninguna de dichas normas se excluye o prohibe la continuidad de cobertura de preexistencias en caso consumidor migre de un plan de salud contratado con una EPS a un seguro de salud contratado con una compañía aseguradora, ni se establece que se traten de sistemas totalmente cerrados en los cuales no sea posible la aplicación del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro con los alcances desarrollados precedentemente.

60. Ello quiere decir que existe un vacío de regulación de las normas especiales y en ese sentido corresponde aplicar la Ley del Contrato de Seguro supletoriamente, tal como señala dicha norma al indicar en su artículo I que en "el caso de seguros obligatorios y aquellos que se encuentren regulados por leyes especiales, esta ley es de aplicación supletoria". Por ende, el alegato de Pacífico Seguros no constituye un argumento dirigido a cuestionar la aplicación de la Ley del Contrato de Seguro, sino, por el contrario, lo confirma, en la medida que la consecuencia jurídica aplicable al supuesto de hecho que nos ocupa, consistente en la migración de un plan de salud a un seguro de salud, no se encuentra contemplada en las leyes especiales, razón por la cual resulta legítimo aplicar el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro.

61. Por las razones expuestas, corresponde confirmar la resolución impugnada que declaró fundada contra Pacífico Seguros por infracción de los artículos 18° y 19º del Código, debido a que denegó injustificadamente la cobertura del seguro de continuidad al considerar como preexistentes las enfermedades generadas y cubiertas bajo la vigencia del plan de salud contratado anteriormente con Pacifico EPS, pese a que el artículo 118º de la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de continuidad de cobertura para dicho supuesto.

III.4 Sobre la falta de entrega de la póliza y sus anexos

62. El artículo 47° literal e) del Código[43] establece que los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación

[43] LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 47.- Protección mínima del contrato de consumo
En los contratos de consumo se observa lo siguiente:
(...)
e. Los proveedores deben entregar a los usuarios copia de los contratos y demás documentación relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor. En el caso de contratación electrónica, el proveedor es responsable de acreditar que la información fue puesta oportunamente a disposición del consumidor.

relacionada con dichos actos jurídicos cuando éstos hayan sido celebrados por escrito, incluidas las condiciones generales de la contratación. Los proveedores son responsables de dejar constancia de la entrega de los documentos al consumidor[44].

63. En este extremo, el señor Segovia denunció a Pacífico Seguros por no haberle entregado la póliza y anexos del seguro de continuidad contratado, siendo que el hecho infractor imputado a título de cargo consistió en "no haber proporcionado al señor Segovia copia de la póliza y sus anexos". Debido a ello, correspondía a la Comisión verificar si Pacífico Seguros había incurrido en dicha infracción, es decir, si se había contravenido lo dispuesto en el artículo 47° literal e) del Código, el cual tutela el derecho de los consumidores de contar con una copia de los contratos que se celebren por escrito.

64. La Comisión declaró fundada la denuncia al haber constatado que, a la fecha de interposición de la denuncia (28 de agosto de 2013), no se habían entregado los documentos citados precedentemente, siendo que estos fueron remitidos al denunciante recién 42 días luego de haberse interpuesto la denuncia .

65. En su apelación, Pacífico Seguros señaló que cumplió con entregar al denunciante copia de tales documentos el 18 de octubre de 2013, siendo que la Comisión habría indicado erróneamente que al haberse realizado la entrega 42 días después de la interposición de la denuncia, habría incurrido en infracción, pese a que no existe plazo alguno para al entrega del contrato al consumidor, vulnerando así el principio de tipicidad al imputarle un hecho que no se encuentra previsto en la norma.

66. Al respecto, esta Sala considera necesario distinguir el momento en que se incurre en infracción administrativa, que determina la comisión de un ilícito sancionable[45], y el momento en que la conducta infractora ya materializada es

---

[44] Cabe señalar, además, que el deber de entrega de la póliza también se encuentra previsto en el artículo 26° de La Ley del Contrato de Seguro:

> " Artículo 26. Contenido de la póliza
> El asegurador está obligado a entregar al contratante una póliza debidamente firmada por el representante de la empresa, con redacción clara, en caracteres legibles y en caracteres destacados para el caso del artículo 27."

[45] LEY 27444. LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL. Artículo 230.- Principios de la potestad sancionadora administrativa
La potestad sancionadora de todas las entidades está regida adicionalmente por los siguientes principios especiales:
(...)
8. Causalidad.- La responsabilidad debe recaer en quien realiza la conducta omisiva o activa constitutiva de infracción sancionable.

corregida o subsanada con posterioridad a su comisión, pudiendo ello ser considerado como una circunstancia atenuante al momento de graduar la sanción[46]. En ese sentido, cualquier conducta desplegada después de la comisión de un hecho infractor sancionable, no constituye un eximente de responsabilidad administrativa.

67. Ahora bien, aun cuando el artículo 47° literal e) del Código no señala expresamente un plazo para la entrega a los consumidores del documento donde consten las condiciones generales del contrato, lo cierto es que ello no autoriza a interpretar que el deber de entrega no cuente con límite temporal alguno para su cumplimiento, más aun si dicho documento contiene información relevante que permite a los consumidores el pleno conocimiento de sus derechos y obligaciones, así como la previsión de posibles contingencias para planear determinadas conductas en el marco de la relación de consumo entablada con el proveedor.

68. Sostener lo contrario, implicaría que el momento de la entrega de la copia del contrato dependa discrecionalmente de la voluntad del proveedor, vaciando de contenido la norma en discusión y anulando la ratio iuris de la misma, lo cual debe evitarse, dado que ello incrementaría la situación de asimetría existente entre los consumidores y los proveedores, vulnerando abiertamente el principio de corrección de asimetría informativa previsto en el Código[47].

69. Siendo así, aun cuando no exista un plazo específico para la entrega de la documentación que contiene las condiciones y términos del contrato, esta

---

46 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 112.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas
Al graduar la sanción, el Indecopi puede tener en consideración los siguientes criterios:
(...)
Se consideran circunstancias atenuantes especiales, las siguientes:
1. La subsanación voluntaria por parte del proveedor del acto u omisión imputado como presunta infracción administrativa, con anterioridad a la notificación de la imputación de cargos.
2. La presentación por el proveedor de una propuesta conciliatoria que coincida con la medida correctiva ordenada por el Indecopi.
3. Cuando el proveedor acredite haber concluido con la conducta ilegal tan pronto tuvo conocimiento de la misma y haber iniciado las acciones necesarias para remediar los efectos adversos de la misma.
4. Cuando el proveedor acredite que cuenta con un programa efectivo para el cumplimiento de la regulación contenida en el presente Código (...).

47 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo V.- Principios
El presente Código se sujeta a los siguientes principios:
(…)
4. Principio de Corrección de la Asimetría.- Las normas de protección al consumidor buscan corregir las distorsiones o malas prácticas generadas por la asimetría informativa o la situación de desequilibrio que se presente entre los proveedores y consumidores, sea en la contratación o en cualquier otra situación relevante, que coloquen a los segundos en una situación de desventaja respecto de los primeros al momento de actuar en el mercado.

Sala considera que resulta aplicable el criterio de razonabilidad (plazo razonable) atendiendo a la posibilidad de entrega del documento en función a las circunstancias y características del caso. Cabe resaltar que similar interpretación ya ha sido asumida y expuesta por este Tribunal en un anterior pronunciamiento al analizar el plazo de entrega de información solicitada por los consumidores[48].

70. Así, teniendo en cuenta que en el presente caso se trata de un contrato de seguro celebrado por escrito, la entrega se concreta, de modo regular, con la emisión de la póliza o la fecha de vigencia del contrato[49]. La emisión de la póliza original de acuerdo a la información que obra en el expediente fue el 20 de setiembre de 2012[50]; sin embargo, la entrega de dicho documento con las modificaciones efectuadas al entrar en vigor (póliza endosada) se produjo el 18 de octubre de 2013, es decir, más de un año después de su emisión, lo cual, a criterio de esta Sala, constituye una infracción al deber de entregar de la póliza.

71. Siendo así, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, la infracción constatada por la Comisión no constituye una vulneración al principio de tipicidad, toda vez que se ha podido acreditar que la denunciada no entregó la póliza original al señor Segovia al momento en que se emitió o al momento en que entró en vigencia las condiciones y términos, sino recién cumplió con su deber el 18 de octubre de 2013, es decir, luego de interpuesta la denuncia y la notificación con la imputación de cargos, pese a que tenía conocimiento que recaía en la compañía aseguradora el deber de entrega de la póliza y que su inobservancia constituía una infracción administrativa, teniendo en cuenta, además, que estuvo en posibilidad de entregar dicho documento.

72. Por las razones expuestas, corresponde confirmar este extremo de la resolución impugnada que declaró fundada la denuncia contra Pacífico Seguros por infracción del artículo 47º literal a) del Código, al haberse verificado que no proporcionó al denunciante una copia de la póliza y sus anexos.

<u>Sobre la medida correctiva,</u>

---

48 Ver: Resolución 1495-2013/SPC-INDECOPI del 10 de junio de 2013. Procedimiento seguido por Roberto Luis Rivera Carhuapoma contra MiBanco - Banco de la Microempresa S.A.

49 Se entiende que la entrada en vigor de un contrato de seguro supone la plena vigencia de las condiciones y términos contractuales regulados y contenidos en él.

50 Ver en la foja 74 del Expediente.

73. El artículo 114º del Código establece la facultad que tiene la Comisión para ordenar a los proveedores, la imposición de medidas correctivas a favor de los consumidores, con la finalidad de revertir los efectos que la conducta infractora causó al consumidor o evitar que en el futuro, esta se produzca nuevamente.

74. La medidas correctivas reconocidas legalmente y que pueden ser dictadas en el marco de las normas de protección de los derechos de consumidores son: (i) medidas correctivas reparadoras[51] que "tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior"; y, (ii) medidas correctivas complementarias[52] que "tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente *en el futuro*".

75. En este orden de ideas, las medidas correctivas tienen una función reparadora de la conducta infractora, toda vez que su finalidad radica en: (i) resarcir o reparar las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas producidas por la conducta infractora para volverlas a su estado anterior; o, (ii) revertir los efectos que la conducta infractora haya generado o evitar que se generen otra vez en el futuro. De allí que lo que se busque con las medidas correctivas - a diferencia de las sanciones administrativas que tienen función represiva[53]- es que las cosas vuelvan a la situación anterior o a la condición que tuvo, con anterioridad a la comisión del hecho infractor.

76. En el presente caso, la Comisión ordenó en calidad de medida correctiva que Pacífico Seguros cumpliera con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior

---

51 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 115.- Medidas correctivas reparadoras
115.1 Las medidas correctivas reparadoras tienen el objeto de resarcir las consecuencias patrimoniales directas e inmediatas ocasionadas al consumidor por la infracción administrativa a su estado anterior y pueden consistir en ordenar al proveedor infractor lo siguiente:
(...)

52 LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 116.- Medidas correctivas complementarias
Las medidas correctivas complementarias tienen el objeto de revertir los efectos de la conducta infractora o evitar que esta se produzca nuevamente en el futuro y pueden ser, entre otras, las siguientes:
(...)

53 "El fundamento último de una y otra decisión es, pues, bien distinto. En uno, represor del incumplimiento; en el otro, reparador de este (rectius de su resultado). En otras palabras, las sanciones administrativas castigan la perturbación, inflingiendo un mal que no restablece el orden quebrantado por la infracción; las medidas reparatorias la remedian, restituyendo las cosas a su estado anterior" (Ver: CASINO RUBIO, Miguel, "La Indebida Confusión entre Sanciones y otras Medidas Administrativas de Policía: comentarios a la STS del 2 de febrero de 1998, artículo 2060", Reala, número 283, mayo-agosto, 2000, p. 572).

brindado por Pacifico EPS, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

77. En su defensa en esta instancia, Pacífico Seguros cuestionó la medida correctiva ordenada alegando que la Comisión pretende que una compañía de seguros como su representada emita un plan de salud que fue emitido previamente por una EPS que forma parte del sistema de seguro social de salud que difiere sustancialmente del sistema de seguros privados, conforme a lo indicado en los informes legales presentados, por lo que no están en condiciones de cumplir con la medida correctiva impuesta, pues Pacífico Seguros no califica como EPS y no emite planes de salud, sino seguros de salud. Agregó que en el sentido expuesto la medida correctiva obligaría a su representada prestar un servicio público del que no se encuentran obligados, contraviniendo las normas legales vigentes y la iniciativa privada.

78. Para analizar este punto es importante citar textualmente la parte resolutiva de la resolución impugnada donde se ordenó la medida correctiva que ha sido cuestionada por Pacífico Seguros:

> " TERCERO: ordenar a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. que en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, cumpla con emitir al denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el seguro de salud anterior brindado por Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes." (Subrayado agregado)

79. De ello se desprende que, contrariamente a lo señalado por Pacífico Seguros, el mandato de la Comisión no pretende la emisión de un plan de salud en el marco del servicio prestado por una EPS, sino que se limita a ordenar la emisión de una póliza que mantenga las coberturas y beneficios que brindaba anteriormente Pacífico EPS, precisando que Pacífico Seguros no deberá considerar como enfermedades preexistentes, ni excluirl de cobertura, a la rinitis alérgica y las hemorroides que padece el denunciante.

80. Ello quiere decir que no se está ordenando brindar un servicio en el marco de la EPS, sino a mantener la cobertura y beneficios que brindaba anteriormente Pacífico EPS dejando de considerar preexistentes la rinitis alérgica y las hemorroides, para garantizar de ese modo la continuidad de cobertura de tales enfermedades ante el cambio de un plan de salud por un seguro de salud, cuyo sustento normativo se encuentra recogido en el artículo 118° de

la Ley del Contrato de Seguro, tal como ha sido desarrollado en el acápite III.3 de la presente resolución.

81. Siendo así, esta Sala considera que la medida correctiva no contiene un mandato que contravenga normas legales vigentes, sino que, por el contrario, constituye la consecuencia de tutelar la continuidad de cobertura de las preexistencias establecidas por la ley como límite a la iniciativa privada de los particulares.

82. Por tales razones, corresponde confirmar este extremo de la resolución impugnada que ordenó, en calidad de medida correctiva, que Pacífico Seguros cumpla con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por Pacifico EPS, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides como enfermedades preexistentes.

Sobre la graduación de la sanción

83. El artículo 112º del Código establece que para determinar la sanción aplicable al infractor, se debe atender al beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción, la probabilidad de su detección, el daño resultante de la infracción y los efectos que se pudiesen ocasionar en el mercado, la naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores y otros criterios que dependiendo del caso particular, considere adecuado adoptar la Comisión[54].

84. Las sanciones de tipo administrativo tienen por principal objeto disuadir o desincentivar la realización de infracciones por parte de los administrados. El fin de las sanciones es, en último extremo, adecuar las conductas al cumplimiento de determinadas normas.

85. En el presente caso, la Comisión sancionó a Pacífico Seguros con una multa de 30 UIT por negativa injustificada de cobertura y 1 UIT no por haber entregado la póliza y anexos al denunciante.

---

[54] LEY 29571. CÓDIGO DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Artículo 112º.- Criterios de graduación de las sanciones administrativas. Al graduar la sanción, el Indecopi puede tener en consideración los siguientes criterios:
a. El beneficio ilícito esperado u obtenido por la realización de la infracción.
b. La probabilidad de detección de la infracción.
c. El daño resultante de la infracción.
d. Los efectos que la conducta infractora pueda haber generado en el mercado.
e. La naturaleza del perjuicio causado o grado de afectación a la vida, salud, integridad o patrimonio de los consumidores.
f. Otros criterios que, dependiendo del caso particular, considere adecuado adoptar. (…)

86. En su defensa en esta instancia, Pacífico Seguros alegó que la Comisión vulneró la garantía del deber de motivación al efectuar un análisis arbitrario, antitécnico e inconsistente sin considerar que el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro no regula la figura de las preexistencias cruzadas y que la continuidad de cobertura de las enfermedades preexistentes se regula en cada sistema de aseguramiento en salud (seguros y EPS). Asimismo, señaló que la Comisión no tuvo en cuenta que Pacífico seguros cumplió con informar oportunamente al denunciante que al momento de activarse el seguro de continuidad la rinitis alérgica y las hemorroides no serían cubiertas por preexistentes, lo cual evidencia que la sanción impuesta es desproporcionada y vulnera el principio de razonabilidad.

87. Al respecto, es importante señalar que si bien Pacífico Seguros alegó una presunta afectación de los principios de motivación y razonabilidad, lo cierto es que los cuestionamientos formulados hacen referencia a la interpretación del artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro y la valoración de los medios probatorios que, a su entender, evidencian, por un lado, que no se encuentran reguladas las preexistencias cruzadas como garantía de continuidad de cobertura de enfermedades preexistentes y, por otro lado, que al momento de la contratación del seguro de continuidad se informó al denunciante que la rinitis alérgica y las hemorroides eran enfermedades que no serían cubiertas al activarse la póliza.

88. Este Colegiado considera que, contrariamente a lo señalado por la recurrente, el artículo 118° de la Ley del Contrato de Seguro garantiza la continuidad de cobertura de enfermedades preexistente ante el cambio de un plan de salud por un seguro de salud en virtud de lo desarrollado en el acápite III.3 de la presente resolución.

89. Cabe señalar, además, que los criterios de graduación de la sanción analizados por la Comisión se sustentaron en el daño y los efectos en el mercado. El primero consistente en dejar sin cobertura la rinitis alérgica y las hemorroides y el eventual gasto en que pudo haber incurrido el denunciante para atender tales enfermedades. El segundo consiste en la generación de desconfianza en el mercado por la incertidumbre de los consumidores de contar con cobertura al migrar de plan de salud a un seguro privado, ocasionado que los consumidores dejen de contratar con las compañías aseguradoras al considerar que las enfermedades atendidas inicialmente ya no lo serán en el nuevo contrato. Ello, a criterio de esta Sala, da cuenta de una motivación en función de las circunstancias concretas del caso.

90. No obstante, esta Sala considera que si bien el hecho infractor afectó el derecho del señor Segovia a acceder a los servicios de salud sin preexistencias ante la migración de un plan de salud a un seguro de salud, lo cierto es que dicha conducta infractora sancionada no tiene una gravedad tal que justifique la imposición de una multa de 30 UIT y en un anterior pronunciamiento se impuso una multa de 10 UIT por un caso similar[55], por lo que corresponde reducir la sanción en virtud del principio de razonabilidad y predictibilidad.

91. Por tal razón, corresponde revocar este extremo de la resolución impugnada que impuso una multa de 30 UIT a Rímac y, reformándola, se le impone una multa de 10 UIT.

92. De otro lado, en la medida de que Pacífico Seguros no ha fundamentado su apelación respecto del extremo que le impuso una multa de 1 UIT por la falta de entrega de la póliza y anexos, más allá de la alegada ausencia de infracción desvirtuada precedentemente, este Colegiado asume como propias los fundamentos de la Comisión sobre dicho extremo, en virtud de la facultad establecida en el artículo 6º de la Ley del Procedimiento Administrativo General[56]. Por tanto, corresponde confirmar la multa de 1 UIT por dicho extremo.

Sobre la condena al pago de las costas y costos

93. Finalmente, considerando que Rímac no ha fundamentado su apelación respecto de la procedencia del pago de costas y costos del procedimiento, más allá de la alegada ausencia de infracción desvirtuada precedentemente, este Colegiado asume como propios los fundamentos de la Comisión sobre dicho extremo, en virtud de la facultad establecida en el artículo 6º de la Ley

[55] Resolución 2089-2014/SPC-INDECOPI del 19 de diciembre de 2014. Procedimiento seguido por Víctor Rafael Bosleman Cornejo contra Rímac Seguros y Reaseguros SA.

[56] LEY 27444. LEY DEL PROCEDIMIENTOP ADMINISTRATIVO GENERAL. Artículo 6.- Motivación del acto administrativo
(…)
6.2 Puede motivarse mediante la declaración de conformidad con los fundamentos y conclusiones de anteriores dictámenes, decisiones o informes obrantes en el expediente, a condición de que se les identifique de modo certero, y que por esta situación constituyan parte integrante del respectivo acto.

del Procedimiento Administrativo General[57]. Por tanto, corresponde confirmar dicho extremo de la resolución impugnada.

RESUELVE:

PRIMERO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 del 21 de mayo de 2014, emitida por la Comisión de Protección al Consumidor - Sede Lima Sur N° 1, que declaró fundada la denuncia interpuesta por el señor Óscar Ezequiel Segovia Trauco contra El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. por infracción de los artículos 18° 19º del Código de Protección y Defensa del Consumidor, debido a que denegó injustificadamente la cobertura del seguro de continuidad al considerar como preexistentes las enfermedades generadas y cubiertas bajo la vigencia del plan de salud contratado anteriormente con Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud, pese a que el artículo 118º de la Ley del Contrato de Seguro establece una garantía de continuidad de cobertura para dicho supuesto.

SEGUNDO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que ordenó como medida correctiva que El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. cumpla, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contado a partir del día siguiente de la notificación de la presente resolución, con emitir a favor del denunciante una póliza manteniendo la misma cobertura y beneficios que el plan de salud anterior brindado por Pacifico S.A. Entidad Prestadora de Salud, para lo cual no deberá considerar la rinitis alérgica ni las hemorroides que este padece como enfermedades preexistentes.

TERCERO: Revocar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que sancionó a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 30 UIT y, reformándola, se le sanciona con una multa de 10 UIT.

CUARTO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que sancionó a El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. con una multa de 1 UIT.

QUINTO: Confirmar la Resolución 501-2014/CC1 en el extremo que condenó a El

[57] LEY 27444. LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL. Artículo 6.- Motivación del acto administrativo
(…)
6.2 Puede motivarse mediante la declaración de conformidad con los fundamentos y conclusiones de anteriores dictámenes, decisiones o informes obrantes en el expediente, a condición de que se les identifique de modo certero, y que por esta situación constituyan parte integrante del respectivo acto.

Pacífico Peruano Suiza Seguros y Reaseguros S.A. al pago de las costas y costos del procedimiento.

Con la intervención de los señores vocales Julio Baltazar Durand Carrión, Alejandro José Rospigliosi Vega, Ana Asunción Ampuero Miranda y Javier ***Francisco Zúñiga Quevedo.***

JULIO BALTAZAR DURAND CARRIÓN

Presidente