

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Médicos

Condiciones Generales

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta **Póliza**, han sido definidas en el artículo 2 y deben ser entendidas indistintamente en su forma singular o plural de acuerdo con su 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.

Basado en las declaraciones hechas en la Solicitud de Seguro debidamente llenada y firmada por el **Contratante y / o Asegurado**, la cual se adhiere y forma parte de la **Póliza y cuya veracidad constituye causa determinante para la celebración del contrato y asimismo sujeto a las condiciones generales de contratación riesgos generales, a estas condiciones generales**, a las condiciones Particulares, cláusulas adicionales, endosos y, anexos que se adhieran a esta Póliza, Chubb Seguros Perú en adelante la Aseguradora y el Contratante y/o el Asegurado en adelante el Asegurado acuerdan lo siguiente:

Sección Primera

Cláusula 1º: Cobertura Básica

Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional de Médicos

Por la presente Póliza, la Aseguradora pagará, en exceso del deducible, y hasta la suma asegurada contratada, la Indemnización y los Gastos de Defensa provenientes de una Reclamación presentada por primera vez en contra del Asegurado y derivada de un Acto Médico Negligente en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales cometidos durante la Vigencia de la Póliza y/o durante la Prórroga para Notificaciones, en caso en que esta última sea contratada por el Asegurado.

En adición a lo establecido en el párrafo anterior, la Póliza amparará hasta por el Límite de Responsabilidad señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza y sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, lo siguiente:

Herederos legales:

En el caso de fallecimiento, incapacidad o insolvencia de cualquier persona natural considerada como Asegurado, la presente Póliza se extenderá a cubrir la Pérdida proveniente de una Reclamación interpuesta contra la masa hereditaria, herederos o representantes legales del Asegurado por causa de un Acto Médico Negligente en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente Póliza.

Cónyuges:

La cobertura se extiende a cubrir al cónyuge de cualquier persona natural considerada Asegurado, cuando su cónyuge deba asumir la Pérdida derivada de una Reclamación basada en un Acto Médico Negligente cometido por el Asegurado en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales y que, como consecuencia de ello, se pretenda obtener Indemnización del patrimonio de los cónyuges, todo ello de acuerdo a las disposiciones legales y a los términos y condiciones de la presente Póliza.

Gastos legales incurridos en una investigación iniciada contra el Asegurado:

La definición de Gastos de Defensa se extiende a cubrir hasta el límite de responsabilidad señalado en el punto 8 de las Condiciones Particulares de la Póliza, los gastos y honorarios que se generen en la defensa legal del Asegurado y en la comparecencia del Asegurado en cualquier procedimiento administrativo o investigación formal relacionada con un Acto Médico Negligente del Asegurado en la prestación de sus Servicios Médicos Profesionales.

Periodo Extendido para Notificaciones en caso de Discapacidad o Muerte

De acuerdo a las disposiciones de la Cláusula 9º., Sección Primera de la Póliza, se otorgará, previo acuerdo de la Aseguradora, sin prima adicional y por tiempo a ser convenido, una Prórroga para Notificaciones en los casos en

que el Asegurado muera o sufra algún accidente o enfermedad imprevista y ajena a su voluntad y por la cual se vea imposibilitado permanentemente de prestar sus Servicios Médicos Profesionales.

La presente Extensión de Cobertura será efectiva siempre y cuando el Asegurado cuente con su título profesional o licencia vigentes al momento de la muerte o cuando el hecho generador del accidente o enfermedad ocurra y sea reportado a la Aseguradora.

Para que la presente Extensión de Cobertura opere, la incapacidad total y permanente del Prestador de Servicios Médicos Profesionales deberá de ser evaluada y calificada por el o los médicos que la Aseguradora determine y quienes deberán de emitir un reporte o informe al respecto. En caso de deceso del Asegurado, se deberá presentar a la Aseguradora de manera fehaciente, el certificado de defunción emitido por autoridad competente.

Cláusula 2º: Definiciones

2.1 Acto Médico: Conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a terceros por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de técnicos y/o auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en las Condiciones Particulares 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**.

2.2 Acto Médico Negligente: Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, 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 Médicos Profesionales prestados por el Asegurado**.

2.3 Asegurado: Significa:

- a) Persona física cubierta por el seguro en su calidad de **Prestador de Servicios Médicos Profesionales** con autorización emitida por la respectiva autoridad competente para desempeñar la especialidad objeto del presente Contrato de Seguro debidamente especificada en la Condiciones Particulares de la **Póliza** y/o Anexos.
- b) Empresa o institución Contratante del seguro en su calidad de Prestador de Servicios Médicos Profesionales con licencia reconocida por la respectiva autoridad competente para la prestación de los mismos. Por virtud de la presente Póliza, se considerarán cubiertos en su calidad de Prestador de Servicios Médicos Profesionales a los médicos, odontólogos, enfermeros, técnicos y auxiliares para las especialidades de la salud debidamente autorizados y con una relación de dependencia laboral con el Asegurado, exclusivamente cuando presten Servicios Médicos Profesionales en nombre del Asegurado.

2.4 Aseguradora: Significa Chubb Seguros Perú S.A.

2.5 Contaminantes: Significa cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, los cuales, de manera enunciativa pero no limitativa pueden llegar a ser humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

2.6 Contratante: Significa la persona natural o jurídica señalada en las condiciones Particulares de la **Póliza** como tal.

2.7 Daño Corporal: Significa cualquier lesión, enfermedad mental, trastorno emocional, herida corporal, ansiedad, tensión mental, sufrimiento emocional (fuera o no resultante de la lesión) y/o hasta muerte de una persona causada por el **Asegurado al Paciente** como consecuencia de un **Acto Médico Negligente**.

2.8 Fecha de Retroactividad: Significa la fecha especificada en las Condiciones Particulares de la **Póliza** a partir de la cual se otorga cobertura al Asegurado bajo los términos de esta **Póliza**. En caso de no estar especificada, será la misma **fecha de Reconocimiento de Antigüedad**.

2.9 Gastos de Defensa: Significa cualquier retribución económica por servicios profesionales brindados por abogados, peritos y demás profesionales contratados por la **Aseguradora** que intervengan en la defensa del **Asegurado** ante una **Reclamación**, así como los costos y gastos del **Proceso Legal**, incluyendo fianzas o cauciones judiciales que fehacientemente hayan sido aprobados por la **Aseguradora** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado**. Estos gastos no incluirán salarios ni gasto alguno de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

2.10 Indemnización: Significa cualquier suma de dinero, compensación o monto compensatorio que el **Asegurado** esté legalmente obligado a pagar como consecuencia de una **Reclamación** y establecida en una sentencia condenatoria dictada por autoridad competente. Se incluye dentro de la **Indemnización** todos los acuerdos y/o convenios judiciales o extrajudiciales suscritos por el **Asegurado** o su representante legal, los cuales hayan sido negociados y acordados previamente por la **Aseguradora**.

Indemnización no comprende:

Las multas y sanciones de cualquier tipo

I. Daños punitivos

II. Las cantidades que no puedan ser cobradas al Asegurado por sus acreedores

III. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables por la presente póliza.

2.11 Paciente: Significa la persona natural que recibe atención mediante la prestación de **Servicios Médicos Profesionales por parte de un Asegurado**.

2.12 Pérdida: Significa el pago de forma conjunta o por separado y de manera indistinta, ya se de una **Indemnización** y/o de los **Gastos de Defensa**.

2.13 Póliza: Es el presente Contrato de Seguro, entiéndase el documento debidamente suscrito por el **Contratante** y la **Aseguradora** en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

Forman parte de la **Póliza** las Condiciones Generales de Contratación Riesgos Generales, Las Condiciones Generales del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Médicos, las Condiciones Particulares, Cláusulas adicionales, endosos y anexos que se adhieran a la **Póliza**.

2.14 Prestador de Servicios Médicos Profesionales: Significa la persona que a la fecha del **Acto Médico Negligente** cuente con Colegiatura vigente expedida por el Colegio Médico del Perú y/o autorización, permiso, licencia o certificado vigente y expedido por autoridad competente conforme a la normatividad en vigor en la República del Perú para llevar a cabo **Servicios Médicos Profesionales**.

2.15 Proceso Legal: Significa cualquier procedimiento civil, penal, arbitral y/o administrativo iniciado y/o presentado por el **Paciente**, sus familiares, tutores o representantes legales en los Juzgados, Tribunales y/o Cortes que conocen de estos procesos y que se inicien y/o presenten en contra del **Asegurado** alegando un **Acto Médico Negligente**.

2.16 Prórroga para Notificaciones: Significa el periodo de tiempo con extensión de cobertura que se otorga de acuerdo a la Cláusula 9a. de las presentes Condiciones.

2.17 Reclamación: Significa:

I. Toda demanda o procedimiento instaurado por el **Paciente**, sus familiares y/o su representante legal en contra del **Asegurado**, ya sea por la vía civil, penal, arbitral o ante la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud para obtener una **Indemnización** y/o la reparación de un daño en forma patrimonial sufrido por el **Paciente** y originado por un **Acto Médico Negligente**.

II. Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración por parte de una autoridad competente que el **Asegurado** es responsable de un **Daño Corporal** causado a un **Paciente** como resultado o derivado de un **Acto Médico Negligente**.

III. Cualquier procedimiento o investigación administrativa o judicial relacionada con un **Acto Médico Negligente** del **Asegurado** cuando sea alegado por un **Paciente** y sujeto a lo establecido en esta **Póliza**.

Los tres puntos que anteceden se considerarán **Reclamaciones** siempre y cuando estén relacionadas con una **Pérdida** cubierta bajo la presente **Póliza**.

2.19 Reconocimiento de Antigüedad: Significa la fecha especificada en las Condiciones Particulares de la **Póliza** y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con la **Aseguradora** bajo los términos de esta **Póliza**.

2.20 Servicios Médicos Profesionales: Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** cuya especialidad esté especificada e informada previamente en la **Póliza** y/o Anexos y que el **Asegurado** preste a terceros y en cuya prestación el **Asegurado** reciba un pago por honorarios y/o por planilla, o bien, cuando actué en cumplimiento de su deber de prestar asistencia médica en casos de notoria urgencia.

2.21 Vigencia de la Póliza: Significa el espacio de tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de la **Póliza** y/o en las condiciones Particulares y la terminación, expiración o resolución de esta **Póliza**.

Cláusula 3º: Exclusiones

La ASEGURADORA no será responsable de pagar **PÉRDIDAS** causadas por **RECLAMACIÓN** alguna originada por, en conexión con o de cualquier manera relacionada con:

3.1 Mala fe, dolo y/o retribuciones improcedentes:

- I. **PÉRDIDAS** derivadas de acciones u omisiones deliberadamente dolosas, de mala fe o fraudulentas establecidas así por la legislación y práctica común aplicable. Esta Exclusión solamente surtirá efectos cuando la responsabilidad por dolo, mala fe o fraude a la que se refiere este inciso, se establezca en sentencia, resolución en firme u otra similar. En el caso en que el ASEGURADO sea responsable por dolo, mala fe o fraude, deberá proceder a rembolsar en un plazo no mayor a quince (15) días la **PÉRDIDA** incurrida por ello a la ASEGURADORA, de conformidad con la Cláusula 7a. de las presentes condiciones.

Queda entendido que la conducta reclamada a un ASEGURADO no debe ser reclamada a otro ASEGURADO.

- II. La obtención por cualquier ASEGURADO de cualquier beneficio, remuneración, lucro, provecho indebido o ventaja personal, actos ilícitos, deshonestos o cualquier otro similar a los que no tuviera derecho.

3.2 Multas y sanciones:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a multas o sanciones pecuniarias o administrativas de cualquier naturaleza impuestas al ASEGURADO, incluyendo los gastos de defensa jurídica directa y exclusivamente relacionadas con las mismas y con otras obligaciones económicas relacionadas, salvo aquellos gastos de defensa derivados de la INDEMNIZACIÓN de un perjuicio causado a un tercero y amparado por esta PÓLIZA.

Se cubrirán las multas y sanciones ocasionadas a un tercero por un ACTO MÉDICO NEGLIGENTE del ASEGURADO cuando las mismas no se relacionen con actos dolosos o fraudulentos.

3.3 Circunstancias, juicios y seguros anteriores:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a litigios interpuestos y/o hechos, circunstancias o situaciones conocidas o que

razonablemente debió de haber conocido el ASEGURADO con anterioridad a la fecha de RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD a que se refiere esta PÓLIZA, o que tengan como base o de cualquier manera sean atribuibles a los mismos hechos, o esencialmente los mismos hechos, que hubiesen sido alegados en dichos litigios, aun cuando hayan sido iniciados contra terceros y o que hubiesen estado relacionados con cualquier RECLAMACIÓN que haya sido reportada anteriormente, o cualquier circunstancia de las cuales se haya dado aviso, bajo cualquier contrato de seguro o póliza de la cual, la presente PÓLIZA sea una renovación o reemplazo o a la póliza o contrato que pueda eventualmente reemplazar.

3.4 Asegurado contra Asegurado:

Presentada por o en beneficio directo o indirecto de cualquier asegurado amparado bajo esta póliza.

Queda estipulado que la presente Exclusión no aplica cuando el afectado estuviere en la condición de PACIENTE.

3.5 Responsabilidades Patronales:

- I. PÉRDIDAS derivadas como consecuencia de las obligaciones del ASEGURADO como patrón frente a sus trabajadores y que se desprendan de su relación netamente laboral, quedando por ello excluida cualquier responsabilidad patronal cuando no sea derivada directamente, ya sea de un ACTO MÉDICO o de la prestación de un SERVICIO MÉDICO PROFESIONAL.
- II. PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a la violación de cualquier disposición legal que imponga obligaciones a cargo del CONTRATANTE, derivadas del régimen de Seguridad Social, público o privado

3.6 Garantías de resultados:

PERDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a las obligaciones derivadas de la o las garantías que el médico haya otorgado al PACIENTE, ya sea de manera verbal o por escrito, de un determinado resultado como consecuencia de la práctica de un ACTO MÉDICO, que vaya más allá de lo establecido por la Norma Oficial de la misma especialidad, así como de los cánones de la práctica médica.

3.7 Directores y administradores:

La responsabilidad del ASEGURADO como propietario, director, administrador o funcionario del hospital, sanatorio, clínica con facilidades de instalaciones de comida y ropa de cama, hogar de ancianos, centros de cirugía ambulatoria, laboratorio, organización de cuidados para la salud, proveedores exclusivos de la organización, otras entidades de atención a la salud u otras empresas comerciales.

3.8 Contaminación ambiental:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a:

- I. Cualquier amenaza, real o supuesta, de descarga, dispersión, filtración, migración, liberación o escape de CONTAMINANTES en cualquier ocasión; y/o
- II. Cualquier requerimiento, demanda, notificación u orden recibida por un ASEGURADO para monitorear, limpiar, remover, contener, tratar, neutralizar o de cualquier forma responder a o calcular los efectos de los CONTAMINANTES incluyendo pero no limitando a cualquier RECLAMACIÓN, juicio o procedimiento 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.

3.9 Asbestos:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a asbestos o a cualquier DAÑO CORPORAL o daño material causado por asbestos o presunto acto, error, omisión u obligación que involucre asbestos, su uso,

exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación o uso en cualquier ambiente, construcción o estructura incluyendo la fabricación, elaboración, transformación, montaje, venta o uso de amianto o de cualquier producto que pueda contenerlo.

3.10 Reacción nuclear:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente, a los efectos de explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de átomos de radioactividad, así como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, así como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

Esta Exclusión no aplica en los casos en los que la energía nuclear sea utilizada únicamente para fines terapéuticos o de diagnóstico en las instalaciones y bajo la supervisión directa del ASEGURADO, siempre y cuando se lleve a cabo con las medidas necesarias para su aplicación.

3.11 Influencia de tóxicos:

INDEMNIZACIONES originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente, a los **DAÑOS CORPORALES** causados por el ASEGURADO cuando éste último actúe o haya actuado bajo la influencia de tóxicos, intoxicantes, narcóticos, alcaloides o alcohol que haya sido o no inducido por un tercero.

3.12 Honorarios:

PÉRDIDAS originadas en, basadas en o de cualquier manera atribuibles, directa o indirectamente a reclamos motivados en la liquidación, cobro y facturación de honorarios profesionales a un **PACIENTE**, que no sean los especificados en la Cláusula 2a., inciso 2.9 de las presentes condiciones.

3.13 Abuso:

PÉRDIDA originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a el abuso físico, amenaza, acoso sexual, comportamiento sexual inmoral donde se tenga o no la intención de culminar en, o que culminase en cualquier acto sexual ya sea causado por instigación del ASEGURADO y/o si fue causado por un acto u omisión del ASEGURADO, los empleados del ASEGURADO, o cualquier persona por cuyos actos el ASEGURADO sea legalmente responsable.

3.14 Responsabilidades asignadas a otro Profesional

La Responsabilidad Civil que sea atribuida a otros médicos, técnicos, auxiliares, hospitales, clínicas o instituciones de salud similares.

Así como cualquier tipo de responsabilidades atribuidas a los fabricantes de remedios o equipos médicos para la prestación de servicios.

3.15 Falta de Autorización:

Cuando el ASEGURADO preste sus **SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES** al momento de que su título profesional, licencia o permiso para desempeñarlos haya sido suspendido/a, cancelado/a o revocado/a por autoridad competente, o bien cuando éste/a haya expirado.

3.16 Actos médicos no reconocidos

ACTOS MÉDICOS practicados con técnicas, medicamentos y/o equipamientos no reconocidos por la ciencia médica y/o organismos competentes así como los **ACTOS MÉDICOS** en los que se involucren técnicas experimentales y/o no autorizadas; incluyendo pruebas clínicas.

3.17 Daños derivados de servicios de hemoterapia

Daños derivados de Servicios de Hemoterapia, incluyendo pero no limitado a Bancos de Sangre, prestados a terceros dentro o fuera de los locales del Asegurado.

3.18 Responsabilidad de vehículos

I. **Responsabilidad de vehículos – Daños causados por vehículos o a vehículos de propiedad del asegurado o de vehículos de terceros (responsabilidad de playas de estacionamiento). Sin embargo las prácticas médicas realizadas dentro de ambulancias durante el transporte del paciente, son cubiertas.**

3.19 Discriminación

No están cubiertos reclamos por discriminación, abuso o molestia sexual;

3.20 Construcciones

Construcciones en general. Sin embargo remodelación y /o mejoramiento de instalaciones médicas o equipamiento serán cubiertas.

3.21 Guerra y Terrorismo

3.22 Exclusiones específicas:

Se excluye, salvo pacto en contrario, a solicitud del ASEGURADO y con la aceptación explícita de la ASEGURADORA las RECLAMACIONES derivadas de o relacionadas con cualquiera de los siguientes riesgos:

- I. **DAÑOS CORPORALES** relacionados con el transporte de **PACIENTES** en ambulancias o aeronaves; y/o
- II. **Tratamiento domiciliario.**

Cláusula 4º: Límite de Responsabilidad

El Límite de Responsabilidad establecido en las presentes Condiciones, es el límite máximo de responsabilidad de la **Aseguradora** con relación a todas las **Pérdidas** a consecuencia de todas las **Reclamaciones** cubiertas por esta **Póliza**, independientemente de la cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones** hechas o personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

La **Aseguradora** no estará obligada, en ningún caso, a pagar **Pérdidas** que excedan el Límite de Responsabilidad aplicable, una vez que éste haya sido agotado por el pago de **Indemnización** y/o **Gastos de Defensa**.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Negligente** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único Límite de Responsabilidad por **Reclamación** establecido en las Condiciones Particulares de la **Póliza**.

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 de la **Vigencia de la Póliza** pero después de la **Fecha de Retroactividad**. En consecuencia, constituirá una sola y única **Pérdida** la serie de actos originados de una misma **Reclamación**, con independencia del número de reclamantes y **Reclamaciones formuladas**. La responsabilidad máxima de la **Aseguradora** con dicha **Pérdida**, incluyendo los **Gastos de Defensa**, no excederá del Límite de Responsabilidad por evento establecido en las Condiciones Particulares de la **Póliza**.

Cláusula 5º: Deducible

La **Aseguradora** será exclusivamente responsable de pagar la **Pérdida** en exceso del deducible establecido en la Condiciones Particulares de la **Póliza**. El Deducible estará cada uno, desprovisto de cobertura bajo la **Póliza** y en consecuencia, será aplicado por la **Aseguradora**.

Se aplicará un sólo deducible a la **Pérdida** originada en **Reclamaciones** en las que se alegue los mismos o similares **Actos Médicos Negligentes**.

Cláusula 6°: Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Reglas Sobre Notificación y Comunicación

6.1 Notificación de Reclamaciones

El Asegurado, deberá avisar a la Aseguradora acerca de la presentación de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial que haya recibido o sepa que puede llegar a recibir, así como de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una Pérdida a cargo del Asegurado, dentro de los cinco (5) días naturales siguientes a la fecha que los haya conocido o debido conocer.

El Asegurado deberá tomar todas las medidas necesarias para coadyuvar con la Aseguradora en la prestación de una defensa adecuada de sus intereses, sujeto a lo dispuesto en la Cláusula 7a. de las presentes Condiciones “Gastos y Costas Legales y Defensa Legal de la Reclamación”, y deberá mantener a la Aseguradora permanentemente informada sobre el desarrollo de la Reclamación en su contra y cooperar con ella en todo momento.

Si debido al incumplimiento de esta obligación se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la Reclamación, la Aseguradora podrá reclamar al Asegurado los daños y perjuicios que la Aseguradora hubiere erogado 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 la manifiesta intención de perjudicar o de engañar a la Aseguradora o si se obrase dolosamente con los reclamantes o con los afectados, la Aseguradora quedará liberada de toda responsabilidad bajo la Póliza.

6.2 Notificación de Reclamaciones Potenciales

Si durante la Vigencia de la Póliza o durante la Prórroga para Notificaciones, en caso en que esta última sea contratada, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier Acto Médico que pueda razonablemente dar origen a una Reclamación cubierta por esta Póliza, deberá dar notificación fehaciente y por escrito de ello a la Aseguradora mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, los que de manera enunciativa pero no limitativa puedan llegar a ser:

- I. El **Acto Médico Negligente** ocurrido y / o alegado durante la prestación de los **Servicios Médicos Profesionales**;
- II. Las fechas y personas involucradas;
- III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes; y
- 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 Negligente, que haya sido debidamente reportado a la Aseguradora, será considerada como efectuada en la Vigencia de la Póliza.

6.3 Asistencia y Cooperación

El Asegurado cooperará con la Aseguradora y le suministrará toda la información y asistencia que la Aseguradora pueda razonablemente requerir, las que de manera enunciativa pero no limitativa pueden llegar a ser, la historia clínica, el expediente médico y toda la información clínica que el Asegurado pudiera tener en su poder o señalar en donde se encuentra, así como la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos; asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y coadyuvando en la defensa de cualquier Reclamación cubierta por esta Póliza y en general deberá cooperar con la Aseguradora en todo aquello que esté a su alcance. El Asegurado no hará nada que pueda llegar a perjudicar la posición de la Aseguradora.

6.4 Obligaciones del Asegurado

Una vez conocida la Reclamación y/o la Pérdida, el Asegurado deberá suministrar a la Aseguradora la información, documentos y pruebas necesarias para demostrar la Reclamación y la cuantía de la Pérdida, según lo exigido por la Ley. El Asegurado adjuntará al reclamo formal todos los documentos, comprobantes contables y facturas, entre

otros, que permitan establecer los hechos relacionados con el siniestro, las circunstancias en que estos ocurrieron y sus consecuencias.

Los requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la dirección indicada y en los medios establecidos en la Condiciones Particulares.

Toda notificación de Reclamación se tendrá como realizada a la Aseguradora y surtirá sus efectos legales en la fecha en que sea recibida por la Aseguradora en la dirección y medios de comunicación indicados al efecto en las Condiciones Particulares.

Las notificaciones deberán contener una descripción detallada de la naturaleza del Acto Médico Negligente, la identidad del Asegurado involucrado, la identidad del perjudicado así como los perjuicios y daños que se hubiere podido causar.

El Asegurado no podrá admitir su responsabilidad, ni liquidar o intentar liquidar reclamo alguno, ni celebrar convenio alguno, ni incurrir en Gastos de Defensa sin el consentimiento escrito y fehaciente de la Aseguradora quien tendrá el derecho exclusivo del manejo de la defensa o liquidación del reclamo, si la Aseguradora así lo considere conveniente

El incumplimiento de las obligaciones que le corresponde asumir al asegurado con ocasión del siniestro y en especial las establecidas en los párrafos precedentes dará lugar a la pérdida de derechos de acuerdo a las reglas establecidas en el numeral 10 de las Condiciones Generales de Contratación

Cláusula 7º: Gastos y Costos Legales y Defensa Legal de la Reclamación

Será obligación exclusiva de la Aseguradora asumir la defensa de la Reclamación hasta las últimas consecuencias; dicha defensa incluye de manera enunciativa pero no limitativa la contratación de los abogados, peritos y demás servicios que sirvan para la buena defensa de la Reclamación.

La Aseguradora podrá investigar cualquier Reclamación, Acto Médico Negligente que involucre al Asegurado y tendrá el derecho de intervenir en la defensa y transacción de la Reclamación, de la manera que lo estime conveniente.

El Asegurado se abstendrá de incurrir en Gastos de Defensa, admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir o realizar oferta alguna en relación con la Reclamación, sin haber recibido previo y fehaciente consentimiento por escrito de la Aseguradora por los medios de comunicación acordados. La Aseguradora no será responsable de asumir Gastos de Defensa que no hayan sido incurridos en la defensa de una Reclamación originada de un Acto Médico Negligente.

Si se llegare a determinar que los Gastos de Defensa no están cubiertos por esta Póliza, el Asegurado deberá rembolsar la integridad de los mismos a la Aseguradora en un plazo no mayor a quince (15) días.

El / los Asegurado(s), están obligados a entregar toda la información y a cooperar con la Aseguradora en la defensa de la Reclamación, en la medida en que la Aseguradora lo requiera, y se abstendrán de realizar acto alguno que perjudique la posición de la Aseguradora o sus derechos de subrogación.

Cláusula 8º: Distribución

En el evento en que una Reclamación dé lugar a Pérdidas cubiertas por esta Póliza y a Pérdidas no cubiertas por esta Póliza, el Asegurado y la Aseguradora distribuirán dichas Pérdidas de acuerdo con la responsabilidad legal de cada una de las partes.

Si el Asegurado y la Aseguradora no lograren llegar a un acuerdo en relación con los desembolsos que deben ser realizados por las pérdidas materia de dicha Reclamación, la Aseguradora suministrará, aquellas que considere razonablemente y necesariamente cubiertas bajo la Póliza hasta que se acuerde o se determine una Distribución diferente.

Cualquier Distribución o anticipo de Pérdidas en relación con una Reclamación no será de ninguna forma presunción alguna respecto a la Distribución de otras Pérdidas de otra Reclamación.

No obstante lo anterior, si las partes no llegasen a un acuerdo en la distribución de las pérdidas, la discrepancia se someterá a lo establecido sobre solución de controversias en las Condiciones Generales.

Una vez acordada o determinada la distribución de pérdidas, estas serán aplicadas de manera retroactiva a todos las ya incurridas en relación con dicha reclamación y, sin perjuicio de cualquier anticipo previo que haya sido efectuado, la Aseguradora asumirá las pérdidas por el valor acordado o determinado.

Cláusula 9º: Prórroga para Notificaciones

La cobertura de esta Póliza se extenderá a cubrir las Pérdidas derivadas de una Reclamación que sea formulada por primera vez en contra del Asegurado, y presentada por éste a la Aseguradora durante esta extensión que se denominará Prórroga para Notificaciones.

Los términos y condiciones de la última Vigencia de la Póliza, continuarán siendo aplicables a la Prórroga para Notificaciones. Las Reclamaciones presentadas contra el Asegurado durante la Prórroga para Notificaciones deben basarse en Actos Médicos Negligentes derivados de la prestación de los Servicios Médicos Profesionales, que generen una Pérdida cubierta por la Póliza, siempre y cuando dichos Actos Médicos Negligentes se hayan cometido después del inicio de la Fecha de Retroactividad y hasta la fecha de entrada en vigor de la Prórroga para Notificaciones. Cualquier Reclamación presentada durante la Prórroga para Notificaciones será considerada como si hubiere sido presentada durante la Vigencia de la Póliza inmediatamente anterior.

La Prórroga para Notificaciones se otorgará previa solicitud del Contratante, si la Póliza es terminada, 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 ésta o con otra compañía de seguros. Para que opere la Prórroga para Notificaciones, se requiere que haya transcurrido la totalidad del periodo de vigencia original de la Póliza. La vigencia y la prima de este período serán las indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Para ejercer el derecho que esta Cláusula otorga, los Asegurados deberán comunicar fehacientemente y por escrito a la Aseguradora su intención de contratar la Prórroga para Notificaciones, debiendo pagar la prima establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de terminación, revocación o no renovación de la Póliza.

El Límite de Responsabilidad aplicable durante la Prórroga para Notificaciones será el que continúe disponible a la expiración de la última Vigencia de la Póliza, no suponiendo de ninguna forma que la Prórroga para Notificaciones implique una reconstitución del Límite de Responsabilidad.

Cláusula 10º: Conservación del Estado de Riesgo y Notificación de Cambios

El Asegurado, está obligado a mantener el estado del riesgo. En tal virtud deberá notificar fehacientemente y por escrito a la Aseguradora los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del Contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su denominación social o nombre comercial incluyendo pero no limitándose a un aumento mayor a quince (15) Prestadores de Servicios Médicos Profesionales en el número de Prestadores de Servicios Médicos Profesionales al servicio del Asegurado o mayor a un 40% del número de Prestadores de Servicios Médicos Profesionales y/o un cambio en la especialización de la labor del Asegurado, según lo reportado en el Formulario de Solicitud. Se tomará como base para estos supuestos el número y especialización de Prestadores de Servicios Médicos Profesionales reportado en el Formulario de Solicitud.

Para efectos de esta Póliza, se entiende además como modificación y / o agravación del estado del riesgo, sin perjuicio de los demás hechos y circunstancias que tengan tal carácter, las siguientes:

- I. La cesión a cualquier título de más del 50% (cincuenta por ciento) de las acciones con derecho a voto de la Institución Médica Contratante de la presente **Póliza**; y/o
- II. La fusión o absorción por otra sociedad de la Institución Médica Contratante bajo la presente **Póliza**; y/o
- III. La liquidación obligatoria, toma de posesión o intervención administrativa, liquidación forzosa administrativa, o la imposición de otra medida que persiga los mismos fines que las anteriores independientemente de su denominación legal; y/o
- IV. La adquisición del control de la Institución Médica Contratante de la presente **Póliza** por cualquier gobierno, autoridad competente, o por funcionarios designados por los mismos;

Resultando en un cambio en:

- I. La posesión directa o indirecta de la mayoría de los derechos de voto; y/o
- II. El derecho de nombramiento o cese de la mayoría de los miembros de la Junta Directiva, Consejo de Administración, u otros órganos de administración; y/o
- III. El control efectivo con base en un acuerdo escrito con otros accionistas de la mayoría de los derechos de voto.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio de los Asegurados. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar a la Aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de este cambio.

Una vez notificada la modificación del riesgo en los términos consignados aquí, la Aseguradora, en el plazo de quince (15) días podrá mantener las Condiciones del Contrato, modificarlo o resolverlo mediante una comunicación cursada por cualquiera de los medios acordados.

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

Cláusula 11°: Concurrencia de Seguros

En caso de que otra u otras pólizas de seguros ajenas a la presente Póliza, cubran en todo o en parte lo cubierto por la presente Póliza, el Asegurado de la presente Póliza deberá notificar a la Aseguradora fehacientemente y por escrito el o los nombres de las otras compañías aseguradoras, así como la suma asegurada en cada una de la pólizas de que se trate. En caso de omitir la notificación intencionalmente y/o de mala fe el Asegurado a la Aseguradora, ésta última quedará liberada de sus obligaciones en el pago de las Reclamaciones y de la concurrencia de seguros.

En el caso de que las otras pólizas de seguros ajenas a la presente Póliza, hayan sido celebradas de buena fe y se haya dado aviso fehaciente y por escrito a la Aseguradora de su existencia, la Aseguradora responderá de los daños hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiere asegurado.

En el caso de que la o las pólizas emitidas por otras compañías aseguradoras estén suscritas solamente como seguro de exceso en específico por encima del Límite de Responsabilidad establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, la Pérdida estará cubierta por esta Póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

Cláusula 12°: Comunicaciones y Representatividad

Se acuerda que el Asegurado actuará por derecho propio y en nombre de sus Filiales, en el caso que éstas estén incluidas en la presente cobertura, y de todas las personas físicas consideradas como Asegurados, en todo en cuanto concierne al envío y recepción de comunicaciones de demandas, resolución o, terminación de este Contrato, pago de primas y recibo de cualquier devolución de primas que pueda devenir obligatoria según esta Póliza, recibo y aceptación de cualesquiera suplementos, anexos o endosos de esta Póliza y al ejercicio o la negativa a ejercitar cualquier derecho a la Prórroga para Notificaciones.

Cláusula 13°: Cesión

Esta Póliza y todos y cualquiera de los derechos y obligaciones en ella contenidos y/o relacionados con ella, no podrán ser objeto de cesión sin el previo y fehaciente consentimiento por escrito de la Aseguradora. En caso de contravención a esta cláusula, la cesión no tendrá efecto respecto de la Aseguradora.

Cláusula 14°: Delimitación Temporal

La cobertura de esta Póliza es aplicable a las Reclamaciones presentadas por primera vez contra cualquier Asegurado por actos médicos negligentes ocurridos durante la Vigencia de la Póliza o en la Prórroga para Notificaciones en caso en que esta última sea contratada.

Sección Segunda

Cláusula 1°: Subrogación y Repetición

La Aseguradora, 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 de la Reclamación 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 a la Aseguradora de legitimación activa para demandar judicialmente por sí o, en su caso, en nombre del o los Asegurados. Así mismo, al Asegurado le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la Indemnización y Gastos de Defensa en caso de incumplir con esta obligación.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta Póliza, la Aseguradora podrá presentar una demanda judicial de recobro en contra del Asegurado por la cantidad de la Pérdida que haya tenido que pagar a la parte perjudicada o a los beneficiarios

Cláusula 2°: Consentimiento para Negociar

Para el caso de que la Aseguradora considere necesario optar por un convenio, negociación o acuerdo con el objeto de finalizar o dar por terminado cualquier Proceso Legal, investigación, arbitraje o mediación, el Asegurado deberá aceptar los términos de la negociación propuesta por la Aseguradora, siempre que dicha negociación sea razonable.

En el caso del párrafo anterior, la responsabilidad de la Aseguradora por cualquier Pérdida que resulte de una Reclamación estará limitada a la cantidad ofrecida para dar por terminado dicho Proceso Legal, investigación, arbitraje o mediación, si el convenio, negociación o acuerdo no se lleva a cabo como consecuencia clara de que el Asegurado se haya negado o rehusare a aceptarlo y el monto de la Pérdida o reembolso que resulte del convenio, negociación o acuerdo será cubierto y correrá por cuenta del Asegurado.

La misma condición y los mismos términos de los dos párrafos inmediatos anteriores se aplicarán para el caso de que el Asegurado, además de no aceptar el convenio, negociación o acuerdo, decida continuar mediante algún

recurso permitido por la Ley, cualquier procedimiento, investigación, arbitraje o mediación, iniciados con motivo de la Reclamación, ya sea por apelación, amparo, recurso de revisión, recurso de nulidad u otro similar, en cualquier jurisdicción.

Cláusula 3°: Modificaciones y Cambios en los Términos de la Póliza

La notificación a cualquier intermediario o agente de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el Asegurado con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes, condiciones ni términos de esta Póliza. Los términos de esta Póliza serán cambiados o modificados solamente mediante un Endoso o Anexo emitido y firmado por un representante autorizado de la Aseguradora para formar parte de esta Póliza y por el Asegurado.

Cláusula 4°: Formulario de Solicitud

Para emitir esta Póliza la Aseguradora se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, cuestionarios complementarios y demás información exigida para la suscripción y sometida a la Aseguradora. 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.

Cláusula 5°: Legislación Aplicable al Contrato de Seguro

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 y sus Reglamentos, al Código de Comercio y legislaciones complementarias y supletorias en materia de seguros y al Código Civil; que serán también de aplicación a aquellos aspectos no previstos en el Contrato. No obstante lo anterior, de conformidad con lo dispuesto en la Legislación mencionada, se establece expresamente que si el contenido de la **Póliza** difiere, en su caso, de la proposición de seguro de las Cláusulas acordadas, el Asegurado podrá solicitar a la **Aseguradora** la corrección de la divergencia existente en un plazo de treinta (30) días naturales contados desde la entrega de la **Póliza**; transcurrido dicho plazo sin que se efectúen las aclaraciones, lo dispuesto en la **Póliza** ya entregada tendrá validez.

Cláusula 6°: Jurisdicción

La cobertura de esta **Póliza** es aplicable a las **Reclamaciones** entabladas conforme a la jurisdicción y leyes del PERU presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante la **Vigencia de la Póliza** o en la **Prórroga para Notificaciones** en caso de que esta última sea contratada.