

COBERTURAS:

1. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

- a) Habitación unipersonal y alimentación (incluyendo dietas especiales, en un hospital o clínica legalmente establecida)
- b) Sala de operaciones, sala de recuperación, plasma, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopo, radio fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.
- c) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario o ambulatorio, por ayudantía y por anestesista.

2. MEDICO A DOMICILIO: ATENCION AMBULATORIA PARA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES

Las atenciones de Médico a domicilio se otorgarán exclusivamente para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones ambulatorias de su plan de salud.

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse llamando a nuestras centrales telefónicas de acuerdo a lo indicado en su plan de beneficios.

La COMPAÑÍA coordinará el envío de un médico general o especialista según las características ofertadas en su Plan de Salud.

Las citas con su Médico Tratante del Staff médico de la Central de Asistencias y Emergencias también podrán ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado.

3. GASTOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS: ACCIDENTALES Y NO ACCIDENTALES

Ampara al 100% (cien por ciento) los gastos ambulatorios de Emergencias Médicas accidentales, incurridos durante las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas de ocurrida la emergencia, siempre que el ASEGURADO no requiera hospitalización, en cuyo caso serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de la cobertura de tratamiento hospitalario.

Los controles posteriores de una emergencia accidental ambulatoria, serán cubiertos al 100% (cien por ciento) siempre que se continúe en tratamiento en la misma clínica y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días.

En los casos de emergencias médicas no accidentales, especificadas en el Plan de Beneficios, los gastos serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de la cobertura de esta Póliza.

4. ODONTOLOGIA

El beneficio odontológico cubre de acuerdo a las condiciones estipuladas en el Plan de Beneficios, lo siguiente:

Examen oral inicial
Radiografías
Profilaxis general
Flúor y sellantes
Restauraciones:
Amalgamas
Resina
Resina con luz alógena
Terapia Radicular (endodoncia)
Pulpectomía
Apiceptomía
Extracciones

Para gozar del beneficio odontológico, se requiere haber estado asegurado en la Póliza, un mínimo de dos (2) meses consecutivos.

Para efectos de esta cobertura no registrá la continuidad del seguro, estando sujeto al período de espera estipulado en el numeral 25.2 del artículo 25° precedente.

5. OFTALMOLOGIA

Cubre un examen de medición de vista una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada ASEGURADO, únicamente en los centros oftalmológicos incluidos en el Plan de Beneficios.

6. GASTOS DE TRANSPORTE POR EVACUACIÓN DEL ASEGURADO

Cubre los gastos por traslado en la ambulancia terrestre nacional, únicamente cuando por una emergencia el Asegurado tiene que ser evacuado a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, y no lo puede hacer por sus propios medios, previa certificación médica. El ámbito de cobertura geográfica está especificada en el Plan de Beneficios.

No se cubren certificados médicos de atención.

7. ONCOLOGÍA

Todos los ASEGURADOS gozarán de la cobertura integral para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Beneficios.

Cubre los gastos por diagnósticos clínicos y terapéuticos, así como tratamientos y cirugías incurridos en un centro médico especializado para tratamientos de cáncer.

Los nuevos procedimientos y medicamentos en Cáncer, se tomará como referente las Guías aprobadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

8. PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidente y/o enfermedad que las requieran, hasta el límite indicado en el Plan de Beneficios. **No se cubren prótesis dentales, ni a consecuencia de accidente.**

9. TRANSPLANTE DE ORGANOS

Cubre los gastos ambulatorios u hospitalarios y gastos médicos por servicios prestados al donante y cuando se trate de trasplante de los siguientes órganos: Corazón, Córnea, Hígado, Médula Osea, Páncreas, Pulmones y Riñón. El beneficio máximo de gastos cubiertos será el indicado en su Plan de Beneficios.

10. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO

Ampara la cobertura de chequeo médico preventivo una vez por vigencia y por año, diseñado de acuerdo a la edad y sexo del asegurado. El beneficio cubierto se encuentra detallado en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

11. CONSULTA DE SEGUNDA OPINIÓN POR CIRUGIA

En caso el ASEGURADO requiera ser sometido a una intervención quirúrgica, La Compañía cubrirá al 100% (cien por ciento), el costo de una segunda consulta por un médico especialista, sin perjuicio del resultado del segundo diagnóstico.

12. PROGRAMA CUÍDATE

Es un programa que cubre el tratamiento y control médico de los diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, asma y dislipidemia, de acuerdo a las condiciones indicadas en el Plan de Beneficios. El programa incluye: educación, exámenes auxiliares, seguimiento y medicamentos según lo prescrito por el médico tratante del programa. El ingreso al programa es voluntario, previa evaluación por parte de la Compañía y bajo las condiciones del programa.

La presente cobertura solo cubre medicamentos según lo prescrito por el médico tratante del programa y exámenes auxiliares disponibles en laboratorio para el Programa Cúdate.

Las complicaciones de los diagnósticos atendidos por el programa Cúdate se cubren según condiciones ambulatorias y/u hospitalarias establecidas en el Plan de Beneficios.

Los lugares de atención y condiciones son los que la Compañía establezca para otorgar dicho beneficio y detallados en el Plan de Beneficios.

13. VACUNAS

Se encuentran cubiertas hasta los límites y condiciones indicadas en el Plan de Beneficio de la presente Póliza.

14. DESASTRES NATURALES

Cobertura catastrófica por desastres naturales. Este beneficio se encuentra cubierto hasta el límite y condición indicada en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

15. TRASLADO AEREO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA:

Cubre los gastos por traslado aéreo nacional e internacional según lo indicado en el Plan de Beneficios. El Beneficio será otorgado únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser trasladado al centro hospitalario más cercano que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, y no puede trasladarse por sus propios medios, La COMPAÑÍA deberá pronunciarse respecto al otorgamiento de esta cobertura dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber recibido la documentación médica que justifique el uso de esta cobertura. **Esta cobertura no contempla los gastos incurridos para el retorno del ASEGURADO y su acompañante.**

Se cubre el traslado de sólo un (1) acompañante.

BENEFICIOS ADICIONALES

1. DESCUENTOS EN ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

Descuentos preferenciales en diagnósticos de enfermedades preexistentes no cubiertas por la presente Póliza, los cuales se brindan en la Clínica Internacional. Para la aplicación del presente beneficio, el ASEGURADO asumirá el 100% (cien por ciento) de los gastos y deberá regirse por las políticas de pago de la Clínica Internacional. El detalle del beneficio se encuentra establecido en la página web: www.rimac.com.pe

2. PROGRAMA DE DESCUENTOS Y BENEFICIOS RIMAC:

Descuentos y beneficios especiales por ser cliente de LA COMPAÑÍA en productos y servicios de los establecimientos afiliados. El detalle de estos descuentos se encuentran establecidos en la página web: www.rimac.com.pe.

3. DESCUENTOS ESPECIALES PARA CHEQUEOS MÉDICOS:

En la presente póliza podrás encontrar descuentos especiales para otros programas de chequeos médicos anuales (Chequeo preventivo oncológico y no oncológico) ofrecidos en la red de clínicas afiliadas detalladas en el Plan de Beneficios. El costo de este chequeo médico deberá ser cancelado directamente por el asegurado a la clínica correspondiente, de acuerdo a las condiciones especificadas en el Plan de Beneficios.

Las modificaciones y/o retiro de los beneficios descritos en el presente Artículo, durante la vigencia de la presente Póliza, serán puestos en conocimiento del CONTRATANTE y/o ASEGURADO a la renovación de la vigencia por medio del Plan de Beneficios en la cual se establecerá la lista actualizada de los beneficios otorgados. Del mismo modo, estas modificaciones serán publicadas a través de la página web de la ASEGURADORA (www.rimac.com);

EXCLUSIONES

- a. Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas (de acuerdo al CIE-10), dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>).
- b. Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- d. Las enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio de cobertura del presente seguro, conforme lo señala el artículo 14° precedente.
- e. Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicósomático).
- f. Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la tabla de Beneficios.
- g. Cirugía estética o plástica o reconstructiva, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueran cubiertos por esta Póliza. No están cubiertas las cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos, escleroterapia en várices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso.
- h. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la Compañía.
- i. Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y Presión Positiva Continua de Vía Aérea - CPAP), audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de

Polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de Apnea obstructiva del sueño, Narcolepsia o Insuficiencia Cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

- j. No se cubre la adquisición de los siguientes equipos médicos durables: oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas.**
- k. No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA (ver Definiciones). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.**
- l. Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción, siendo estos los siguientes: miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. No se cubren las complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.**
- m. Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultantes del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos.**

En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- n. Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.**

- o. Compra de Sangre y derivados dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, si están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas por su necesidad médica.**
- p. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes de órganos estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente transfundidas.**
- q. Están excluidos los gastos por el concepto de compra de órganos.**
- r. Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.**
- s. Evaluaciones ni tratamientos de Insuficiencia o sustitución hormonal, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa y los derivados de ellos.**
- t. Todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad y raquitismo, así como los tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso, y los derivados o consecuencia de ellos.**
- u. Cuidado de enfermeras especiales, a excepción de las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con la COMPAÑÍA.**
- v. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio asegurado en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el asegurado se automedique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.**
- w. Vitaminas, minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos); leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, suplementos nutricionales, hepatoprotectores, psicotrópicos, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas fórmulas magistrales o nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.**
- x. Vacunas, no especificadas en el Plan de Beneficios, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia.**
- y. Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y nutricionistas. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud**

realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.

- z. Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration - USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.
- aa. Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo, y callos.
- bb. Tratamiento de Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.
- cc. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, prótesis, tumores y quistes en tejidos blandos y duros, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza y la cobertura de Odontología descrita en el artículo 28.4. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.
- dd. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- ee. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- ff. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional y no profesional cuando haya sido practicada o desarrollada en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, ski-surf,

skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña. En caso que el Contratante haya contratado la cobertura de DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS PRACTICADOS DE MANERA NO PROFESIONAL, la presente exclusión sólo aplicará para el caso de práctica de deportes de manera profesional.

gg. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

hh. Lesiones producidas voluntariamente por el asegurado o en estado mental insano del asegurado o suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.

ii. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros, aire acondicionado (a excepción de lo señalado en el artículo 28, inciso 28.1)