

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Todas aquellas palabras que se encuentran en caracteres destacados a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su propia definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

CHUBB SEGUROS PERÚ S.A. (en adelante **la Compañía/ El Asegurador**), de conformidad a las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro presentada por el **Tomador y/o Asegurado**, el cual forma parte de esta póliza y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Carátula de la póliza; se obliga a responder hasta los valores asegurados, durante la vigencia de la **Póliza**, por los riesgos que el **Tomador y/o Asegurado** contrate, según lo establecido en las Condiciones Particulares; en los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL**, DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY (Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

EL (LOS) **ACTO(S) MÉDICO(S) ERRÓNEO(S)** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL NUMERAL ANTERIOR, Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. HEREDEROS LEGALES

EN CASO DE FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD O INSOLVENCIA DE CUALQUIER PERSONA NATURAL CONSIDERADA **ASEGURADO**, LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTENDERÁ A CUBRIR LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** ENTABLADA CONTRA LOS HEREDEROS O REPRESENTANTES LEGALES DE TAL **ASEGURADO**, POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

2.2. CÓNYUGES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR AL CÓNYUGE DE CUALQUIER PERSONA NATURAL CONSIDERADA **ASEGURADO**, CUANDO ESTE DEBA ASUMIR UN **DAÑO Y/O GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** BASADA EN UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** COMETIDO POR EL **ASEGURADO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**, Y QUE COMO CONSECUENCIA, SE PRETENDA OBTENER INDEMNIZACIÓN DEL PATRIMONIO CONYUGAL O DE ALGUNO DE LOS CÓNYUGES. LO ANTERIOR SE SUJETA A LAS DISPOSICIONES LEGALES Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

2.3. GASTOS LEGALES INCURRIDOS EN UNA INVESTIGACIÓN INICIADA CONTRA EL ASEGURADO

LA DEFINICIÓN DE **GASTOS LEGALES** SE EXTIENDE A CUBRIR LOS GASTOS Y HONORARIOS QUE, PREVIAMENTE APROBADOS POR EL **ASEGURADOR**, SE GENEREN POR LA COMPARECENCIA DEL **ASEGURADO** A CUALQUIER PROCESO ADMINISTRATIVO O INVESTIGACIÓN FORMAL CORRESPONDIENTE A UNA **RECLAMACIÓN** DERIVADA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL **ASEGURADO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

2.4. GASTOS PENALES

LA DEFINICIÓN DE **GASTOS PENALES** SE EXTIENDE A CUBRIR LOS **GASTOS LEGALES** QUE SE GENEREN POR LA COMPARECENCIA DE UN **ASEGURADO** A UN PROCESO PENAL RELACIONADO CON UNA **RECLAMACIÓN** DERIVADA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL **ASEGURADO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**. ESTA COBERTURA OPERARÁ EXCLUSIVAMENTE MEDIANTE REEMBOLSO AL **ASEGURADO**.

2.5. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTE A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS

2.6. EMPLEADOS NO PROFESIONALES

SE CUBRIRÁ LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS PERSONAS FÍSICAS INDEPENDIENTES Y NO PROFESIONALES CONTRATADAS POR EL **ASEGURADO**, SIEMPRE Y CUANDO MEDIE UNA PRUEBA FENACIENTE DE QUE LA CONTRATACIÓN SE REALIZÓ ANTES DE QUE SE HAYA CAUSADO EL DAÑO. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO LOS EMPLEADOS NO PROFESIONALES DESARROLLEN LABORES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** QUE PRESTA EL **ASEGURADO**, NO CONSTITUYAN EN SÍ MISMAS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** Y DICHOS SERVICIOS SEAN REALIZADOS EN NOMBRE, POR ORDEN Y BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DEL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDE QUE SOLAMENTE UN PROFESIONAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR AUTORIDAD COMPETENTE PODRÁ REALIZAR UN ACTO MÉDICO.

2.7. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL ASEGURADO, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL ASEGURADO EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN CONEXIÓN CON LOS SERVICIOS PROFESIONALES DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

2.8. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL ASEGURADO, DERIVADAS DE LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.9. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLIMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL ASEGURADO.

3. EXCLUSIONES

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER ACTO CRIMINAL O MALA CONDUCTA INTENCIONAL, INCLUIDO CUALQUIER ACTO DOLOSO Y NEGLIGENCIA GRAVE, ESTA ÚLTIMA SOLO CUANDO SEA EQUIPARABLE AL DOLO.

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER ASEGURADO HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL ASEGURADO.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE, O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIER LITIGIO, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HAYA PODIDO CONOCER EL ASEGURADO, EN O CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN ACTO MÉDICO ERRÓNEO QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER RECLAMACIÓN REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO ASEGURADO AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL ASEGURADO COMO PROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

PRÁCTICAS LABORALES INCORRECTAS.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL ASEGURADO.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS RECLAMACIONES POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECIFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

- I. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADAS O NO, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O CONMOCIÓN CIVIL, LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.**
- II. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESIÓN, ESTRAGOS O INTERRUPCIÓN O COMISIÓN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONÓMICOS, ÉTNICOS, NACIONALISTAS, POLÍTICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.**

3.11. CONTAMINACIÓN

- I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O**
- II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN ASEGURADO PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA, RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.**

3.12. DISCRIMINACIÓN

- I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.**
- II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.**

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE ACTÚE O HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS, ALCALOIDES O ALCOHOL, HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL ASEGURADO O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL ASEGURADO. LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL ASEGURADO EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL ASEGURADO EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES.

3.18. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

**FILTRACIONES, CONTAMINANTES
O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS
Y GASTOS LEGALES DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA
LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.**

3.19. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES

TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O TRATAMIENTOS, CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO, CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.24. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.25. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO

3.26. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.27. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.28. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.29. RESPONSABILIDAD POR FALTA DE ATENCIÓN MÉDICA

RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGACIÓN DE ATENCIÓN A CUALQUIER PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.30. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO EL ASEGURADO PRESTE SUS SERVICIOS PROFESIONALES AL MOMENTO DE QUE SU LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE HAYA SIDO SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.31. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

3.32. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN EVENTO CIBERNETICO, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE DATOS, DATOS PERSONALES, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.33 DAÑOS NO COMPRENDE

- A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.**
- B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.**
- C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,**
- D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES PERUANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.**

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del Asegurador en relación con todos los Daños y Gastos Legales amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de Asegurados, Reclamaciones, personas o entidades que efectúen tales Reclamaciones.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del Asegurador para esa cobertura, independientemente del número de Daños, Gastos Legales, cantidad de Asegurados, Reclamaciones, personas o entidades que efectúen tales Reclamaciones. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los Gastos Legales están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el Asegurador no estará obligado, en ningún caso, a pagar Daños ni Gastos Legales que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las Reclamaciones derivadas del mismo Acto Médico Erróneo se considerarán como una sola Reclamación, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha

Reclamación se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las Reclamaciones haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del Periodo Contractual. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del Periodo Contractual.

Así mismo, la serie de Actos Médicos Erróneos que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia situación o evento, se considerarán un mismo Acto Médico Erróneo y constituirán una sola Pérdida y/o Gastos Legales, sin importar el número de reclamantes y/o Reclamaciones formuladas. La responsabilidad máxima del Asegurador por dichos Daños y/o Gastos Legales, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños y/o Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

Se aplicará un solo deducible a los **Daños y/o Gastos Legales** originados en **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo**.

6. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** dé lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y a un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** distribuirán dicho **Daño** y **Gastos Legales** en la misma proporción en la que se distribuya la responsabilidad legal de las partes.

Cualquier distribución o anticipo de **Gastos Legales** en relación con una **Reclamación** no creará presunción alguna respecto a la distribución de otro **Daño** originado por dicha **Reclamación**.

Si **Asegurado** y **Asegurador** no logran llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** suministrará los **Gastos Legales** que considere razonablemente cubiertos bajo la póliza, hasta que se acuerde o se determine una distribución diferente. Una vez acordada o determinada la distribución de **Gastos Legales**, estos serán aplicados de manera retroactiva a todos los **Gastos Legales** ya incurridos en relación con dicha **Reclamación**.

7. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada, resuelta o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva. Se acuerda que, el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como “no renovación” y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** presentada durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último **Periodo Contractual**, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

8. PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Si durante el Período Contractual o durante el Período Adicional para Recibir Reclamaciones, en caso de que este último sea contratado, ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura o Reclamación bajo esta Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

- a. El Contratante y/o Asegurado deberá notificar por escrito al Asegurador sobre de la presentación de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial al Asegurado, , tan pronto como tenga conocimiento de la misma y dentro de un plazo máximo de dentro de tres (3) días calendario siguientes a la fecha que la haya conocido o debido conocer, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyo efecto le será de aplicación lo previsto en la Ley del Contrato del Seguro, sus normas reglamentarias, así como en lo dispuesto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales, en lo que corresponda.
- b. Una vez recibida la Reclamación, el Asegurado deberá suministrar al Asegurador la información, documentos, comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley. Para ello, deberá remitir presentar los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial -antes copia legalizada):
 - i. Carta de presentación formal con una descripción específica de la supuesta Reclamación o del acto Médico erróneo alegado, probando la ocurrencia del siniestro;
 - ii. Detalles de todas las partes involucradas, incluyendo fechas, nombres e información de contacto, así como la identidad posible o anticipada de las partes involucradas;
 - iii. Detalles completos de los Daños alegados, incluyendo la cuantía de la indemnización que sería de cargo de la Compañía.
- iv. Detalles completos de la Historia Clínica del Paciente y el consentimiento informado, en caso sea aplicable
- v. Cualquier otra información que la Compañía requiera y esté relacionada con la reclamación, incluyendo las circunstancias por las cuales el Asegurado tuvo conocimiento por primera vez de la posible Reclamación
- vi. Las solicitudes hechas por el Asegurado, presentadas a la Compañía para indemnizar por cualquier Pérdida deberán ir acompañadas de un cálculo de la pérdida. Debe explicarse en detalle el cálculo de la pérdida y qué supuestos se han asumido.

Si debido al incumplimiento de estas obligaciones se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la Reclamación, el Asegurador podrá reclamar al Asegurado los daños y perjuicios que el Asegurador hubiere sufrido o asumido con motivo de la defensa de la Reclamación, en proporción a la culpa de los mismos y al perjuicio sufrido.

Si el incumplimiento del Asegurado se produjera con dolo o culpa grave, con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar al Asegurador o si se obrase dolosamente con los reclamantes o con los afectados, el Asegurador quedará liberado de toda responsabilidad bajo la Póliza.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura, caso contrario se producirá el consentimiento del siniestro; salvo que la COMPAÑÍA solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Cuando la COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o documentación adicional, con el fin de obtener las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido, lo cual deberá solicitarse dentro de los primeros veinte

(20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

Comprobada la veracidad de los hechos y de los documentos presentados, y luego de haber verificado que la causa no se encuentra comprendida dentro de las Exclusiones, LA COMPAÑÍA procederá a pagar los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Seguro, en el plazo de treinta (30) días calendarios, computados a partir de la fecha en que se consintió el siniestro

Notificación de reclamaciones potenciales

Si durante el Período Contractual o durante el Período Adicional para Recibir Reclamaciones, en caso de que este último sea contratado, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier Acto Médico Erróneo que pudiera razonablemente dar origen a una Reclamación, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá cumplir con notificar por escrito al ASEGURADOR acerca de ello dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la fecha que la haya conocido o debido conocer, o después de dicho plazo, tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyo efecto le será de aplicación lo previsto en la Ley del Contrato del Seguro, sus normas reglamentarias, así como en lo dispuesto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Riesgos Generales, en lo que corresponda.

Para ello, deberá remitir presentar los siguientes documentos

- I. El Acto Médico Erróneo alegado.
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;
- IV. Las circunstancias por las cuales el Asegurado tuvo conocimiento por primera vez de la posible Reclamación.

Cumplidos estos requisitos, cualquier Reclamación posteriormente efectuada contra el Asegurado y proveniente de dicho Acto Médico Erróneo, que haya sido debidamente reportado al Asegurador, será considerada como efectuada en el Período Contractual.

Si debido al incumplimiento de estas obligaciones se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la Reclamación, el Asegurador podrá reclamar al Asegurado los daños y perjuicios que el Asegurador hubiere sufrido o asumido con motivo de la defensa de la Reclamación, en proporción a la culpa de los mismos y al perjuicio sufrido.

Si el incumplimiento del Asegurado se produjera con dolo o culpa grave, con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar al Asegurador o si se obrase dolosamente con los reclamantes o con los afectados, el Asegurador quedará liberado de toda responsabilidad bajo la Póliza.

9. CONFIDENCIALIDAD

El **Asegurado** no podrá divulgar los términos, la naturaleza o cualquier Límite por Reclamo, Limite Agregado de esta Póliza, Deducible; o la prima pagadera bajo esta Póliza, a ningún Tercero, incluyendo la divulgación en los reportes anuales de la Organización Asegurada, excepto cuando:

- A. La **Compañía** de consentimiento expreso y por escrito; o
- B. Sea necesario que el **Asegurado** entregue un certificado de seguro; o
- C. La divulgación sea requerida por orden judicial.

El **Asegurado** no podrá pagar ninguna **Reclamación** por indemnidad, contribución ni recuperación sin previo consentimiento expreso y por escrito de la **Compañía**.

10. DEFENSA

El Asegurado debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir directamente la defensa de la Reclamación.

Para estos efectos, el Asegurado enviará al Asegurador la cotización del abogado de su elección, para la aprobación previa tanto de su identidad como los honorarios. Una vez aprobados, el Asegurador pagará los Gastos Legales del Asegurado en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la Reclamación no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el Asegurador no será responsable de asumir Gastos Legales que no hayan sido incurridos en la defensa de una Reclamación.

Si se llega a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el Asegurado deberá rembolsar la integridad de los mismos al Asegurador en un plazo no mayor a quince (15) días.

El Asegurado debe mantener al Asegurador permanentemente informado sobre el desarrollo de la Reclamación en su contra.

El Asegurador podrá investigar cualquier Reclamación que involucre al Asegurado y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la Reclamación, de la manera que lo estime conveniente.

El Asegurado cooperará con el Asegurador y le suministrará toda la información y asistencia que el Asegurador pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitando a, la presentación en audiencias, descargos y procesos judiciales o procedimientos administrativos, y la asistencia para la celebración de arreglos conciliatorios o transaccionales, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier Reclamación cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del Asegurador o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudican o disminuyen las posibilidades de defensa de la Reclamación, el Asegurador podrá reclamar al Asegurado los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del Asegurado se produjera con dolo, con la manifiesta intención de perjudicar o de engañar al Asegurador o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

11. NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurado no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la Reclamación, ni incurrir en Gastos Legales y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del Asegurador.

12. CAUSALES DE RESOLUCIÓN

Este contrato podrá ser resuelto unilateralmente en los siguientes supuestos:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación dirigida al **Asegurado**, enviada a su última dirección conocida, con no menos de treinta (30) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos de la Ley del Contrato de Seguro;
- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso dirigido al **Asegurador**, con no menos de treinta (30) días de anticipación.

En el primer supuesto, la resolución da derecho al **Asegurado** a percibir la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido; es decir, la que corresponde al período comprendido entre la fecha que surte efecto la resolución y la de vencimiento original del contrato. La devolución de primas será aplicable si la resolución es de común acuerdo.

13. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El Asegurado está obligado a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, deberá notificar por escrito al Asegurador los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con anticipación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del Asegurado. Si la modificación del riesgo es ajena al Asegurado se deberá avisar al Asegurador dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de este cambio. Para efectos de determinar la oportunidad de notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del Asegurador.

En caso de falta de notificación oportuna, la presente Póliza cubrirá solamente las Reclamaciones derivadas de Actos Médicos Erróneos por la prestación de Servicios Profesionales realizados antes del día en que se llevaron a cabo dichos cambios.

14. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El Asegurador, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado.

Para estos efectos, el Asegurado prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al Asegurador de legitimación activa para demandar judicialmente. Así mismo, al Asegurado tiene prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro, so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el Asegurado actuó de mala fe o con dolo, el Asegurado deberá restituir los costos y/o Gastos Legales que el Asegurador pagó de manera anticipada. Si el Asegurado no devuelve los pagos anticipados realizados por concepto de Gastos Legales, el Asegurador puede presentar una demanda de recuperación en contra del Asegurado por dicho concepto, sin perjuicio de los daños y perjuicios que se generen al Asegurador.

15. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO perderá todo derecho previsto en esta Póliza en los siguientes supuestos:

- a) Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas.
- b) Si en cualquier tiempo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos con representación o con conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- c) Si la pérdida o daño ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o BENEFICIARIO o ENDOSATARIO de los derechos de Indemnización, o con su complicidad o con su consentimiento.

16. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier Daño y/o Gastos Legales bajo esta póliza estuviera también cubierto, en todo o en parte, por

otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe supere el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

17. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**. Para efectos del cómputo de plazos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

18. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes del inicio de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

19. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

20. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos:

- I. **Si hubiese en el siniestro o en la Reclamación dolo o mala fe del Asegurado, beneficiarios, causahabientes o apoderados.**
- II. **Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro o contra terceros responsables del siniestro.**

21. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, es aplicable a las **Reclamaciones** presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

22. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual, reservándose el derecho de no renovar la póliza.

23. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En caso que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con el Tipo de Cambio del día que se

quede ejecutoriada (o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En caso que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda peruana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal peruana, de acuerdo con el Tipo de Cambio del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

24. LEY APLICABLE

Para cuantas cuestiones se refieran a la interpretación, validez y/o cumplimiento de esta Póliza, el presente Contrato queda sometido a la Legislación Peruana, en especial a la Ley del Contrato de Seguro, los Reglamentos emitidos por la SBS, al Código de Comercio y legislaciones complementarias y supletorias en materia de seguros y al Código Civil, en la medida que las mismas resulten aplicables.

25. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

En la medida en que lo permita la ley y las regulaciones (expresiones que para estos propósitos incluyen, pero no se limitan a, cualquier sanción económica aplicable a cualquiera de las partes), La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

26. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

27. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Comprende el conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

Si el Asegurado es un profesional de la salud diferente de un medico se entenderá como acto medico el acto propio de la profesión del Asegurado

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de medida, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Profesionales prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considerará como la persona habilitada legalmente como médico u odontólogo u otro profesional de la salud, únicamente en el ejercicio de la profesión asegurada, y únicamente cuando sea designado como tal en la carátula o condiciones particulares de la póliza.

d. Asegurador significa Chubb Seguros Perú S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Comprende los honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos, razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

También se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza, la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

- a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.**
- b. Daños punitivos y ejemplarizantes.**
- c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los Asegurados por sus acreedores,**
- d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes peruanas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.**

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus

accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta de débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal sensible, contenida en cualquier formato, siempre que tal información genere la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

- a.** Una violación de la seguridad de la red
- b.** Uso no autorizado de una red informática
- c.** Un virus de Computadora
- d.** Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, comercial o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un **Daño** como resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.
- Cualquier denuncia penal iniciada en contra del **Asegurado**, sujeto a las Exclusiones de esta póliza; o

- Cualquier proceso o investigación administrativa o disciplinaria relacionados con un **Acto Médico Erróneo del Asegurado**.
- Cualquier proceso o investigación iniciado por un Tribunal de Ética.

Todas las anteriores se considerarán Reclamaciones siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño y/o Gastos Legales** cubiertos bajo la presente póliza.

o. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** del **Asegurado** en desarrollo de su profesión y/o especialidad especificada e informada previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el **Asegurado** preste a pacientes y en cuya prestación el **Asegurado** reciba un pago por honorarios y/o por nómina, o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia

p. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

28. APLICACIÓN

Permanecen vigentes y son de aplicación a la presente póliza, las Cláusulas Generales de Contratación comunes a los Seguros de Riesgos Generales en todo cuanto no se encuentre expresamente modificado por las presentes Condiciones Generales.

