CONDICIONES GENERALES
SALUD MAX
CÓDIGO SBS N° AE2026400230

Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

SALUD MAX
CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO Nº1: DEFINICIONES

Accidente: suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecte al Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión revelados por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, desordenes cerebrovasculares, enfermedades cerebrovasculares, accidentes cerebrovasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

Asegurado: Persona natural, cliente del Contratante y que se encuentra expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares y en la Solicitud - Certificado de Seguro.

Comercializador: persona jurídica con la que la Compañía de Seguros celebra un contrato de comercialización con el objeto de que este se encargue de facilitar la contratación del presente seguro.

Contratante: persona natural o jurídica que celebra el contrato de seguro y figura como tal en las condiciones particulares, en caso de seguro individual y/o en la Solicitud-Certificado de seguro, en casos de seguro colectivo.

Hospitalización: ingreso del Asegurado a un hospital o clínica debidamente autorizada y reconocida por el Ministerio de Salud, contabilizándose desde la fecha y hora indicada en la orden de hospitalización y culminando en la fecha y hora que el Asegurado es dado de alta.

Interés Asegurable: requisito indispensable en el Asegurado, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría una pérdida económica.

Póliza: documento físico o electrónico que refleja las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la empresa y el contratante. Incluye los
documentos adicionales relacionados con la materia asegurada y endosos.

Preexistencia: cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un médico colegiado, conocida por el Asegurado y no resuelta en el momento previo a la solicitud del seguro.

Prima Devengada: porción de la prima proporcional al tiempo que ya transcurrió utilizada para cubrir el costo del seguro.

Prima pura de riesgo: costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el seguro.

Prima comercial: incluye la prima pura de riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y

reaseguro), cargos por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores, y el beneficio comercial de la empresa

Seguro Individual: modalidad de seguro por la que el asegurado es una única persona.

Seguro Colectivo: modalidad de seguro contratado por una persona jurídica que se caracteriza por cubrir a múltiples asegurados mediante un solo contrato.

Solicitud-Certificado de seguro: documento que recoge la información de la solicitud de seguro y certificado de seguro, y que es utilizado en los seguros de grupo o colectivos siempre que sean masivos.

Solicitud de Seguro: es la constancia de voluntad del contratante y/o asegurado de contratar el seguro bajo la modalidad de seguro individual.
Suma Asegurada: monto contratado para cada cobertura, indicado en la Solicitud-Certificado o en el Condicionado Particular, a indemnizar en caso de siniestro.

ARTÍCULO Nº2: COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Renta Hospitalaria por Accidente
La compañía de Seguros paga el monto de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado, a manera de indemnización, por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de un accidente.

Se entiende por día de hospitalización las veinticuatro (24) horas continuas e ininterrumpidas en que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital o Clínica.

La suma asegurada y la moneda por cobertura es la establecida en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso exista algún concepto pendiente de pago por parte del contratante o asegurado, la Compañía de Seguros se encuentra facultada en compensar la prima pendiente de pago, únicamente de la póliza respectiva, contra la indemnización debida al asegurado.

ARTÍCULO Nº3: EXCLUSIONES
Este seguro no cubre:

1. **Actos delictivos o que constituyan la causa del siniestro en las que participe el asegurado.**
2. **Lesiones que generen hospitalización ocurridas cuando el Asegurado se encuentre voluntariamente al momento del siniestro bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea recetado por un médico. Asimismo, el estado voluntario de embriaguez o drogadicción del Asegurado. Se considerará estado de embriaguez cuando el Asegurado niegue a practicarse el examen de alcoholemia u otro que corresponda, o cuando habiéndolo practicado, éste arroje un resultado mayor a 0.50 g/l de alcohol en la sangre al momento del siniestro.**
3. **Lesiones a consecuencia de conducir un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa aplicable.**
4. **Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio**

militar, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.

5. **Lesiones producidas por peleas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, lo cual tendrá que probarse a través de una resolución judicial o un atestado policial.**
6. **Accidentes que se produzcan en la práctica profesional o aficionada de los siguientes deportes o actividades de riesgo: buceo submarino, inmersión submarina, montañismo, ala delta, parapente, paracaidismo, canotaje, rafting, saltos ornamentales, cacería con armas de fuego, boxeo, artes marciales, cañoning, kayak, alpinismo, trekking, puenting, tirolina y street luge. Así también, la participación como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.**
7. **Hospitalizaciones realizadas en instituciones legalmente no establecidas.**
8. **En el caso de las Fuerzas Armadas, hospitalizaciones por convalecencia.**
9. **Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).**

ARTÍCULO Nº4: INICIO DE LA COBERTURA

La cobertura del seguro iniciará de acuerdo a lo especificado en las Condiciones Particulares o en la Solicitud Certificado.

ARTÍCULO Nº5: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

El Contratante tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la póliza de seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Para el caso de los seguros colectivos, el Asegurado tendrá derecho a resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendario siguientes de haber recibido la solicitud certificado, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En cuyo caso se le devolverá el total de la prima que hubiese pagado en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la recepción de la solicitud.

Este derecho se ejerce solicitando la Resolución de la Póliza y se podrá emplear los mismos mecanismos, lugar y medios por los cuales se contrató, de acuerdo a lo señalado en las normas sobre protección al consumidor.

ARTÍCULO Nº6: RENOVACIÓN DEL SEGURO

La Compañía renovará automáticamente esta Póliza, finalizada su vigencia por un periodo igual al inicialmente contratado, salvo que el Contratante manifieste por escrito su decisión de no renovarla con treinta (30) días de anticipación a su vencimiento.

En caso corresponda modificar el monto de la prima a la renovación, este nuevo monto deberá ser informado por escrito por la Compañía de Seguros al Contratante, detallando las modificaciones propuestas en caracteres destacados, con cuarenta y cinco (45) días de anticipación al vencimiento. El

Contratante tendrá un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento del contrato para manifestar su rechazo. En caso se manifieste el rechazo a la propuesta de la Compañía, la póliza no se renovará y finalizará cuando culmine la vigencia en curso. En caso de silencio del Contratante, se entenderá que aprueba la modificación. Asimismo, de darse por aceptadas las modificaciones por el silencio del Contratante, la Compañía de Seguros remitirá por escrito la Póliza señalando las modificaciones en caracteres destacados. Para el caso de los seguros colectivos, la Compañía entregará al Contratante la documentación suficiente para que éste ponga las modificaciones en conocimiento de los Asegurados.

ARTÍCULO Nº 7: PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DE SU INCUMPLIMIENTO

1. Obligación del pago: el Contratante es el obligado al pago de la prima, la cual es exigible desde la celebración del contrato. En caso de seguros colectivos, el Contratante trasladará la responsabilidad de pago al Asegurado. El pago puede ser fraccionado o diferido.
2. Pago de la Prima: El pago de la prima se considerará realizado a partir del día y hora en que la Compañía de Seguros o el Contratante reciba el importe de la prima acordada.
3. **Suspensión de cobertura por incumplimiento de pago: el incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura del seguro, luego de treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Antes de esos treinta (30) días, la Compañía de Seguros deberá comunicar de manera cierta al Contratante y al Asegurado, la situación de incumplimiento de pago de la prima y la suspensión de la cobertura como consecuencia de dicho incumplimiento, a través de los medios previamente acordados. En el caso de los seguros grupales la comunicación será dirigida al asegurado sin perjuicio de la comunicación que corresponda al contratante, así como deberá ser remitida, antes de los 30 días para que se proceda con la suspensión de la cobertura, a través de los medios previamente acordados. Además, indicará el plazo que el Contratante tiene para pagar la prima antes de que se suspenda la cobertura. La Compañía de Seguros no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura esté suspendida. La suspensión de cobertura no es aplicable cuando el Contratante haya pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido en el contrato.**
4. Rehabilitación de la cobertura: cuando el contrato se encuentra suspendido, la rehabilitación de la cobertura se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague el total de las cuotas vencidas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a aquel en que se pague la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a solicitud del Contratante y/o Asegurado, siempre que la Compañía de Seguros no haya resuelto el contrato.
5. **Resolución por incumplimiento de pago: cuando la cobertura del seguro esté suspendida por el incumplimiento del pago de la prima, la Compañía de Seguros podrá optar por resolver el contrato y/o solicitud certificado, los cuales se considerarán resueltos en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el Contratante y/o asegurado reciba una comunicación escrita de la Compañía de Seguros informándole sobre esta decisión, por el mecanismo de comunicación acordado. En este caso, la Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto. La Compañía de**

Seguros quedará liberada de toda responsabilidad y obligación una vez resuelto el contrato.

6. **Extinción del contrato de seguro por incumplimiento de pago: el contrato de seguro queda extinguido cuando el Contratante y/o asegurado no realiza el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento de la obligación, La Compañía de Seguros tiene derecho al cobro de la prima devengada por el periodo cubierto.**

ARTÍCULO Nº8: CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

Los impuestos que se establezcan por ley en el futuro sobre las primas, intereses o cualquier otra base y que afectase el presente contrato serán de cargo del Contratante o del Asegurado, según sea el caso, a excepción de que la ley indique lo contrario.

ARTÍCULO Nº9: FRANQUICIAS, DEDUCIBLES O COASEGURO

Aplicarán de acuerdo a lo indicado en las condiciones particulares o en la Solicitud-Certificado.

ARTÍCULO Nº10: AVISO DE SINIESTRO Y SOLICITUD DE COBERTURA

Para todos los casos, el aviso del siniestro deberá ser comunicado a la Compañía de Seguros o al Comercializador dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de su ocurrencia o del beneficio.

Posteriormente, para la solicitud de cobertura el Asegurado deberá presentar por escrito o a través del mecanismo definido e informado previamente por la Compañía lo siguiente:

1. **Copia simple del Certificado Médico con el o los diagnóstico(s) presentados donde se verifique los datos del asegurado e indicación de fecha y hora de ingreso y alta.**
2. **Copia simple de la factura o boleta de pago, a nombre de la persona que realizó el pago según corresponda.**

En adición, la Compañía de Seguros podrá solicitar, dentro del plazo de 20 días para pronunciarse sobre el siniestro, los siguientes documentos:

3. **Copia fedateada de la Historia Clínica desde la fecha de hospitalización, en caso la compañía lo requiera.**
4. **Original o copia legalizada del Atestado Policial o Resolución Final de Fiscalía.**
5. **Original o copia legalizada del resultado de Examen Toxicológico o Dosaje Etílico.**

La documentación antes mencionada deberá ser presentada a la Compañía de Seguros o al Comercializador.

La Compañía de Seguros cuenta con treinta (30) días para evaluar el siniestro una vez presentada la solicitud de cobertura. En caso la Compañía de Seguros requiera aclaraciones adicionales a la documentación presentada, deberá

solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días, desde la presentación de todos los documentos detallados en la Póliza. Esto suspenderá el plazo para evaluar el siniestro, hasta que se brinden las aclaraciones solicitadas.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el pago de la suma asegurada se realizará, a manera de indemnización, a favor de la sucesión intestada o testamento del asegurado por lo que los beneficiarios deberán de presentar la copia con certificación de reproducción notarial o certificada de la sucesión intestada o testamento, según corresponda, inscrita en los Registros Públicos.
Las coberturas del contrato de seguro prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurrió el siniestro. Para las coberturas de muerte, el plazo de 10 años se computa desde que el beneficio es conocido por el Beneficiario.

ARTÍCULO N°11: CAMBIOS EN LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato la Compañía de Seguros podrá modificar los términos contractuales, para lo cual deberá comunicar al Contratante dichos cambios para que en el plazo de treinta (30) días pueda analizar los mismos y tomar una decisión al respecto. La aprobación del Contratante será de forma previa a su aplicación y por escrito. La falta de aceptación expresa de los nuevos términos no generará la resolución del contrato, en cuyo caso se respetarán los términos en los que el contrato fue acordado.

En los seguros colectivos, la Compañía de Seguros debe proporcionar la información suficiente al Contratante para que este último haga de conocimiento de los asegurados las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

ARTÍCULO Nº12: CAUSALES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro quedará resuelto, respecto al Contratante, perdiendo todo derecho originado de la Póliza cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

a. **Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Contratante. Dicha solicitud deberá efectuarse según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 13.**
b. **Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 7.**
c. **En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Contratante, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Contratante para aceptar o rechazar dicha propuesta.**

La Solicitud-Certificado del Seguro quedará resuelta con respecto al Asegurado cuando se produzca cualquiera de las siguientes causales:

a. Solicitud de resolución sin expresión de causa por parte del Asegurado, según el procedimiento establecido en el Artículo N° 13.
b. Por falta de pago de primas, según el procedimiento establecido en el Artículo Nº 7.
c. Cuando al momento de evaluar la solicitud de cobertura se evidencie que esta ha sido interpuesta en base a documentos y declaraciones falsas, los

cuales se encuentran establecidos en el art. 10 del presente condicionado. Asimismo, La Compañía comunicará la resolución al Contratante y al asegurado dentro de los treinta (30) días posteriores de haber tomado conocimiento del fraude, sin perjuicio de la comunicación de respuesta a la solicitud de cobertura, conforme al plazo previsto en el Artículo N° 10.

d. **En caso que el ofrecimiento en el ajuste de la prima y/o suma asegurada no sea aceptada por el Asegurado, o que éste no se pronuncie sobre el mismo, cuando incurre en reticencia y/o declaración inexacta que no obedece a dolo o culpa inexcusable y es constatada antes que se produzca el siniestro. Para ello, La Compañía comunicará la resolución en el plazo de 30 días posteriores a los 10 días con los que cuenta el Asegurado para aceptar o rechazar dicha propuesta.**

En los supuestos antes mencionados, la Compañía de Seguros tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido. Asimismo, se devolverá la prima correspondiente al periodo no transcurrido. En el caso de los literales a), la devolución de la prima se realizará en forma directa al Contratante o Asegurado, según corresponda, teniendo como plazo treinta (30) días calendario contados desde la fecha de presentación de la solicitud de resolución. En el caso de lis literales c) y el literal d), la devolución de prima se realizará en el plazo de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de notificación de la comunicación que informa la resolución del contrato.

ARTÍCULO N°13: SOLICITUD DE RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA DEL CONTRATO

El Contratante o el Asegurado podrán solicitar la resolución sin expresión de causa de la Póliza.

El Contratante notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
b. En caso se trate de una persona jurídica, copia literal de los Poderes que acrediten al Representante del Contratante como tal, así como las facultades necesarias para la resolución de contratos.
c. Copia del documento de identidad de la persona que suscribe la Carta de resolución.

El Asegurado notificará esta decisión a la Compañía de Seguros presentando:

a. Carta de resolución sin expresión de causa dirigida a la Compañía de Seguros en la que se manifieste expresamente el deseo de resolver su afiliación al contrato.
b. Copia de su documento de identidad.

Este trámite podrá efectuarse en los centros de Servicio de Atención al Cliente, los que figuran detallados en la web de la Compañía de Seguros (www.interseguro.pe), o a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro. Si el Contratante o Asegurado tuviese algún impedimento para realizar personalmente el trámite, deberá otorgar un poder notarial a través de una carta poder con firma legalizada, para que un tercero lo realice en su nombre.

La Compañía de Seguros procederá a realizar los cargos y/o cobranza de primas correspondientes hasta la fecha de presentación de toda la documentación antes indicada. El contrato terminará a las 23:59 horas del día en que se recibe la solicitud de la resolución sin expresión de causa, extinguiéndose a partir de las 00:00 horas del día siguiente todos los derechos y obligaciones de la presente póliza.

ARTÍCULO Nº 14: NULIDAD DEL CONTRATO
El contrato de seguro será nulo por una causa existente al momento de su celebración en los siguientes casos:

1. **Por declaración inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia del contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo.**
2. **Si al tiempo de su celebración se ha producido el siniestro o desaparecido la posibilidad de que se produzca.**
3. **Cuando no exista interés asegurable al momento de la celebración del contrato o al inicio de su vigencia.**

En los casos de nulidad por reticencia y/o declaración inexacta en que medie dolo o culpa inexcusable, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía de Seguros, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del contrato a título indemnizatorio. En los casos contemplados en los numerales 2 y 3 la Compañía de Seguros procederá **con la devolución de la prima pagada en el plazo de treinta (30) días calendario, contados desde la notificación de la comunicación que declare la nulidad.**

Para todos los casos de nulidad, el Asegurado perderá todo derecho de solicitar indemnización o beneficio alguno relacionado a esta Póliza.

La nulidad por reticencia y/o declaración inexacta deberá ser solicitada en el plazo de treinta (30) días desde que la Compañía de Seguros tenga conocimiento de esta.

Si el Asegurado hubiera cobrado la indemnización de un siniestro, quedará obligado a devolver a la Compañía de Seguros la suma asegurada percibida, más intereses legales y tributos correspondientes

ARTÍCULO N°15: PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR REQUERIMIENTOS Y RECLAMOS

Los requerimientos y reclamos serán recibidos vía llamada telefónica, página web o en cualquiera de nuestros Centros de Atención al Cliente. La respuesta de los mismos será comunicada al Asegurado o Contratante en un periodo no mayor de treinta (30) días calendario desde la recepción de la solicitud, mediante el medio acordado.

Centro de Atención al Cliente:
Llámanos al: (01) 500-0000
Horario de Atención:
Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.
Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Chatea con nosotros: www.interseguro.com.pe
Horario de Atención:
Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 p.m.
Sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Atención Presencial:
Dirección Luis Fernán Bedoya Reyes 3071, San Isidro – Lima.
Lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

ARTÍCULO Nº16: INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS Y MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las instancias habilitadas para presentar reclamos y/o denuncias son:

- Defensoría del Asegurado por montos menores a US$ 50,000.00, y que sean de competencia de la Defensoría del Asegurado, según detalla el reglamento de dicha entidad (web: www.defaseg.com.pe, Dirección: Calle Amador Merino Reyna 307 Piso 9 San Isidro, Lima – Perú; Telefax: 421-0614).
- El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI (Dirección: Calle La Prosa S/N San Borja, web: www.indecopi.gob.pe).
- Departamento de Servicios al Ciudadano de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, llamando al teléfono gratuito N° 0-800-10840.
- El mecanismo de solución de controversias a emplear será la Vía Judicial para toda controversia, disputa, litigio, o discrepancia entre el Asegurado, Contratante, Beneficiaros y la Compañía de Seguros.

ARTÍCULO N° 17: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre la Compañía de Seguros, y el Contratante o Asegurado deberá efectuarse por escrito mediante carta o medios digitales, dirigida al domicilio real o electrónico de las partes. Esta información se encuentra en las Condiciones Particulares de la Póliza o en la Solicitud-Certificado del Seguro.

En caso de variación de domicilio, las partes se obligan a informar por escrito el nuevo domicilio a su contraparte, con anticipación no menor de diez (10) días calendarios.

ARTICULO Nº 18: TRATAMIENTO DE LAS PREEXISTENCIAS

Las enfermedades preexistentes estarán cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato que tenía contratado el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en el periodo inmediato anterior al de la presente póliza.

Asimismo, la presente Póliza no considerará como enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguro dentro del sistema asegurador peruano y/o plan de salud diferente que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente siempre que la presente póliza se haya contratado en el plazo máximo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato anterior.