

Condiciones Generales

PRODUCTO: ONCOLÓGICO INTEGRAL COLECTIVO

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506410392

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA.
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO.
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO.
7. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA Y/O DEL CERTIFICADO DE SEGURO).
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA.
13. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
14. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
15. SUBROGACIÓN.
16. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
17. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
19. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.
20. PRESCRIPCION LIBERATORIA.
21. TRIBUTOS.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
23. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSION.
24. PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.
25. EXONERACIONES DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.
26. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
27. COBERTURAS.
28. BENEFICIOS ADICIONALES
29. EXCLUSIONES.
30. PORTABILIDAD
31. AVISO DE ENFERMEDAD Y ACTIVACION DEL SEGURO.
32. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS.
33. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

INTRODUCCION

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, siempre que la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO sea verdadera.

La Póliza y sus eventuales Endosos debidamente firmados son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

ALTA HOSPITALARIA: Es el término de un episodio atendido en el área de hospitalización y hospital de día quirúrgico (por curación, fallecimiento, traslado o retiro voluntario).

ANTECEDENTES FAMILIARES: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia hasta el segundo grado de consanguinidad (abuelos, padres y hermanos) junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia y son evaluados al momento de la suscripción cuando se evalúa la solicitud de seguro y declaración personal de salud. También se llama antecedentes médicos familiares.

ASEGURADO TITULAR: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza. Podrá ser llamado también ASEGURADO.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

ATENCION AMBULATORIA: Toda consulta médica que se realiza en un proveedor de servicio en salud y que tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una atención hospitalaria.

ATENCION HOSPITALARIA: Internamiento por indicación médica en un proveedor de servicio en salud que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.

BENEFICIO MAXIMO ANUAL Importe límite que la ASEGURADORA asumirá por la totalidad de atenciones del ASEGURADO. Todos los gastos pagados disminuyen el beneficio máximo anual por persona. El monto del beneficio máximo anual se

detalla en el Plan de Beneficios que forma parte integrante de la presente Póliza, este importe incluye el Impuesto General a la venta. Al renovarse el plan de beneficio se rehabilitará el beneficio máximo anual.

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

CARTA DE GARANTIA: Es el documento de autorización de cobertura al ASEGURADO tramitado por proveedor de servicios en salud y emitido por la ASEGURADORA, quien es la encargada de su aprobación. Los procedimientos no contemplados en la Carta de Garantía serán pagados por el ASEGURADO.

CERTIFICADO DE SEGURO: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Certificado de Seguro en calidad de Anexo.

CERTIFICADO MÉDICO DE ATENCION: Documento médico legal que certifica haberle dado atención a un paciente. Es conocido también como certificado médico.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. La relación de diagnósticos CIE-10 se encuentra publicada en la página web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

CLAUSULA ADICIONAL: Aquellas condiciones especiales que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos

COASEGURO: Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Coaseguros se especifican en el Plan de Beneficios.

CONTRATANTE: Persona jurídica que toma el seguro. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas para regir los contratos perteneciente a un mismo ramo o modalidad de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del ASEGURADO y el beneficiario, si lo hubiere, la descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.

CORREDOR DE SEGUROS: Es la persona que maneja la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como “Broker” o “Agente de seguros”.

CULPA INEXCUSABLE: Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar. Tiene el mismo efecto que el *Dolo*.

DECLARACIÓN INEXACTA: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD – DPS: Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus DEPENDIENTES. La Declaración Personal de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por la ASEGURADORA, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

COPAGO: Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Coaseguros y Copagos.

DÍAS: Son días naturales. Incluye feriados, sábados y domingos.

DISPOSITIVO MÉDICO: Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, previsto por el fabricante para ser empleado en seres humanos, solo o en combinación, para uno o más de los siguientes propósitos específicos:

- Diagnóstico, prevención, monitoreo, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- Diagnóstico, monitoreo, tratamiento, alivio o compensación de una lesión.
- Investigación, reemplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un proceso fisiológico.
- Soporte o mantenimiento de la vida.

- Control de la concepción.
- Desinfección de dispositivos médicos.

DOLO: Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar.

Tiene el mismo efecto que la *Culpa inexcusable*.

ENDOSO: Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del CONTRATANTE, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.

ESTUDIOS CLÍNICOS: Son investigaciones realizadas en personas para determinar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz, en comparación con otros tratamientos ya conocidos y ampliamente utilizados. Es el mejor tipo de investigación que se puede realizar para determinar las ventajas de un nuevo tratamiento en comparación con otro de efectividad ya conocida. La participación en estos estudios es voluntaria y necesita de la aprobación de un comité de ética para su realización.

EMEA (EUROPEAN MEDICINES AGENCY): Organización europea que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, de forma similar a la FDA.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

EXCLUSIONES: Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

GUÍAS CLÍNICAS: Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son

desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

BENEFICIO, CAPITAL ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso que ocurra un siniestro.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN): Es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a incrementar la calidad y efectividad del cuidado brindado a los pacientes con cáncer. Se encarga de elaborar recomendaciones y guías de manejo que proporcionan valiosa información a los médicos para la toma de decisiones concernientes a la salud del paciente (<http://www.nccn.org>).

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI): El NCI, que forma parte de los Institutos Nacionales de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (National Institutes of Health of the United States Department of Health and Human Services) es el organismo principal del Gobierno Federal para la investigación del cáncer. El NCI conduce, coordina y financia la investigación en cáncer, la capacitación, la diseminación de información de salud y otros programas relacionados con la causa, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de cáncer. Se puede visitar el portal de Internet del NCI en <http://www.cancer.gov>. También se llama Instituto Nacional del Cáncer.

NIVEL DE EVIDENCIA II A: Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia "II A", según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia "II A" es tomado como

límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

PERIODO DE ESPERA: Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no estarán activas. Culminado este período a diferencia del Período de Carencia, la ASEGURADORA otorgará la cobertura a aquellas atenciones.

PÓLIZA DE SEGURO: Es el documento emitido por LA ASEGURADORA en el que consta el contrato de seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las condiciones especiales si las hubiere entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; las condiciones particulares; las condiciones generales; la solicitud de seguro; el resumen; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales.

PRIMA O PRIMA COMERCIAL: Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la ASEGURADORA. No incluye IGV.

PRIMA NETA: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

PRIMA PURA DE RIESGO: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro.

PROVEDORES DE SERVICIOS EN SALUD: Son todos aquellos que prestan servicios en salud sean clínicas, hospitales o instituciones médicas, los cuales otorgan cobertura bajo las condiciones de la Póliza siempre que se encuentren afiliados a nuestra red de proveedores en servicios en salud detallada en el Plan de Beneficios.

RECLAMO: Comunicación que presenta un Usuario a través de los diferentes canales de atención habilitados por la ASEGURADORA, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido.

RETICENCIA: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

SALUD: Estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

SINIESTRO: Ocurrencia de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

SOLICITUD DE REEMBOLSO: Es el formato entregado por la ASEGURADORA al ASEGURADO para que sea debidamente completada por éste una vez que haya sido atendido por un médico particular (no incluido en el Plan de Beneficio). Luego de ser evaluada la solicitud por la ASEGURADORA, se le devolverá al ASEGURADO los gastos incurridos conforme se establece en las condiciones de reembolso de su Plan de Beneficios. Aplica siempre y cuando tenga esta cobertura en el Plan de Beneficios.

SOLICITUD DE SEGURO: Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro y que puede contener la Declaración Personal en Salud.

TABAQUISMO: El tabaquismo es la adicción a los productos del tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

TARIFARIO RIMAC: En el tarifario Rimac se establecen los límites que la COMPAÑÍA reconocerá por cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes proveedores de servicios en salud del Perú en caso la atención se presente por reembolso. El Tarifario Rímac se encuentra disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe, ingresando al link de Temas Relacionados y a continuación, al link de Reembolsos.

TASA DE COSTO EFECTIVO ANUAL (TCEA): Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el CONTRATANTE, con el monto por concepto de Prima Comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

TERAPIA EXPERIMENTAL EN CÁNCER Y CLINICAL TRIALS (ESTUDIOS CLÍNICOS): El tratamiento del cáncer es una de las áreas de la medicina sobre la cual se realizan múltiples investigaciones a un ritmo muy elevado, en busca de un tratamiento efectivo. Muchas de estos tratamientos no llegan a ser debidamente estudiados, debido a la premura con la que deben ser administrados, por lo que no se tiene certeza sobre su efectividad. Estos tratamientos entonces son considerados terapias experimentales. En estos casos la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) fija recomendaciones para uso en base a los estudios clínicos (*clinical trials*) disponibles.

TERAPIA MÉDICA EXPERIMENTAL: Es todo aquel tratamiento, medicación, droga, dispositivo, procedimiento o servicio relacionado a un diagnóstico o condición particular cuando uno de las siguientes características existe:

- a) La terapia para la condición médica particular, no es garantizada o aprobada por la FDA.
- b) La terapia no ha sido reconocida como una práctica médica aceptable mundialmente bajo el parámetro de Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a

los parámetros de la Agency for health care, Research and Quality de los EEUU (niveles de Evidencia I y “II A”).

c) La terapia está sujeta a:

- Protocolo de investigación escrito.
- Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.
- Ensayos clínicos en fase I o II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase III, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios humanos y de salud (HHS).

TRASPLANTE: El trasplante de un órgano sólido, tejido o de células stem hematopoyéticas de humano a humano, es el servicio médico a través del cual se realiza la remoción, preservación, transporte y recepción de éstos, y está sujeto a todos los términos condiciones, limitaciones, exclusiones establecidos por la Póliza de Seguro.

TRATAMIENTO MÉDICAMENTE NECESARIO: Indicación médica sustentada por medicina basada en evidencia.

UCR: (Usual, Customary and Reasonable): Es el costo usual, acostumbrado y razonable por las prestaciones de salud en cada zona geográfica, el cual puede ser conocido por el ASEGURADO en nuestra página web: www.rimac.com.pe para costos en el Perú.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste en caso de reembolso, a causa de una enfermedad que requiera asistencia médica, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares o el Certificado de Seguro de esta Póliza de Seguro y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Certificado, Clausulas Adicionales, Endosos y las Condiciones Especiales, que en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. En ningún caso se otorgará cobertura de un beneficio que no figure en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro.

ARTÍCULO 3°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

3.1. El ASEGURADO se compromete a pagar la prima.

3.2. El ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de

comercialización, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

- 3.3. El ASEGURADO se compromete a brindar a La ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- 3.4. El ASEGURADO se compromete a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.5. El CONTRATANTE declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- 3.6. El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA ASEGURADORA.

ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

La presente póliza tiene vigencia desde las doce del mediodía (12:00 m.) hasta las doce del mediodía (12:00 m.) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares o en el Certificado y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

La Póliza de Seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, conforme al procedimiento descrito en el literal D del artículo quinto del presente documento.

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o

de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

En caso el ASEGURADO haya venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la ASEGURADORA modifique las primas, copagos, coaseguros y proveedores de servicios en salud que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El **CONTRATANTE** puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendarios posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la **ASEGURADORA** solo desde que ésta comunica al **CONTRATANTE**, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la **ASEGURADORA** no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el **CONTRATANTE** tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el **CONTRATANTE**, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente, se presume sólo cuando la **ASEGURADORA** haya advertido al **CONTRATANTE** en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la **ASEGURADORA**, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando éstas sean favorables para el **ASEGURADO**.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del **CONTRATANTE** deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el **ASEGURADO**.

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La **ASEGURADORA** no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del **CONTRATANTE**, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la **ASEGURADORA**. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del **CONTRATANTE** no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

En este supuesto, el **CONTRATANTE** tendrá la obligación de poner en conocimiento de los **ASEGURADOS**, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, para lo cual y de manera previa, la **ASEGURADORA** proporcionará al **CONTRATANTE** la información suficiente para esta finalidad.

D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que la **ASEGURADORA** considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al **CONTRATANTE** detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El **CONTRATANTE** tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la **ASEGURADORA**.

En caso la propuesta de modificación enviada por la **ASEGURADORA** sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el **CONTRATANTE**, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la **ASEGURADORA** en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO:

El Contrato de Seguro terminará en caso de que se presenten cualquiera de los siguientes supuestos o lo que ocurra primero:

- A. TERMINACION DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes causales:
- 6.1.** A la extinción de la persona jurídica que interviene como CONTRATANTE.
 - 6.2.** Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- B. TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO:** Aplica la terminación parcial del Contrato de Seguro, es decir, solo para el Certificado del ASEGURADO cuando ocurra alguna de las siguientes causales:
- 6.3.** Al fallecimiento del ASEGURADO DEPENDIENTE, la terminación aplicará para aquel. Sin embargo, en caso de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, esto será causal de terminación del Certificado de Seguro concluyendo la cobertura para todo el grupo familiar.
 - 6.4.** A la fecha que el ASEGURADO DEPENDIENTE haya cumplido la edad máxima de permanencia, descrita en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales, la terminación aplicará para aquel.
 - 6.5.** Por renuncia escrita de cualquiera de los ASEGURADOS DEPENDIENTES a continuar asegurado, la terminación aplicará para aquel. En caso sea la renuncia del ASEGURADO TITULAR la terminación aplicará para todo el grupo familiar.
 - 6.6.** Si el interés asegurable del ASEGURADO, desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA Y/O DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- A. RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes causales:
- 7.1.** Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la

contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- 7.2. En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. Se considera resuelto el contrato de seguro en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que la ASEGURADORA recibe una comunicación escrita del CONTRATANTE informándole sobre esta decisión. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En este supuesto, El CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente póliza, en virtud de lo señalado en el presente numeral.

Para los supuestos indicados en los literales 7.1., 7.2, el CONTRATANTE tiene la obligación de comunicar al ASEGURADO sobre esta situación y sus consecuencias.

- B. RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguna de las siguientes causales:

- 7.3. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usaron para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.4. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver el Certificado de Seguro, durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- 7.5. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA de manera escrita, en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por

continuar con la vigencia del Certificado de Seguro, podrá proponer al ASEGURADO modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO no comunique la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El ASEGURADO incurre en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Certificado de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv) La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al ASEGURADO, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

- 7.6. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el Certificado de seguro. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en el presente numeral, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

La causal de resolución indicada en el presente numeral está referida a los supuestos mencionados en el artículo 12° de las presentes Condiciones Generales, el cual desarrolla la Solicitud de Cobertura Fraudulenta por parte del asegurado.

7.7. Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al ASEGURADO una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada al ASEGURADO, en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El ASEGURADO tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el ASEGURADO de respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro podrá ser solicitada por:

- a) El CONTRATANTE (en caso de resolución de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (en caso de resolución del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1 y 7.3. respectivamente, y por la causal descrita en el numeral 7.2. por parte de EL CONTRATANTE.**
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.4., 7.5., 7.6. y 7.7 precedentes.**

Producida la resolución del Contrato, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza. En caso de resolución del Certificado de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo respecto de dicho Certificado de Seguro.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del ASEGURADO, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, éste deberá presentar su solicitud en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya presentado la solicitud. En ambos casos la devolución se realizará a favor del ASEGURADO.

Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO Y CERTIFICADO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, nunca tuvo efectos legales.

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro:

- 8.1. Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable, conforme a la definición recogida en el Artículo 1 (Definiciones) de las presentes Condiciones Generales.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO:

- 8.4. Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable, conforme a la definición recogida en el Artículo 1 (Definiciones) de las presentes Condiciones Generales.
- 8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido la emisión del Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar de manera fehaciente dicha causal, mediante una comunicación bajo los medios pactados en esta Póliza, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

La declaración inexacta de la edad del ASEGURADO acarrea la nulidad del Certificado de Seguro, si su verdadera edad, en el momento de entrada en vigencia de dicho Certificado de Seguro contrato, excede los límites establecidos en la Póliza para asumir el riesgo. En este caso, se procederá a la devolución de la Prima pagada.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) **El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.**
- b) **La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.**

En todos los casos de nulidad del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE sobre la nulidad de los mismos, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

ARTICULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1. Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el ASEGURADO.

9.2. Si el ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

- (i) **Constatación ANTES que se produzca el siniestro:** La ASEGURADORA presentará al ASEGURADO por intermedio del CONTRATANTE una propuesta de revisión del Certificado dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el ASEGURADO en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del ASEGURADO, la ASEGURADORA podrá resolver el Certificado, mediante una comunicación dirigida al ASEGURADO por intermedio del CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- (ii) **Constatación DESPUES que se produzca el siniestro:** La ASEGURADORA reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida.

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

- 10.1. Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.
- 10.2. La prima es debida a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.
- 10.3. El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.
- 10.4. Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares.
- 10.5. La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra

la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.

- 10.6. Asimismo, el ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 10.7. Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y supletoriamente aplica lo siguiente:
 - i) Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.
 - ii) Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.
 - iii) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.
 - iv) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
 - v) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.
- 10.8. Las primas especificadas en esta Póliza, serán asumidas por el ASEGURADO de manera mensual y por adelantado. Sin embargo, el monto de la prima por todo el grupo asegurado, será recaudado y transferido por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA.
- 10.9. El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.10. Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.
- 10.11. Las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice

de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.

10.12. La ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la prima, la cual constará en el Plan de Beneficios, aunque aquella estimación será meramente referencial, por cuanto las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el numeral precedente.

10.13. EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

(i) **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:** El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por el Certificado de Seguro de esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y ASEGURADO de manera cierta, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el ASEGURADO ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del Certificado de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

(ii) **RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO:** La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Certificado de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Certificado de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el ASEGURADO recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

10.14. Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el Certificado de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura del Certificado de Seguro, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolverlo, y el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá optar por rehabilitar la cobertura de dicho Certificado de Seguro, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

La ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización si:

- 12.1.** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 12.2.** Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 12.3.** Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

La ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTÍCULO 13°.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas.

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad (todos los costos relacionados serán asumidos por el ASEGURADO).

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no se 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 que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;
- (ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,
- (iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias

ARTÍCULO 14º.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS:

14.1 La ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá dentro del plazo indicado en el penúltimo párrafo del presente numeral hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella durante el internamiento o atención médica de aquellos en los proveedores de servicios en salud elegidos, o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, para lo cual el ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que se presente toda la documentación e información solicitada.

En general la ASEGURADORA, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

14.2 Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la ASEGURADORA inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual, de acuerdo a lo indicado en el numeral 7.4 de las Condiciones Generales. Para efectos del pago del siniestro, las aclaraciones o precisiones que correspondan, solo podrán ser requeridas respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO. Las acciones legales que se podrán adoptar serán una demanda civil y/o una denuncia penal según corresponda.

ARTÍCULO 15º.- SUBROGACIÓN:

Desde el momento que la ASEGURADORA preste los servicios de asistencia cubiertos por la Póliza, subroga al ASEGURADO en su derecho para repetir contra terceros responsables de cualquier deterioro en la salud física y/o psicológica ocasionados al ASEGURADO, es decir, la subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica.

El ASEGURADO se obliga a facilitar toda la información y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de la ASEGURADORA así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

El ASEGURADO será responsable ante la ASEGURADORA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y

acciones objeto de la subrogación, en especial y sin excluir otros actos, el recibir pagos de los terceros responsables cuyo derechos han sido subrogados a favor de la ASEGURADORA, obligándose en éste caso, sin perjuicio de las responsabilidades antes aludidas, a devolver lo pagado por la ASEGURADORA hasta por el monto recibido del tercero responsable.

La ASEGURADORA incluirá en la reclamación frente a los terceros los gastos efectuados por asistencia médica y todos aquellos costos propios de la reclamación.

ARTÍCULO 16°.- ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario podrán presentar una queja o reclamo de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.

Por escrito: Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza o en el Certificado.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 17°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) Beneficiario(s), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 18°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las prórrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro y/o Certificado de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

ARTÍCULO 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 20°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

ARTÍCULO 21°.- TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II:
CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 22°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Se denomina ASEGURADO TITULAR a la persona que, a la fecha de inscripción en el seguro, mantiene un vínculo laboral con la empresa contratante y que es incorporada como tal en esta Póliza siempre y cuando no haya cumplido los setenta y seis (76) años al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad al momento de la inscripción en la póliza.

22.1 Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:

- a) Al cónyuge o concubino del ASEGURADO TITULAR, siempre y cuando no haya cumplido los setenta y seis (76) años al momento de su inscripción.
- b) A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del ASEGURADO TITULAR, siempre que no hayan cumplido los veintiséis (26) años de edad al momento de la inscripción.
- c) A los padres del ASEGURADO TITULAR, siempre que no hayan cumplido los sesenta y seis (66) años de edad al momento de la inscripción y siempre que la Póliza contemple la inscripción de padre al Plan, previo acuerdo entre el CONTRATANTE y la ASEGURADORA.

22.2 Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, residan permanentemente en el Perú, un total de nueve meses durante el año de vigencia.

22.3 Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO TITULAR como para su cónyuge o concubino sólo serán de aplicación en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la Póliza.

22.4 Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.

22.5 No obstante no haber cumplido los ASEGURADOS DEPENDIENTES la edad límite para su permanencia en la Póliza, serán excluidos en caso el ASEGURADO TITULAR proceda con la resolución de la póliza.

22.6 No pueden ser asegurados bajo esta Póliza de Seguro las personas afectadas de una Invalidez Total y Permanente.

ARTÍCULO 23°.- PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

23.1 Los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que:

- i) No hubieren excedido la edad límite fijada al momento de su inscripción y hubieren cumplido con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.
- j) Llenen completamente la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA.

23.2 El CONTRATANTE mantendrá vigente un registro de los ASEGURADOS TITULARES Y DEPENDIENTES bajo ésta póliza.

23.3 El CONTRATANTE se obliga a informar a la ASEGURADORA la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO. De igual forma comunicará a la ASEGURADORA respecto a los ASEGURADOS que deben ser excluidos.

23.4 Los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha establecida en el Endoso o el Certificado de Seguro correspondiente, previa aceptación de la ASEGURADORA. La Solicitud de incorporación de los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES deberá acompañar en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO.

23.5 Las exclusiones de los ASEGURADOS surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.

23.6 En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO, se puede solicitar su nueva inscripción quedando asegurado a partir de la fecha establecida en el Endoso o el Certificado de Seguro correspondiente, sujeto a previa aceptación de la ASEGURADORA que se evidenciará con la emisión del Endoso o Certificado correspondiente.

23.7 La fecha límite del CONTRATANTE para informar de los movimientos de ASEGURADOS será hasta el día 24 (veinticuatro) de cada mes, (en caso el día 24 sea sábado, domingo o feriado se aplicará como fecha de cierre el día hábil anterior más cercano al día 24 hasta las 17:00 horas).

Para todos los tipos de inscripción mencionados en este artículo, será de aplicación los Periodos de Carencia y Espera estipulados en la presente Póliza.

ARTÍCULO 24°.- PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

24.1 PERIODO DE CARENCIA: Es el período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

- A. Para las coberturas de la presente Póliza aplica un periodo de carencia de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha inicio de vigencia de la póliza.**

24.2 PERIODO DE ESPERA: Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no estarán activas. Culminado este período a diferencia del Período de Carencia, la ASEGURADORA otorgará la cobertura a aquellas atenciones.

Para la presente Póliza aplica el Período de Espera siguiente:

- A. Para la cobertura de Trasplante de Médula Ósea será de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.**

ARTÍCULO 25º.- EXONERACION DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

25.1 Solo aplica la exoneración de los Períodos de Carencia y Espera en los casos que el ASEGURADO haya contado con cobertura de una Póliza de Seguro con Cobertura Oncológica de gastos de curación en salud brindada por una Entidad Prestadora de Salud (EPS) o Compañía de Seguros con coberturas equivalentes, contratada por la Entidad Empleadora (CONTRATANTE) , por un periodo no menor de tres meses para el periodo de carencia y no menor a 24 meses para el periodo de espera, y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de esta Póliza, por lo que, la ASEGURADORA exonerará a los empleados ASEGURADOS de los Periodos de Carencia y Espera. Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la Solicitud de inscripción del Seguro, copia de la Póliza o Plan de Salud anterior, así como copia del comprobante(s) de pago(s) cancelado(s) correspondiente(s) al pago de la prima u aporte anual de la Póliza o Plan de Salud anterior; incluyendo el detalle de los siniestros incurridos.

25.2 Queda entendido que, en caso de renovación automática de la Póliza ya no aplican Períodos de Carencia o Espera para los períodos ya computados, pues para los casos donde el Período de Carencia o Espera sea mayor al de la vigencia de la Póliza se realizará una sumatoria de plazos hasta su cumplimiento contabilizados a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de la Póliza. Esta sumatoria de plazos para el cumplimiento de los Períodos de Carencia o Espera quedará inactiva cuando se resuelva la Póliza por alguna causal establecida en la presente y se genere una nueva Póliza de Seguro o cuando se excluya a un ASEGURADO DEPENDIENTE y se solicite una nueva inscripción.

25.3 Exoneración de Carencia y Espera para el caso de enfermedades preexistentes que cuenten con continuidad de cobertura (diagnóstico de enfermedad o condición durante la vigencia de alguna Póliza de Seguro anterior).

En los casos que aplique la continuidad de cobertura de Enfermedades Preexistentes, bajo las condiciones estipuladas en la presente Póliza (penúltimo párrafo del artículo 14º de las Consideraciones Generales), solo aquellas

enfermedades preexistentes que gocen de dicha continuidad tendrán exoneración de los Períodos de Carencia y Espera en la inscripción del ASEGURADO en la Póliza.

ARTÍCULO 26º.- BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

La suma de todos los gastos cubiertos por la ASEGURADORA incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por cada ASEGURADO, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo por ASEGURADO indicado en el Plan de Beneficios del Condicionado Particular.

El término "Gastos Cubiertos" según se emplea en la póliza se refiere a los gastos usuales, acostumbrados y razonables, para atenciones por reembolso y al crédito, incurridos por un ASEGURADO dentro del territorio nacional tomando como base los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar, el mismo que está a disposición mediante nuestro Tarifario Rimac, el cual se encuentra disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe, ingresando al link de Temas Relacionados y a continuación, al link de Reembolsos, y hasta los límites señalados en el plan de beneficios. Este tarifario aplica solo para atenciones por reembolso.

Al término de cada año de vigencia de la Póliza, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Cuando a la presente Póliza apliquen Coberturas Adicionales, aquellas tendrán sus propios límites y en caso de no consignarlo, su límite será el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Cuando a la presente Póliza apliquen Beneficios Adicionales, aquellos tendrán sus propios límites y su uso no disminuye el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El tipo de beneficio aplicable a cada cobertura se establecerá en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 27º.- COBERTURAS:

Las coberturas de la presente Póliza se otorgarán conforme a los límites, condiciones, proveedores de servicios en salud y detalles establecidos en el Plan de Beneficios de la presente Póliza de Seguro. Las coberturas son las siguientes:

27.1 ATENCIONES HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS:

- a. Gastos totales que demande el tratamiento ambulatorio del ASEGURADO, incluyendo los honorarios profesionales por consultas, medicinas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas posteriores al Diagnóstico Anátomo Patológico, procedimientos clínicos, Radioterapias y Quimioterapias.**

- b. Gastos totales que se incluyen en el tratamiento ambulatorio o durante la hospitalización, posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, por concepto de: Laboratorio y Radiología, Histopatología, Tomografía computarizada, Medicina nuclear, Drogas antineoplásicas.
- c. Gastos totales por concepto de hospitalización posteriores al Diagnóstico Anatómo Patológico, tales como: Habitación individual simple, Honorarios por servicios médicos y cualquier otro concepto derivado del período de hospitalización. Costo y administración de medicamentos, anestésicos y oxígeno. Derecho de sala de operaciones.

27.2 TRASLADO AEREO O TERRESTRE EN EL TERRITORIO NACIONAL:

Siempre que en la localidad donde se encuentre el ASEGURADO no exista la capacidad resolutive ni la infraestructura médica necesaria para su atención hospitalaria, y con la previa autorización del médico tratante, se cubrirán únicamente los gastos de transporte aéreo o terrestre en línea comercial hacia el establecimiento de salud con capacidad resolutive más próximo, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Beneficios, previa autorización de la COMPAÑÍA. Este beneficio no cubre los gastos de alojamiento ni alimentación. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.3 AMBULANCIA TERRESTRE AL ALTA HOSPITALARIA

Cubre el traslado del ASEGURADO desde la clínica o centro médico a su domicilio (siempre que no lo pueda hacer por sus propios medios), previa indicación médica y aceptación por la COMPAÑÍA. Las limitaciones geográficas se encuentran establecidas en el Plan de Beneficios. Atención únicamente en el Perú. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.4 GASTOS DE SEPELIO:

En caso de fallecimiento de un ASEGURADO a consecuencia de un cáncer cubierto por esta Póliza se pagarán los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, cremación, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

27.5 TERAPIA CON MODIFICADORES DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA:

Anticuerpos Monoclonales, Estimulantes de colonia, Inmunoterapia, Inhibidores (proteosomas/Tirosin kinasa), antiangiogénicos y factores de crecimiento epidermal (EGFR).

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.6 PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS:

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por enfermedad oncológica que las requieran, previa aprobación y aceptación de La Compañía. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.7 TRASPLANTE DE MEDULA OSEA:

Cobertura sujeta a la permanencia en el presente seguro por un plazo mayor a 24 meses, Se otorgará esta cobertura a nivel nacional solo en establecimientos que cuenten con la autorización para realizar estos procedimientos expedidos por la ONDT (Organismo Nacional de Donación y Trasplante) del MINSA, y de acuerdo a las categorías de evidencia y consenso de la NCCN de los Estados Unidos de América. Se cubrirán los gastos ambulatorios u hospitalarios para el Trasplante de Médula Ósea tipo autólogo y alogénico, incluyendo los exámenes de histocompatibilidad del donante definitivo.

En relación con los gastos del donante, se cubren los relacionados al acto propio de la donación, los servicios y equipos requeridos para trasplante de médula ósea del donante y del receptor. No se cubrirán los gastos de los candidatos que no calificaron para ser donantes.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.7.1 CONDICIONES APLICABLES A LOS DONANTES ASEGURADOS BAJO ÉSTA PÓLIZA:

El asegurado de la presente Póliza, para decidir ser donante de algún órgano y/o tejido a favor del ASEGURADO, deberá tener en cuenta que la presente Póliza de Seguro no cubrirá los gastos médicos en que se incurran con motivo de la donación, sino será la Póliza de Seguro del ASEGURADO que recibirá el órgano y/o tejido quien cubrirá dichos gastos.

Asimismo, el asegurado bajo la presente Póliza y que tenga la calidad de donante, debe conocer que ninguna complicación médica que se presente en el donante como consecuencia de la intervención quirúrgica a la que se ha sometido para realizar la donación del órgano y/o tejido será cubierto por su Póliza de Seguro.

27.8 CONSULTA DE SEGUNDA OPINION POR CIRUGIA:

Segunda Opinión Médica Nacional (solo consulta), en caso el ASEGURADO requiera ser sometido a una intervención quirúrgica, la ASEGURADORA cubrirá el costo de una segunda consulta por un médico especialista, sin perjuicio del resultado del segundo diagnóstico. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

Segunda Opinión Médica Internacional (envío del expediente al extranjero por parte de la Compañía de Seguros). Se cubre la opinión de un cirujano en el extranjero que la COMPAÑÍA gestionará al existir una duda que considere razonable en cuanto a una decisión quirúrgica y en la que la NCCN no tenga una clara definición. No se cubren los gastos de traducción, duplicado de informes, ni otros gastos relacionados al contenido del expediente. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.9. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO:

Ampara el beneficio de chequeo médico preventivo una vez por vigencia y por año, diseñado de acuerdo a la edad y sexo del ASEGURADO según lo descrito en la Tabla de Beneficios.

Los exámenes preventivos que conforman este chequeo, no son transferibles, acumulables, canjeables o intercambiables con otros exámenes que no correspondan al protocolo de chequeo preventivo del Plan de Beneficios. Asimismo, el chequeo no puede ser fragmentado y deberá concluirse en la misma sede prestacional en un periodo no mayor de 30 días calendarios contados desde el inicio del despistaje preventivo. Vencido este plazo, el ASEGURADO deberá esperar el tiempo establecido en el Plan de Beneficios para acceder nuevamente al próximo despistaje preventivo.

En caso el médico evaluador considere pertinente indicar algún examen adicional fuera del chequeo coberturado por su plan, este deberá ser asumido al 100% por el ASEGURADO.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.10 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR CIRUGÍA ONCOLÓGICA MUTILANTE:

Cirugía reconstructiva a consecuencia de la enfermedad oncológica, o su tratamiento, que implique pérdida o alteración funcional significativa de la región o parte del cuerpo comprometida. Sujeto aprobación de La Compañía. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.11 GASTOS DE ALIMENTACIÓN PARA EL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO (sujeto a aceptación de la clínica):

Servicio de alimentación gratuita compuesto por 1 desayuno, 1 almuerzo y 1 cena estándar por día, que la clínica servirá a un acompañante del paciente oncológico hospitalizado, durante el tiempo que dure el internamiento. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.12 NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL:

Alimentación endovenosa para pacientes que no pueden alimentarse oralmente a consecuencia de una cirugía oncológica o complicaciones temporales derivadas de la enfermedad oncológica y/o tratamiento que comprometan el tracto digestivo y/o respiratorio, previa aprobación y aceptación de la compañía. Solo aplica durante la hospitalización post quirúrgica siempre y cuando tenga la indicación del médico tratante. No se brinda a los pacientes que estén haciendo uso del beneficio de cuidado paliativo en el hogar. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.13 RADIOCIRUGÍA:

Tratamiento de radioterapia de última generación. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.14 VITAMINAS:

Para el tratamiento oncológico, indicadas por el médico tratante, previa aprobación y aceptación por la COMPAÑÍA. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.15 COMPLICACIONES CAUSADAS POR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:

Se cubrirán, siempre que el ASEGURADO se encuentre llevando el tratamiento oncológico, únicamente las patologías que se presenten a consecuencia de la enfermedad oncológica ó luego de realizada la aplicación del respectivo tratamiento oncológico (Quimioterapia, Radioterapia, Terapia Biológica o Cirugía Oncológica).

Sólo se cubrirán las siguientes patologías:

- Atención por complicaciones post-quimioterapia hasta por un plazo máximo de cuatro (04) semanas con relación a la fecha de realización de la quimioterapia: Toxicidad gastrointestinal (mucositis oral, náuseas y vómitos persistentes y diarreas); Toxicidad hematológica (anemia; trombocitopenia, pancitopenia, neutropenia); Toxicidad cutánea (eritema acral); infecciones por bacterias, hongos y virus; trastornos hidroelectrolíticos; neuropatía en tratamientos con fármacos de la familia de los platinos, taxanos y/o epotilomas.
- Atención por complicaciones post-radioterapia, hasta por un plazo máximo de ocho (08) semanas (posteriores a la finalización post-radioterapia) con relación a la fecha de realización de la radioterapia: proctitis actínica, cistitis actínica, mucositis oral, esofagitis, neumonitis y eritema.

No se cubrirá ninguna complicación que se diagnostique como enfermedad crónica.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.16 CIRUGÍA POR ALTA SOSPECHA DE CÁNCER DE TUMORES NO BIOPSIABLES:

En función de la evaluación clínica, imagenológica y marcadores tumorales; la cobertura se hará efectiva con la confirmación anátomo patológica. Las neoplasias incluidas en esta cobertura son las siguientes:

- Neoplasias de encéfalo.
- Neoplasias de páncreas.
- Neoplasia renal.
- Neoplasia de hígado.
- Neoplasias de ovario.
- Neoplasia de testículo

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.17 CIRUGIA DE HALLAZGO:

Cuando en una cirugía común se encuentra Cáncer y se procede a realizar la correspondiente cirugía oncológica; LA COMPAÑÍA pagará los gastos generados únicamente por el acto quirúrgico oncológico, siempre que no haya habido diagnóstico presuntivo de Cáncer previo a la cirugía y siempre y cuando el hallazgo sea sustentado con el correspondiente Anátomo Patológico positivo para Cáncer. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.18 RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y DE PEZÓN:

Se reconocerá la operación de reconstrucción mamaria independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción. Se cubrirá el costo solo por única vez por mama, en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía por Cáncer de mama durante la vigencia de la póliza, aun cuando está haya sido efectuada sin hacer uso de este seguro. Incluye la cirugía de reconstrucción del complejo areola-pezones. Atención únicamente en el Perú. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.19 PRÓTESIS DE MAMA.

Se cubrirá el costo de la prótesis por mama solo por única vez. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.20 CUIDADOS PALIATIVOS Y DEL DOLOR DOMICILIARIOS SOLO PARA PACIENTES TERMINALES QUE NO REQUIERAN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:

Cuidados Paliativos y Terapia del Dolor domiciliarios para pacientes oncológicos terminales en situación de postración, con enfermedad progresiva que no requieran de tratamiento oncológico, previa evaluación y aprobación del área de Auditoría Médica de la COMPAÑÍA.

Este servicio es de carácter temporal e incluye el cuidado de un personal de enfermería de acuerdo a la indicación del Médico designado por la COMPAÑÍA hasta un máximo de 12 horas en horario diurno; así como la implementación de una cama clínica mecánica, oxígeno y medicamentos. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.21 PET SCAN

Examen especializado para la detección de cáncer denominado PET/SCAN, cubre el examen y la sustancia FDG (siempre que cuente con las recomendaciones de las Guías Internacionales para el tratamiento del cáncer – NCCN hasta la categoría de recomendación 2A). Solo disponible en Lima. La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

27.22 CONSULTA PSICOLÓGICA

Consulta de evaluación y asesoramiento nutricional oncológica por única vez en el proveedor y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

27.23 CONSULTA NUTRICIONAL

Consulta de evaluación y asesoramiento nutricional oncológica por única vez en el proveedor y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

27.24 FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA

Consulta de evaluación y educación en fisioterapia oncológica por única vez en el proveedor y bajo las condiciones detalladas en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 28º.- BENEFICIOS ADICIONALES:

Los Beneficios Adicionales serán indicados en el Plan de Beneficios, los cuales constituyen una liberalidad de la ASEGURADORA, los mismos que pueden variar durante la vigencia de la Póliza y no disminuye el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

TARIFAS PREFERENCIALES:

Descuentos preferenciales serán las que se indiquen en el plan de beneficios.

Para consultar las tarifas y/o descuentos especiales el ASEGURADO puede acceder a la página web www.rimac.com.pe sección: Programa de descuentos y beneficios Rimac.

ARTÍCULO 29º.- EXCLUSIONES:

No gozarán de cobertura en la presente Póliza, las siguientes exclusiones:

- **Las Enfermedades Preexistentes.**
- **Los riesgos asociados a las Enfermedades Preexistentes.**
- **Las causas, consecuencias y complicaciones como enfermedades, tratamientos y demás gastos según el detalle siguiente:**
 - 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).**
 - b. **Cáncer, Tumor Maligno o Enfermedad Oncológica, que se haya detectado o diagnosticado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura, definido e indicado en el artículo 24º de esta Póliza.**
 - c. **Los antecedentes médicos familiares y personales, la condición de Tabaquismo y los riesgos asociados de los mismos, que figuren expresamente como tales en las Condiciones Particulares o en los Endosos de la Póliza.**
 - d. **Los tratamientos psicológicos o psiquiátricos, así como tratamientos por desórdenes neurológicos, nerviosos o trastornos del sueño.**
 - e. **Ansiolíticos, antidepresivos, vacunas, suplementos alimenticios, proteínas, productos no medicinales, productos o extractos naturales, medicina homeopática, farmacopea china, cualquier otro medicamento no oncológico y medicamentos experimentales según lo establecido por la Food and Drug Administration (FDA), medicina con fines placebo o de eficacia terapéutica no comprobada o de beneficio no demostrado científicamente.**
 - f. **Los gastos por tratamiento médico, así como honorarios médicos u otros, que sean pactados directamente por el ASEGURADO en clínicas o proveedores afiliados, sin el conocimiento ni aprobación previa de la COMPAÑÍA.**
 - g. **El exceso de los honorarios médicos o quirúrgicos, de procedimientos médicos, exámenes auxiliares y cualquier otro gasto médico, que superen el límite establecido en la Tabla de Beneficios.**

Esta exclusión aplicará para cualquier atención realizada bajo el sistema de crédito o reembolso.

- h. Compra o alquiler de cualquier dispositivo médico, tales como: glucómetro, termómetro, tensiómetro, respirador o ventilador mecánico, pulsoxímetro, nebulizadores, cama clínica, aspiradores, dispositivos CPAP, silla de ruedas, muletas, equipos ambulatorios para rehabilitación y cualquier otro que surja en el futuro que se considere dispositivo médico de acuerdo a lo definido en el Artículo 1° de las presentes Condiciones Generales.**
- i. Trasplante de tejidos y órganos, células madre a excepción del Trasplante de Médula Ósea tipo autólogo y alogénico).**
- j. Enfermedades ocupacionales y contaminación nuclear**
- k. Todo tratamiento o gasto efectuado en el extranjero, gastos de transporte de cualquier tipo y reembolso de cualquier naturaleza.**
- l. Los procedimientos y/o medicamentos para el tratamiento del Cáncer, que no estén comprendidos como dentro de las Guías aprobadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN)- hasta categoría 2a o por la National Cancer Institute.**
- m. Dispositivos o implantes médicos de naturaleza mecánica o electrónica, tales como: implante coclear, neuroestimulador cerebral, marcapaso cardíaco, dispositivos intervertebrales o interespinosos y cualquier otro que surja en el futuro que se considere dispositivos o implantes médicos.**
- n. Todo tipo de prótesis externa.**
- o. Cirugía plástica y/o estética y/o reparadora así como tratamientos para embellecimiento, así sea indicado como consecuencia de un tratamiento cubierto por esta póliza, a excepción de lo considerado dentro de las siguientes coberturas: Cirugía Reconstructiva por Cirugía Oncológica Mutilante y Reconstrucción Mamaria y de Pezón. No está cubierta la cirugía por ginecomastia, mamoplastía ni gigantomastia.**
- p. No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o no sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia “II A” (ver definiciones). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.**
- q. Compra de sangre y órganos, dado que son sujetos a donación según la regulación existente, y derivados como plasma, albúmina,**

hemoderivados, tejidos, plaquetas, paquetes globulares. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes (Tamizaje), exceptuándose de esta exclusión la prueba cruzada para verificar la compatibilidad del receptor. Están excluidos los equipos de auto-transfusión.

- r. Están excluidos los gastos por el concepto de compra de órganos.
- s. No se cubren estudios o pruebas genéticas, a excepción de las pruebas genéticas relacionadas al manejo del paciente con Leucemia o Linfoma, siempre que sean medicamente necesarias.
- t. Cuidado de enfermeras, enfermeros, técnicos o técnicas de enfermería, especial o particular, salvo indicación expresa en el Plan de Beneficios bajo la cobertura de Cuidados Paleativos y del Dolor Domiciliarios, siempre que sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con la ASEGURADORA.
- u. 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.
- v. Minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, psicotrópicos, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas fórmulas magistrales o suplementos nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.
- w. 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.
- x. 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.
- y. La no cobertura de los cuidados médicos y paramédicos en domicilio del ASEGURADO diferentes a los expresamente cubiertos por la póliza tales como pero no limitados a: soporte nutricional artificial, tratamiento parenteral, cuidados de enfermería, equipos,

cama clínica, ventilador mecánico, oxigenoterapia, rehabilitación y terapia física domiciliaria, terapia del dolor, exámenes de laboratorio y de imágenes.

- z. Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales colegiados.**
- aa. Cambio de prótesis una vez concluido el procedimiento de reconstrucción mamaria.**
- bb. Cualquier requerimiento o prescripción médica cuyo propósito sea el chequeo, detección y/o diagnóstico oncológico, salvo los expresamente señalados en la Tabla de Beneficios bajo la cobertura de Chequeo Preventivo Oncológico.**
- cc. Suministro de cualquier tipo de medio de transporte y servicio de ambulancia; salvo el descrito bajo la cobertura de Ambulancia Terrestre al Alta Hospitalaria y la de Traslado Aéreo o Terrestre en el Territorio Nacional.**
- dd. Toda enfermedad de origen congénito y/o malformación congénita.**
- ee. Toda enfermedad o complicación derivada del tratamiento oncológico que sea diagnosticada como crónica o que supere las 8 semanas de tratamiento.**
- ff. Todo tratamiento de Medicina Física y Rehabilitación**

Si la ASEGURADORA ya hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en el presente artículo, la ASEGURADORA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura una vez identificado el error siempre y cuando, se conozcan causales de liberación que no fueron conocidas al momento del reconocimiento del siniestro.

ARTÍCULO 30º.- PORTABILIDAD

El ASEGURADO, en caso de cese de su vínculo laboral con la Entidad Empleadora (Contratante) podrá contratar una nueva Póliza Oncológica bajo la modalidad individual suscrita bajo las condiciones y primas que establezca la COMPAÑÍA al momento de la contratación de la misma.

El beneficio de portabilidad consiste en:

1. Se brindará continuidad a la carencia siempre que EL ASEGURADO, y sus dependientes hayan permanecido como asegurados bajo la Póliza de Seguro Oncológica Colectiva por un período mayor a noventa (90) días. Por tanto, no aplicará el período de carencia descrito en el artículo 26 de las presentes Condiciones Generales.

2. En relación a los periodos de espera, se contabilizará a favor del ASEGURADO TITULAR y sus dependientes, el tiempo de permanencia en la presente Póliza de Seguro Oncológico Colectivo, como parte del período de espera aplicable para la Póliza de Seguro Oncológico Individual.

Para que el ASEGURADO pueda optar por la portabilidad de la cobertura oncológica bajo el amparo de una nueva Póliza Oncológica Individual, una vez culminado el vínculo laboral con la Entidad Empleadora (Contratante), y siempre que haya tenido la condición de Asegurado bajo la Póliza Oncológica Colectiva, por el período de un (01) mes como mínimo, deberá acercarse a cualquiera de las plataformas de Rímac Seguros y solicitar la activación del beneficio de portabilidad a través de la adquisición de una Póliza de Seguro Oncológico individual.

Esta solicitud de activación deberá ser tramitada OBLIGATORIAMENTE DENTRO DE LOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CULMINACIÓN DEL VÍNCULO LABORAL CON LA ENTIDAD EMPLEADORA (CONTRATANTE), para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar lo siguiente:

- a) Constancia emitida por la Entidad Empleadora (Contratante) en cuyo tenor indique el cese o fin del vínculo laboral con el ASEGURADO (este documento debe indicar la fecha del fin de vínculo laboral), y;
- b) Solicitud de activación correspondiente a la Póliza de Seguro Oncológica Individual debidamente llenada por el ASEGURADO (el formato estará disponible en nuestras plataformas de atención). Considerar que la solicitud de portabilidad para los dependientes, en caso hubiese, debe realizarse en la misma Solicitud de Seguro del ASEGURADO TITULAR.

En caso que haya transcurrido el plazo antes indicado, y no hayan presentado la solicitud de activación del beneficio de portabilidad, el ASEGURADO y sus dependientes, automáticamente perderán este beneficio.

ARTÍCULO 31º.- AVISO DE ENFERMEDAD Y ACTIVACION DEL SEGURO

Para realizar la activación de la cobertura Oncológica, EL ASEGURADO deberá acercarse al módulo de atención de Auditoria Médica ubicado en la Av. Paseo de la República 3505, San Isidro, o a cualquiera de las Plataformas de la ASEGURADORA a nivel nacional llevando consigo el resultado Anátomo Patológico original (debe contener la firma del médico patólogo colegiado con registro de especialista) y la copia del DNI vigente inmediatamente después de conocer o haber sido informado del diagnóstico positivo de cáncer

El plazo máximo estipulado para dar aviso a la COMPAÑÍA será de ciento veinte (120) días calendarios contados a partir de la fecha en que se tome conocimiento del diagnóstico positivo de cáncer, o siete (7) días desde que se toma conocimiento del beneficio. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Asimismo, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización, siempre que exista culpa inexcusable, hasta la

conurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo . Cuando se pruebe la falta de culpa inexcusable en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

Presentado el aviso, la COMPAÑÍA podrá ejercer su derecho de solicitar además de la documentación señalada en el primer párrafo de este artículo, una evaluación y segunda opinión médica sobre la condición de salud del ASEGURADO y sobre su historial médico.

El plazo para la activación de la póliza será de 8 días calendario desde que la ASEGURADORA cuente con el resultado Anatómo Patológico original y la copia del DNI vigente del ASEGURADO en adición a la información que pudo solicitar relacionada a los resultados de la evaluación y segunda opinión médica sobre la condición de salud del ASEGURADO requerida por la compañía.

En caso de no proceder conforme lo indicado en dicho plazo, el ASEGURADO podrá acudir a la vía judicial y/o a la que considere pertinente para hacer valer sus derechos.

ARTÍCULO 32º.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS:

Las formas de acceder a la cobertura de la Póliza, sea a través de crédito o reembolso, se delimitarán por cada cobertura y estarán detalladas en el Plan de Beneficios, pues en caso de no encontrarse descritas en dicho documento no será posible acceder a través de dicha forma de cobertura. Aquellas son las siguientes:

32.1 CREDITO (antes): Son las atenciones por las que el ASEGURADO asume los Coaseguros y Copagos, y los gastos o excesos no cubiertos por la póliza, debiendo pagarlos directamente al proveedor de servicios en salud afiliado a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios.. Los gastos cubiertos en exceso de los Coaseguros y Copagos serán asumidos directamente por la ASEGURADORA, quien se encargará del pago del servicio a dichos proveedores siempre que haya pertinencia médica.

Cada atención médica corresponde a un acto médico y por lo tanto, cada atención está sujeta al pago de un Coaseguro, y Copagos de ser necesario.

Es factible que para las atenciones hospitalarias y/o atenciones ambulatorias programadas, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía por parte de la ASEGURADORA, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Coaseguros y Copagos a cargo del ASEGURADO.

32.2 REEMBOLSO (después): Aplica cuando el ASEGURADO ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad conforme a lo establecido en el Artículo 31° precedente, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió. El sistema de reembolso operará en caso el ASEGURADO haya tenido una atención en la red de clínicas afiliadas a su plan de salud o en un proveedor distinto a estos.

En el reintegro de los gastos incurridos se le descontarán los montos por concepto de Coaseguro y Copagos objeto de la cobertura.

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con lo indicado en el Plan de Beneficios.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al Tarifario Rimac, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).

ARTÍCULO 33°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

Una vez activa la cobertura Oncológica, EL ASEGURADO cuenta con las siguientes formas para realizar sus atenciones, mediante Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

33.1 ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU POR CRÉDITO: EL ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.
- b) Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.
- c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Copago y Coaseguro de la cobertura.
El pago del Copago tendrá una vigencia de siete (7) días calendario tanto para la consulta médica como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial.
- d) En caso de Atención Hospitalaria, el proveedor de servicios en salud deberá solicitar una Carta de Garantía, a la ASEGURADORA, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Copagos y el Coaseguros respectivos.

33.2 SOLICITUD DE COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO:

Para la atención de este beneficio, se deberá solicitar a la ASEGURADORA, la respectiva Carta de Garantía presentando el Certificado de Defunción del ASEGURADO y el presupuesto del Proveedor elegido.

La modalidad de pago de esta cobertura se encuentra detallada en el Plan de Beneficios.

33.3 ATENCIONES HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO: EI ASEGURADO tendrá que:

- a) Una vez activado el seguro, luego de realizada la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: www.rimac.com.pe.
- b) El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar la historia clínica completa. Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.
- c) Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al Tarifario Rimac, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).
- d) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud.
- e) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:
 - i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
 - ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

- f) En caso que la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la ASEGURADORA podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos treinta días.**
- g) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.**
- h) Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.**
- i) En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.**