

CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE IAFAS EPS Y LA ENTIDAD EMPLEADORA

CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO

En virtud del Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante **EL CONTRATO**, la **IAFAS - EPS** otorga a **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** la cobertura obligatoria correspondiente al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS vigente y sus modificatorias, constituyendo una cobertura obligatoria sujeta a las condiciones señaladas más adelante.

LOS AFILIADOS/ASEGURADOS por intermedio de **EL CONTRATANTE**, o independientemente cada uno de ellos, pueden contratar coberturas complementarias a la cobertura obligatoria que comprenda las atenciones de contingencias no incluidas en el PEAS correspondientes a planes complementarios, sea con **IAFAS - EPS** o con otra "IAFAS" autorizada para tal efecto por SUSALUD.

Las coberturas complementarias y beneficios adicionales son de naturaleza voluntaria y se rigen conforme a las reglas establecidas en el correspondiente Contrato de Afiliación para beneficios complementarios que suscriban, o de contratarse colectivamente entre **IAFAS - EPS** y **EL CONTRATANTE** en forma paralela al PEAS, en las Condiciones Particulares de **EL CONTRATO**.

Para efectos de las presentes Cláusulas Generales, entiéndase como "ASEGURADOS" conjuntamente a los trabajadores de la ENTIDAD EMPLEADORA y a sus derechohabientes.

CLÁUSULA SEGUNDA.- CONTENIDO

EL CONTRATO que se suscribe consta de las partes integrantes siguientes:

1. **Cláusulas Generales:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una IAFAS. La IAFAS, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
2. **Cláusulas Particulares:** Son aquellas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
3. **Coberturas de Salud Complementarias:** Son aquellas coberturas que se han pactado adicionalmente, de forma voluntaria.
4. **Plan, Programa o Producto de Salud:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS.
5. **Declaración de Salud:** Documento mediante el cual **EL CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o

personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.

6. **Relación de LOS AFILIADOS/ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** al presente contrato, el cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas.

CLÁUSULA TERCERA.- DEFINICIONES

Para efectos de las Cláusulas Generales antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las Cláusulas Particulares, se entiende por:

a. Afiliación: Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.

b. Asegurado o afiliado: Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.

c. Afiliación individual: Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente.

d. Afiliación colectiva o corporativa: Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.

e. Afiliación electrónica: La afiliación electrónica es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la IAFAS respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

Afiliación obligatoria: Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.

g. Beneficiario: Persona residente en el país que están bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.

h. Cláusulas abusivas: De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.

i. Continuidad: Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.

j. Contratante: Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.

k. Derechohabiente: Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

l. Emergencia médica y/o quirúrgica: Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

m. Exclusiones: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental, no se excluyen.

n. Latencia: Es un derecho especial de cobertura por desempleo que la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS le otorga al asegurado regular y sus derechohabientes, por la cual tienen derecho a las prestaciones de prevención, promoción y atención de la salud durante un período de latencia de hasta 12 meses, siempre que cuenten con un mínimo de 5 meses de aportación consecutivos o no consecutivos, en los últimos tres años precedentes al cese,

acogiéndose a dos meses de período de latencia por cada cinco meses de aportación. El período de latencia para los casos de suspensión perfecta de labores resulta de aplicación a partir de la fecha de pérdida del derecho de cobertura. Se activa cuando el asegurado dependiente o regular se encuentra en situación de desempleo o en situación de suspensión perfecta de labores.

O. Nota Técnica: Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.

p. Período de Carencia: Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un afiliado/asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado/asegurado potestativo, el período puede ser menor a tres (3) meses durante el cual el afiliado/asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el período de carencia en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

En el caso de la IAFAS ESSALUD y la IAFAS EPS, la afiliada regular titular o la derechohabiente que se encuentre en estado de gestación, tiene derecho a la cobertura de maternidad brindada por las citadas IAFAS de forma inmediata desde la afiliación.

Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.

q. Período de espera: Es el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad y/o sus derechohabientes no pueden acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de ESSALUD. El concepto de período de espera puede ser aplicado por otras IAFAS. En ningún caso, el período de espera puede ser mayor a un año; asimismo, las enfermedades diagnosticadas durante este periodo no podrán ser consideradas como preexistentes ni negarse su cobertura.

r. Preexistencia: Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la

declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.

s. Programa, Plan o producto de aseguramiento en salud: Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.

t. Prima o aporte puro de riesgo: Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.

u. Prima o aporte comercial: Es la prima o aporte que aplica la IAFAS al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la IAFAS.

v. Registro de Afiliados: Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.

w. Relación de aseguramiento en Salud: Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

x. Urgencia: Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURA Y CONDICIONES

La IAFAS - EPS otorga cobertura de salud contenida en el PEAS y modificatorias a **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación, comprendidas en el presente CONTRATO.

La cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos LOS AFILIADOS/ASEGURADOS registrados en el Plan, independientemente de la remuneración del trabajador. En tal sentido sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

Las prestaciones de salud que forman parte de la cobertura del PEAS no podrán ser excluidas de la cobertura. Asimismo, todas las prestaciones incluidas en el PEAS se otorgan sin límite de suma asegurada. La cobertura contratada incluye

la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

CLÁUSULA QUINTA.- PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la IAFAS - EPS otorga a favor de LOS AFILIADOS/ASEGURADOS en virtud del presente CONTRATO, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, que forma parte de las Condiciones Particulares del presente CONTRATO.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias que aquejen a LOS AFILIADOS/ASEGURADOS e incluye la rehabilitación.

CLÁUSULA SEXTA.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Como parte de la cobertura obligatoria, se otorgan las prestaciones de prevención primaria y promoción de la salud que tienen por objeto preservar en buen estado la salud de LOS AFILIADOS/ASEGURADOS, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

- a. **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
- b. **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).
- c. El Plan de Aseguramiento en Salud otorga obligatoriamente las prestaciones de salud preventivas y promocionales contenidas en el PEAS, detallándose su periodicidad, diferenciándolas según edad y sexo.
- d. En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.
- e. **Prestaciones de maternidad:** Consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante, control prenatal y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio. El período de puerperio será aplicado a la madre gestante y al cuidado del recién nacido por un período de hasta 30 días después del parto, siempre que **EL CONTRATO** se encuentre vigente.

Si el nacimiento se produce durante el último período de la cobertura de **EL CONTRATO**, las prestaciones de salud al neonato se brindan como máximo

hasta la fecha de cobertura que otorga el último aporte efectuado, salvo que **EL CONTRATO** sea renovado.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LA COBERTURAS CONTRATADAS

Se encuentran excluidas de la cobertura contratada:

- a. Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial;
- b. Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo;
- c. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria:
 - Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras).
 - Cirugía Plástica.
 - Odontología de Estética.
 - Lentes de contacto.
 - Curas de reposo y del sueño.

La **IAFAS - EPS** puede racionalizar el suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Para la determinación de tales limitaciones se aplican las normas que dicte la IAFAS ESSALUD.

Las exclusiones y limitaciones deben constar en el Plan de Aseguramiento en Salud.

CLÁUSULA OCTAVA.- DE LOS ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

La **IAFAS- EPS** otorga la cobertura **PEAS** a los trabajadores de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** definidos como **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, siempre que mantengan la condición de dependencia y en tanto no elijan que la IAFAS ESSALUD les otorgue íntegramente la cobertura.

La cobertura contratada se otorga siempre que los trabajadores de la **ENTIDAD EMPLEADORA** se encuentren registrados en el PDT Planilla Electrónica PLAME (Planilla Mensual de Pagos) o su equivalente

CLÁUSULA NOVENA.- PERSONAS NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA CONTRATADA

La **IAFAS - EPS** no brinda la cobertura contratada a las personas destacadas en LA ENTIDAD **EMPLEADORA** por alguna empresa o entidad que se dedique a la intermediación laboral que le provea de mano de obra o de servicios de cualquier clase. En tales casos, la cobertura de riesgos de salud debe ser contratada con la **IAFAS - EPS**, por la empresa o entidad que se dedica a la intermediación laboral.

Tampoco se otorga cobertura a los trabajadores de los contratistas o subcontratistas de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, ni a los trabajadores independientes, ni a las personas que han celebrado convenios de prácticas pre-profesionales o de formación laboral juvenil con **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, o cualquier otra persona que no tenga la calidad de asegurado dependiente del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como tampoco a los trabajadores que hayan elegido mantener íntegramente su cobertura en LA IAFAS ESSALUD.

CLÁUSULA DÉCIMA.- DERECHO DE COBERTURA OBLIGATORIA

LOS AFILIADOS/ASEGURADOS y sus derechohabientes que hayan elegido el Plan de Aseguramiento en Salud, tienen el derecho a las prestaciones de salud, siempre que aquellos cuente con tres (3) meses de aportación consecutivos o con cuatro (4) no consecutivos dentro de los seis (6) meses calendario anteriores al mes en que se inició la contingencia y que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** haya declarado y pagado o se encuentre en fraccionamiento vigente las aportaciones de los doce (12) meses anteriores a los seis (6) meses previos al mes de inicio de la atención, según corresponda.

Se considera períodos de aportación aquellos que determinan la obligación de **LA ENTIDAD EMPLEADORA** de declarar y pagar los aportes. Para la evaluación de los seis (6) meses previos al mes de inicio de la atención, las declaraciones efectuadas por **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no surten efectos retroactivos para determinación del derecho de cobertura.

La cobertura obligatoria a favor de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** se inicia el primer día del mes siguiente a la fecha de la suscripción del presente contrato, siempre que cumplan con los plazos de aportación que se señala en la presente cláusula. Asimismo, los trabajadores que ingresen a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** con posterioridad a la suscripción del presente contrato, y que opten por la cobertura de la **IAFAS - EPS** son cubiertos desde la fecha de inicio de sus labores, siempre que cumplan con los plazos de aportación previstos. Aquellos trabajadores que por primera vez se incorporen a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** a prestar labores en relación de dependencia, deben previamente cumplir con los periodos de aportación que se señala para tener derecho a la cobertura de salud.

En el caso de trabajadores que decidan mantener su cobertura íntegramente en ESSALUD y que posteriormente opten por incorporarse a la **IAFAS - EPS** para la cobertura del PEAS, inician su cobertura a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que solicitaron a su empleador su incorporación a dicho Plan, siempre que cumplan con cualquiera de los plazos de aportación al Seguro Social de Salud previstos en la presente cláusula.

Los titulares y derechohabientes afiliados a una IAFAS EPS tienen cobertura obligatoria en caso de accidentes.

En caso la afiliada titular o la derechohabiente se encuentre en estado de gestación, el derecho a la cobertura se otorgará de forma inmediata desde la afiliación.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA.- DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO

En caso de desempleo o de suspensión perfecta de labores, los trabajadores regulares sujetos a este beneficio por mandato legal, que cuenten con un mínimo de cinco (05) meses de aportación, consecutivos o no consecutivos, durante los tres (03) años precedentes al cese o suspensión perfecta de labores y sus derechohabientes, tienen derecho a las prestaciones previstas en las cláusulas Quinta, Sexta y Séptima del presente contrato, a razón de dos (02) meses de latencia por cada cinco (05) meses de aportación.

Los períodos de latencia que se generen no pueden exceder de doce (12) meses consecutivos, contados a partir de la fecha de cese o pérdida de la cobertura ocasionada por la suspensión perfecta de labores.

Los períodos de aportación que se hayan computado efectivamente para otorgar los períodos de latencia, no se consideran para el cómputo de los períodos de calificación de los próximos períodos de latencia que se generen.

Las prestaciones se brindan de acuerdo a lo establecido en el artículo 37 del Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 004-2000-TR.

LOS AFILIADOS/ASEGURADOS tienen derecho a las prestaciones contempladas en la presente cláusula, aún cuando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla con el pago de las aportaciones correspondientes a los períodos computables para acceder a tal derecho, sin perjuicio de las facultades de la **IAFAS - EPS** de cobrar las obligaciones que pudiera estar adeudando **LA ENTIDAD EMPLEADORA** por tales períodos.

La **IAFAS - EPS** se obliga a otorgar la cobertura obligatoria descrita en **EL CONTRATO** a los trabajadores que hayan disuelto su vínculo laboral con **LA ENTIDAD EMPLEADORA** antes del inicio de su vigencia, siempre que se

encuentren gozando del derecho de latencia y hasta completar un máximo de seis (06) meses posteriores al cese de la relación laboral.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar los aportes a favor de **IAFAS –EPS** correspondientes a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Las prestaciones de salud del presente contrato, se otorgan en los establecimientos indicados en las Cláusulas Particulares del presente Contrato, en el cual consta la dirección de los establecimientos y su número de registro ante SUSALUD. **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** pueden recurrir para el otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud cubiertas por el presente Contrato, a establecimientos distintos de los indicados, con cargo a obtener el reembolso de los gastos incurridos de la **IAFAS – EPS** de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en el Plan de Aseguramiento en Salud.

La **IAFAS - EPS** informa por escrito o vía correo electrónico o algún medio electrónico a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, de la interrupción o cese del servicio que brinde en alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud, dentro de los plazos siguientes:

1. En el caso que sea el establecimiento de salud el que tome la decisión de interrumpir el servicio, en un plazo no menor a cinco (5) días hábiles previos al cese.
2. En el caso de la suspensión de la inscripción en el Registro de IPRESS – RENIPRESS de SUSALUD, en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles de recibida la notificación por la IAFAS EPS.

Se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, la que a su vez, en el día, debe poner en conocimiento de este hecho a **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**

Igualmente, la IAFAS - EPS asegura la continuidad de los servicios de salud en otros establecimientos de salud de su red asistencial.

Para el otorgamiento de coberturas en período de latencia o para el otorgamiento de determinadas prestaciones, la **IAFAS - EPS**, al momento de suscribir las presentes Cláusulas Generales, tiene la facultad de especificar los establecimientos de salud a los cuales pueden acudir **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- RESPONSABILIDAD DE LA IAFAS – EPS

De conformidad con el artículo 62 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad en Salud, Ley N° 26790, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-

97-SA, la **IAFAS – EPS** es responsable frente a **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros, ya sea por las prestaciones correspondientes al PEAS (cobertura obligatoria) o a la cobertura complementaria (planes complementarios), sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- SISTEMA DE REFERENCIAS

La **IAFAS – EPS** a través de la IPRESS que conforma su red prestacional, se obliga a atender a **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** que requieran sus servicios. Si el diagnóstico efectuado por la mencionada IPRESS, en coordinación con la **IAFAS – EPS**, determinan que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud contenido en las Cláusulas Particulares, la **IAFAS - EPS** coordina la referencia del paciente a LA IAFAS ESSALUD. La responsabilidad de la **IAFAS - EPS** solo culmina cuando el paciente sea admitido por la IAFAS ESSALUD.

La **IAFAS - EPS** tiene la obligación de informar al asegurado sobre las razones que justifican su traslado dentro o fuera de la IPRESS y las condiciones en que se realiza dicho traslado a otra IPRESS, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 14 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

En caso de que la IAFAS ESSALUD no admita al paciente, la **IAFAS - EPS** queda obligada a continuar con el tratamiento hasta su culminación, quedando a salvo su derecho de reclamar el costo de la atención a la IAFAS ESSALUD.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con la **IAFAS - EPS** correspondiente, la atención médica se brinda obligatoriamente por el centro médico u hospital requerido.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA. - APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura contratada, **LA ENTIDAD EMPLEADORA** paga a la **IAFAS - EPS** los aportes indicados en las Cláusulas Particulares, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos. Los aportes son pagados mensualmente, por parte de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**.

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** adeude a la **IAFAS - EPS**, determina la aplicación de intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes y en su defecto por las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad

competente, hasta su total cancelación, sin necesidad de intimación para la constitución en mora.

Durante el período de latencia no se devenga la obligación de efectuar aportes a favor de la IAFAS ESSALUD, la retribución a favor de la **IAFAS – EPS**, correspondiente a los trabajadores desempleados o cuyo vínculo se encuentre suspendido en forma perfecta, salvo los copagos.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA.- INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LOS APORTES

Cuando la **ENTIDAD EMPLEADORA** incumpla el pago de los aportes y ocurra alguna contingencia a alguno de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, la **IAFAS - EPS** se encuentra obligada a cubrirlo.

De ocurrir lo mencionado en el párrafo anterior, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 36 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA, modificado mediante Decreto Supremo N° 020- 2006-TR, la IAFAS EPS tiene derecho a exigir a la ENTIDAD EMPLEADORA el reembolso de los gastos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

CLÁUSULA DECIMO SÉTIMA.- DERECHO DE REPETICIÓN

LA ENTIDAD EMPLEADORA se obliga a cumplir las normas de salud ocupacional que se establezcan con arreglo a Ley. En el caso que ocurra una contingencia por incumplimiento comprobado de las normas antes señaladas, la **IAFAS - EPS** se encuentra obligada a cubrirla.

En tal caso, la **IAFAS - EPS** tiene el derecho a exigir a **LA ENTIDAD EMPLEADORA** el reembolso del costo de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses compensatorios y moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas activas máximas autorizadas por la Ley o por la autoridad competente.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA.- COPAGOS

Las prestaciones de salud materia del presente contrato están sujetas a copagos a cargo de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, conforme a lo dispuesto en el artículo 42 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, los cuales se indican en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto.

Salvo consentimiento expresado por cada trabajador en forma individual al tiempo de la votación para elegir la **IAFAS EPS** y el Plan de Salud, los copagos

del asegurado no podrán superar el 2% de su ingreso mensual por cada atención de carácter ambulatorio, ni el 10% de dicho ingreso por cada atención de carácter hospitalario.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicio de emergencia, la prestación de maternidad, ni las prestaciones preventivas y de bienestar y promoción social.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA.- REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente, los plazos de vigencia de los aportes voluntarios de los trabajadores, de los copagos, y de los aportes a ser pagados por la Entidad Empleadora, sus condiciones y las causales para proceder a su reajuste.

La **IAFAS - EPS** únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que detallada y expresamente constan en el presente **CONTRATO**, o adenda correspondiente al Plan de Aseguramiento en Salud elegido, siempre que se cumpla con las condiciones señaladas en la presente Cláusula y con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS - EPS** debe cumplir con presentar a la **ENTIDAD EMPLEADORA**, con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, los reportes de siniestralidad debidamente sustentados y analizados, conteniendo la información mínima establecida normativamente por **SUSALUD**, así como las recomendaciones para la contención del gasto y una comunicación escrita o vía correo electrónico u otro medio electrónico, que la **ENTIDAD EMPLEADORA** debe hacer de conocimiento de los asegurados, manifestando la intención de reajustar tales montos, siempre que se encuentre dentro del periodo contractual. Los reajustes que no sean materia de observación por las partes, entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** están de acuerdo con la modificación, la **ENTIDAD EMPLEADORA** debe comunicar tal decisión a la **IAFAS - EPS** dentro del plazo de treinta (30) días calendario contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada de los aportes y/o copagos debe constar en una adenda.

Si **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** no están de acuerdo con la modificación, o no responde la **ENTIDAD EMPLEADORA** a la **IAFAS - EPS** dentro del plazo de treinta (30) días calendarios contados desde que recibió la comunicación, **EL CONTRATO** se mantiene vigente hasta su fecha de vencimiento.

En el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además la **IAFAS -EPS** debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

La siniestralidad es el resultado de la evaluación técnica de toda la cartera de asegurados de la **IAFAS - EPS**, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 30562 y la normativa establecida por SUSALUD.

La evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes PEAS y planes complementarios.

Las partes pueden acordar la entrega de los reportes previstos en la presente cláusula en plazos menores con la finalidad de evaluar el comportamiento de la siniestralidad en forma anticipada al plazo fijado para su revisión.

El reajuste de aportes y/o copagos se aplica en períodos semestrales, a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Las partes pueden acordar plazos mayores o menores

CLÁUSULA VIGÉSIMA.- INFORMACIÓN

LA ENTIDAD EMPLEADORA proporciona a la **IAFAS – EPS**, en la forma y en los plazos que ésta última determine, la información señalada en las Cláusulas Particulares del presente Contrato. **LA ENTIDAD EMPLEADORA** debe informar a la **IAFAS - EPS** mensualmente sobre la renuncia al Plan, el cese o la suspensión de la relación laboral de **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia. En el caso de la inclusión de los trabajadores al Plan de Salud, la **ENTIDAD EMPLEADORA** informa a la **IAFAS – EPS**, dentro de los primeros quince (15) días anteriores al mes en que se inicia la cobertura. La información que la IAFAS – EPS requiera debe guardar una razonable relación con el objeto de este contrato.

La **IAFAS - EPS**, a través de **LA ENTIDAD EMPLEADORA**, proporciona a los trabajadores **AFILIADOS/ASEGURADOS**, copia del plan de salud contratado, de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares de la **IAFAS - EPS**, a fin de que el **AFILIADO/ASEGURADO** tome conocimiento de los mismos y esté debidamente informado. **LA ENTIDAD EMPLEADORA** tiene la obligación de informar a **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, a la suscripción de **EL CONTRATO**, a través de los medios que ésta disponga de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA.- EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, **EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS** no pueden ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración.

La IAFAS que solicita la realización de examen médico, asumirá el costo del mismo.

La **IAFAS** se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tal examen médico o declaración jurada de salud, de conformidad con la normativa vigente.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA.- PLAZO CONTRACTUAL

El presente contrato se celebra por el plazo de un (01) año, comenzando a regir a partir del primer día del mes siguiente a su suscripción y, a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo bajo los mismos términos y condiciones, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso escrito cursado a la otra con sesenta (60) días calendario de anticipación al vencimiento del plazo, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, la **IAFAS – EPS** debe remitir la propuesta en detalle de la modificación de los términos contractuales con el sustento correspondiente, anexando la comunicación en la que señala la modificación de los términos contractuales, a fin **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta.

Asimismo, la IAFAS EPS deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA.- DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente contrato, a donde se dirigen válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas al mismo, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción. Asimismo, se debe consignar el correo electrónico de la **IAFAS - EPS** y de **La ENTIDAD EMPLEADORA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA.- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

En el caso que concluya el plazo de vigencia del contrato o suceda lo previsto en el numeral 1 de la Cláusula Vigésimo Séptima y la **ENTIDAD EMPLEADORA** no cuente con los servicios de otra IAFAS Entidad Prestadora de Salud, la **IAFAS**

- **EPS** continua prestando los servicios de salud en las mismas condiciones pactadas por un período máximo de sesenta (60) días calendarios. Durante ese lapso, la **ENTIDAD EMPLEADORA** o los trabajadores afiliados al Plan de Aseguramiento en Salud, según el caso, continúa efectuando los aportes correspondientes.

Culminado ese plazo, las prestaciones de salud son financiadas por la **IAFAS ESSALUD** hasta la fecha de inicio de la vigencia del contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS Entidad Prestadora de Salud.

Para que opere esta cláusula es condición necesaria que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** haya convocado a elección del Plan de Salud y de la IAFAS Entidad Prestadora de Salud con anterioridad al vencimiento del plazo del contrato vigente.

En el caso que una de las partes haya manifestado su voluntad de no renovar el presente contrato y, en caso de que **LA ENTIDAD EMPLEADORA** no contrate a su vencimiento a otra **IAFAS - EPS** a cargo de la cobertura del PEAS, **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** deben continuar con el íntegro de su cobertura a cargo de la **IAFAS ESSALUD** hasta que se inicie la vigencia de un nuevo contrato con otra o la misma **IAFAS - EPS** para la prestación de las coberturas de salud que correspondan, en el marco del AUS.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **ENTIDAD EMPLEADORA** y la **IAFAS - EPS**, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por éste.

Si las partes optan por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resuelven la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

En caso que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo

sobre el centro competente, se entiende como centro competente al CECONAR.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA.- RESOLUCIÓN DE CONTRATO.

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. La solicitud expresa del cincuenta por ciento (50%) más uno de los trabajadores afiliados al Plan de salud. Si los trabajadores deciden convocar a elección de una nueva **IAFAS Entidad Prestadora de Salud**, la resolución del

contrato se hace efectiva en un plazo no menor a cuarenta y cinco (45) días contados a partir de la recepción de la solicitud de resolución por la **ENTIDAD EMPLEADORA**. Si los trabajadores deciden retornar a la IAFAS ESSALUD, la resolución entra en vigencia el primer día del mes siguiente al de su adopción.

2. El incumplimiento en el pago de tres (3) aportes consecutivos o no consecutivos, dentro del periodo de ejecución contractual en curso. Para tal efecto, la **IAFAS -EPS** envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de 15 días, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el contrato. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.

3. Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Cláusulas Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉTIMA.- MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

EL CONTRATO puede suscribirse de manera presencial o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS - EPS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Leon Gavonel'.

Roberto Carlos Leon Gavonel
RIMAC S.A.
ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD

CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD ENTRE IAFAS CON ASEGURADOS INDEPENDIENTES O POTESTATIVOS

CLÁUSULA PRIMERA.- OBJETO

En virtud del Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante **EL CONTRATO**, la **IAFAS - EPS** otorga a **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** la cobertura obligatoria correspondiente al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS vigente y sus modificatorias, constituyendo una cobertura obligatoria sujeta a las condiciones señaladas más adelante.

LOS AFILIADOS/ASEGURADOS por intermedio de **EL CONTRATANTE**, o independientemente cada uno de ellos, pueden contratar coberturas complementarias a la cobertura contratada que comprenda las atenciones de contingencias no incluidas en el PEAS, sea con **LA IAFAS** o con otra "IAFAS" autorizada para tal efecto por SUSALUD.

Las coberturas complementarias y beneficios adicionales son de naturaleza voluntaria y se rigen conforme a las reglas establecidas en el correspondiente Contrato de Afiliación para beneficios o planes complementarios que suscriban.

CLÁUSULA SEGUNDA.- CONTENIDO

EL CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes:

- 1.- **Cláusulas Generales:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una IAFAS. La IAFAS, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.
- 2.- **Cláusulas Particulares:** Son aquellas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.
- 3.- **Coberturas de Salud Complementarias:** Son aquellas coberturas que se han pactado adicionalmente, en forma voluntaria.
- 4.- **Plan, Programa o Producto de Salud:** Documento que incluye las condiciones de cobertura y la lista de prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS.
- 5.- **Declaración de Salud:** Documento mediante el cual **EL CONTRATANTE** informa los antecedentes médicos relevantes del titular, dependientes o personas no dependientes, propuestos para afiliación, al momento de suscribir la solicitud de inscripción.
- 6.- **Relación de LOS AFILIADOS/ASEGURADOS:** Documento que contiene la relación detallada de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** al presente contrato, el

cual puede incrementarse o reducirse, según se cumplan las condiciones establecidas en este documento y en las normas que lo regulan.

CLÁUSULA TERCERA.- DEFINICIONES

Para efectos de las Cláusulas Generales antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las Cláusulas Particulares, se entiende por:

- a. **Afiliación:** Adscripción de un asegurado a un plan de aseguramiento en salud y a una IAFAS.
- b. **Asegurado o afiliado:** Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura de algunos de los regímenes del AUS. Se le asume obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. El afiliado puede ser titular o derechohabiente y debe reunir los requisitos de afiliación correspondientes.
- c. **Afiliación individual:** Modalidad de afiliación mediante la cual el afiliado formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS a título personal, en virtud de un contrato suscrito con esta. En el caso de los dependientes o beneficiarios, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente.
- d. **Afiliación colectiva o corporativa:** Modalidad de afiliación mediante la cual cualquier organización, colectividad de individuos, empresa o entidad empleadora, formaliza su relación de aseguramiento con una IAFAS, en forma voluntaria, en calidad de contratante, en virtud de un contrato suscrito con una IAFAS. En el caso de los dependientes, la IAFAS respectiva debe registrarlos individualmente. La afiliación colectiva o corporativa puede ser obligatoria o voluntaria.
- e. **Afiliación electrónica:** La afiliación electrónica es una modalidad de afiliación pactada. En ella, la persona manifiesta su voluntad de afiliación mediante mecanismos no presenciales, estableciéndose la relación de aseguramiento entre el asegurado y la IAFAS respectiva. Esta modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

Afiliación obligatoria: Constituye afiliación obligatoria, aquella por la cual una persona natural adquiere la condición de afiliado, por el sólo hecho de cumplir una condición preestablecida, sin que se encuentre obligada a manifestar o ratificar su voluntad de acceder al plan de aseguramiento que le corresponde. Se encuentran dentro de esta categoría quienes acceden a un plan de salud por mandato legal o por el sólo hecho de su vinculación laboral o contractual con un empleador determinado, así como sus derechohabientes legales y dependientes, según el caso.

- f. **Beneficiario:** Persona residente en el país que están bajo la cobertura de un plan de Aseguramiento Universal en Salud. Aceptación que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.
- g. **Cláusulas abusivas:** De acuerdo a la definición establecida en el artículo 49 de la Ley N° 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor, en los contratos por adhesión y en las cláusulas generales de contratación no aprobadas administrativamente, se consideran cláusulas abusivas y, por tanto, inexigibles todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, coloquen al consumidor, en su perjuicio, en una situación de desventaja o desigualdad o anulen sus derechos.
- h. **Continuidad:** Reconocimiento del tiempo de permanencia en los contratos inmediatamente anteriores a la vigencia del nuevo contrato con la misma IAFAS u otra distinta, con el mismo plan, programa o producto de salud o equivalente, con el objeto de dar cobertura a dolencias o enfermedades cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiera iniciado durante la vigencia del contrato anterior y se encuentre cubierto en el nuevo contrato.
- i. **Contratante:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.
- j. **Derechohabiente:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.
- k. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.
- l. **Exclusiones:** Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o lesiones autoinflingidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

- m. **Nota Técnica:** Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.
- n. **Período de Carencia:** Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud, suele durar de treinta (30) a noventa (90) días calendario. En Seguridad Social es el período de tres (3) meses contados desde el inicio de labores de un afiliado/asegurado regular que no haya tenido vínculo laboral en los meses previos y que le impiden cumplir con las condiciones para tener derecho de cobertura. En el caso de un afiliado/asegurado potestativo, el período puede ser menor a tres (3) meses durante el cual el afiliado/asegurado y sus dependientes inscritos no pueden acceder a las prestaciones de salud contenidas en el contrato. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada afiliado/asegurado.

Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento. Además, no se aplica el período de carencia en ninguna clase de emergencia.

En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, es suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.

Por ningún motivo puede excluirse de la cobertura del Plan Complementario, aquellas enfermedades o dolencias diagnosticadas durante el Período de Carencia.

- o. **Preexistencia:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.
- p. **Programa, Plan o producto de aseguramiento en salud:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.
- q. **Prima o aporte puro de riesgo:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.
- r. **Prima o aporte comercial:** Es la prima o aporte que aplica la IAFAS al riesgo de salud para determinar su cobertura. Está formada por la prima

o aporte puro de riesgo más los gastos de administración, afiliación, liquidación, entre otros, y el beneficio comercial de la IAFAS.

- s. **Registro de Afiliados:** Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.
- t. **Relación de aseguramiento en Salud:** Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.
- u. **Urgencia:** Es toda situación que altera el estado de salud de la persona y que requiere de atención inmediata, no existiendo riesgo inminente de poner en peligro la vida.

CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURA Y CONDICIONES

La **IAFAS** otorga cobertura de salud contenida en el PEAS y sus modificatorias a **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación, comprendidas en el presente **CONTRATO**.

La cobertura detallada en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto, contempla los mismos beneficios para todos **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** registrados en el Plan. En tal sentido sus condiciones y el acceso a las prestaciones correspondientes son iguales para todos.

La cobertura y los costos del presente plan para los afiliados **POTESTATIVOS** son iguales a los de asegurados regulares.

Las prestaciones de salud que forman parte de la cobertura del PEAS no podrán ser excluidas de la cobertura. Asimismo, todas las prestaciones incluidas en el PEAS se otorgan sin límite de suma asegurada.

CLÁUSULA QUINTA.- PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

La cobertura de salud que la IAFAS otorga a favor de **EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** en virtud del presente **CONTRATO**, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan Esencial de Aseguramiento

en Salud que forma parte de las Condiciones Particulares del presente **CONTRATO**.

Las prestaciones de recuperación de la salud se otorgan hasta la solución total de las contingencias que afecten a **EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, e incluyen rehabilitación.

CLÁUSULA SEXTA.- PRESTACIONES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Como parte de la cobertura obligatoria, se otorgan las prestaciones de prevención primaria y promoción de la salud que tienen por objeto preservar en buen estado la salud del **AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas actividades se definen de la siguiente manera:

- a. **Prevención Primaria:** Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).
- b. **Promoción de la Salud:** Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

El Plan de Salud otorga obligatoriamente las prestaciones de salud preventivas y promocionales contenidas en el PEAS detallándose su periodicidad, diferenciándolas según edad y sexo.

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, es considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan de Salud.

- c. **Prestaciones de maternidad:** Consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante, control prenatal y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio. El período de puerperio será aplicado a la madre gestante y al cuidado del recién nacido por un período de hasta 30 días después del parto, siempre que EL CONTRATO se encuentre vigente.

Si el nacimiento se produce durante el último período de la cobertura de EL CONTRATO, las prestaciones de salud al neonato se brindan como máximo hasta la fecha de cobertura que otorga el último aporte efectuado, salvo que EL CONTRATO sea renovado.

- d. **Otros servicios.**

CLÁUSULA SÉPTIMA. - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

Se encuentran excluidas de la cobertura contratada:

- a. Las prestaciones económicas de cualquier índole, salvo las que fueran materia de pacto especial;
- b. Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, en el caso de IAFAS EPS;
- c. Todo procedimiento o terapia que no contribuye a la recuperación o rehabilitación del paciente de naturaleza cosmética, estética o suntuaria;
 - *Cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras).*
 - *Cirugía Plástica.*
 - *Odontología de Estética.*
 - *Lentes de contacto.*
 - *Curas de reposo y del sueño.*

La **IAFAS - EPS** puede racionalizar el suministro de prótesis, órtesis y otros (sillas de rueda, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés, etc.), así como los procedimientos, terapias o intervenciones más complejas de alto costo y con baja posibilidad de recuperación. Par a la determinación de tales limitaciones se aplican las normas que dicte **la IAFAS ESSALUD**.

Las exclusiones y limitaciones deben constar en el Plan de Aseguramiento en Salud”.

CLÁUSULA OCTAVA.- DE LOS AFILIADOS/ASEGURADOS DE LA COBERTURA CONTRATADA

La **IAFAS** otorga la cobertura PEAS a **EL AFILIADO/ASEGURADO o AFILIADOS/ ASEGURADOS**, siempre que mantengan la condición de afiliados al presente Plan de Aseguramiento en Salud.

CLÁUSULA NOVENA.- DERECHO DE LA COBERTURA OBLIGATORIA

La fecha de inicio de la cobertura obligatoria debe constar en el Plan de Aseguramiento en Salud correspondiente.

EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS gozan de cobertura, siempre que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

1. **EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** cumplan con realizar los aportes efectivamente cancelados, en función al contenido y naturaleza del plan, programa o producto elegido.

2. Los recién nacidos se encuentran cubiertos por el Plan de Aseguramiento en Salud contratado para la madre hasta el trigésimo (30) día de vida post natal; posterior a lo cual para gozar de cobertura deberá ser incorporado en el Plan de Salud contratado.
3. La incorporación de nuevos dependientes al presente contrato debe constar en una cláusula adicional quedando sujetos al período de carencia, salvo pacto en contrario que lo reduzca, o en caso corresponda otorgar cobertura de continuidad.
4. El período de carencia puede ser menor a tres (3) meses en el caso de contratos con **IAFAS EPS**.
5. No existe período de carencia en caso de:
 - Emergencias tipo I y tipo II.
 - Renovación del presente contrato.
 - Cambio de Plan o programa de salud, a fin de cumplir con la continuación de cobertura de preexistencias, de acuerdo a normativa vigente.
 - Se haya rehabilitado la cobertura. En este caso, el **AFILIADO/ASEGURADO** debe contar con, al menos, tres (3) aportes consecutivos.
 - Atenciones de maternidad, para lo cual la condición es que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción.
 - El incorporado al Plan de Salud dentro de los treinta (30) días de nacido.

CLÁUSULA DÉCIMA.- LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud promocionales, preventivas, de recuperación y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente **CONTRATO**, se otorgan en las IPRESS señaladas en las Cláusulas Particulares, en las cuales consta la dirección de los establecimientos de salud y su número de registro ante SUSALUD. **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** pueden recurrir para el otorgamiento de las prestaciones de recuperación de la salud cubiertas por el presente Contrato, a establecimientos de salud distintos de los indicados, con cargo a obtener el reembolso de los gastos incurridos de la **IAFAS**, siempre que cuente con este beneficio, de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en el Plan de Aseguramiento en Salud.

La IAFAS informa por escrito a EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS, dentro de un plazo no mayor a dos (02) días hábiles, la interrupción o cese del servicio que brinde en alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud, debiendo comunicar tal hecho a SUSALUD con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante

comunicación de fecha cierta dirigida a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**.

Cuando la resolución del contrato o interrupción de los servicios de salud haya sido decidida por la IPRESS de la red de prestadores de servicios de salud de la IAFAS, la IAFAS debe informar por escrito a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de ocurrido el hecho. Igualmente, la IAFAS asegura la continuidad de los servicios de salud en otras IPRESS de su red asistencial.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA.- APORTES

Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura contratada, **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** pagan a la **IAFAS**, de acuerdo con la periodicidad y condiciones pactadas, el aporte indicado en las Cláusulas Particulares, monto que incluye los tributos de ley y gastos correspondientes.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** adeuden a la **IAFAS**, origina la suspensión automática de la cobertura otorgada en **EL CONTRATO**, a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento de pago.

La **IAFAS** comunica a **EL AFILIADO/ASEGURADO**, mediante comunicación escrita o vía correo electrónico o cualquier medio electrónico, respecto del incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para que regularice el pago de los aportes correspondientes.

En tal caso, la **IAFAS**, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, tiene derecho a exigir a **EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas, incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas máximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

Si **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** que han incurrido en mora cumplen con ponerse al día en los aportes adeudados, recobran el derecho a gozar de los beneficios de **EL CONTRATO** a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responde la **IAFAS** por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que **EL**

AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS se encontraban en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia se prolongue al período en que se rehabilite la cobertura.

EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS no recobran el derecho si la **IAFAS** hubiere optado por la resolución del contrato por cualquiera de las causales previstas en la Cláusula Vigésimo Tercera del presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- COPAGOS

Las prestaciones materia del presente contrato están sujetas a copagos a cargo de **EL AFILIADO/ ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, los cuales se indican en el Plan de Aseguramiento en Salud adjunto.

No están sujetas a copago alguno las atenciones en servicios de emergencia, la prestación de salud de maternidad, en el caso que el financiador sea una **IAFAS EPS**, ni las prestaciones preventivas y de bienestar y promoción social.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

En las Cláusulas Particulares, se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los copagos y de los aportes a cargo de **EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, así como las condiciones, causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

La **IAFAS** únicamente puede reajustar el monto de los aportes y/o copagos pactados por las causales que en forma detallada y expresa constan en el presente **CONTRATO**, o adenda correspondiente al Plan de Aseguramiento en Salud elegido, siempre que se cumpla con las condiciones señaladas en la presente Cláusula y con las normas establecidas por SUSALUD.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y copagos, la **IAFAS** debe cumplir con presentar a **EL AFILIADO/ASEGURADO, o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** con una anticipación no menor a cuarenta y cinco (45) días calendario previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes y copagos, los reportes de siniestralidad debidamente sustentados y analizados, conteniendo la información mínima establecida normativamente por SUSALUD, acompañado de las recomendaciones para la contención del gasto, así como una comunicación escrita o vía correo electrónico u otro medio electrónico, manifestando la intención de reajustar tales montos, siempre que se encuentre dentro del periodo contractual. Los reajustes no observados por las partes, entran en vigencia a partir del primer día del mes siguiente.

Si el **AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** está de acuerdo con la modificación deben comunicar su decisión, por escrito o vía correo electrónico u otro medio electrónico, a la **IAFAS** dentro del plazo de treinta

(30) días calendario, contados desde que recibió la comunicación. La modificación aceptada debe constar en una ADENDA a **EL CONTRATO**.

Si el **AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** no están de acuerdo con la modificación propuesta por la **IAFAS** o no responde a la comunicación cursada en el plazo previsto en el párrafo anterior, **EL CONTRATO** se mantiene vigente en los términos originales, hasta su vencimiento, fecha en la cual **EL CONTRATO** culmina.

En el caso de aplicación del índice de inflación médica, el índice debe ser obtenido de la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática; además la **IAFAS** debe señalar las medidas orientadas a la racionalización del gasto de prestaciones de salud.

En el caso de la **IAFAS EPS**, la evaluación de la siniestralidad se realiza sumando el gasto de prestaciones de salud de los asegurados regulares (o dependientes) y sus derechohabientes, más el gasto de prestaciones de salud de los asegurados potestativos (o independientes) y sus derechohabientes, considerándolos como una sola cartera, siendo de aplicación para los planes PEAS y planes complementarios.

El reajuste de aportes y/o copagos, se aplica en períodos semestrales a partir del primer día del séptimo mes de vigencia del plan. Las partes pueden acordar plazos mayores o menores.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA.- SISTEMA DE REFERENCIAS

La **IAFAS** se obliga a atender a **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** que requieran sus servicios. Si el diagnóstico efectuado por la **IAFAS** determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud contenido en las Cláusulas Particulares, la **IAFAS** coordina la referencia del paciente a otra IPRESS. La responsabilidad de la **IAFAS** solo culmina cuando el paciente sea admitido por la citada IPRESS.

La **IAFAS** tiene la obligación de informar al asegurado sobre las razones que justifican su traslado dentro o fuera de la IPRESS y las condiciones en que se realiza su traslado a otra IPRESS, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 14 del “Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud”, aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

En los casos de emergencias médicas o accidentes u otras situaciones que no permitan el traslado del paciente o la previa coordinación con la **IAFAS** correspondiente, la atención médica se presta obligatoriamente por el centro médico u hospital requerido.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA.- INFORMACIÓN

EL AFILIADO/ASEGURADO proporciona a **LA IAFAS**, en la forma y en los plazos que se establece en las Cláusulas Particulares del presente Contrato, la información señalada en las mismas. **EL AFILIADO/ASEGURADO** debe informar a **LA IAFAS** sobre la inclusión o la exclusión de **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** al plan, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia.

La IAFAS debe poner a disposición de **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del Plan de Aseguramiento en Salud ofertado, y de las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares del contrato, a fin de que **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS** tomen conocimiento de los mismos y estén debidamente informados.

La IAFAS tiene la obligación de informar a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, a la suscripción de **EL CONTRATO**, a través de los medios que ésta disponga, de los derechos que como asegurado le asiste conforme al artículo 13 del “Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud”, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA.- EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

De requerirse a **EL AFILIADO/ASEGURADO** o **LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** una declaración jurada de salud o la realización de un examen médico, antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, **EL ASEGURADO** o **LOS ASEGURADOS** no pueden ser sujetos a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración.

La IAFAS que solicita la realización de examen médico, asumirá el costo del mismo.

La IAFAS se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tal examen médico o declaración jurada de salud, de conformidad con la normativa vigente.”

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA.- PLAZO CONTRACTUAL

Las partes acuerdan que la cobertura contenida en el presente contrato rige a partir del día siguiente de su suscripción. El presente contrato tiene una vigencia de un (1) año y a su vencimiento queda automáticamente renovado por igual plazo, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía

correo electrónico u otro medio cursado a la otra parte con sesenta (60) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que **EL AFILIADO/ASEGURADO O LOS AFILIADOS/ASEGURADOS** tomen conocimiento y puedan analizar la propuesta. Asimismo, deberá anexar las recomendaciones correspondientes para la contención del gasto.

Se adquiere la calidad de **EL AFILIADO/ASEGURADO o LOS AFILIADOS/ASEGURADOS**, desde la fecha en que se suscribió el contrato y se incorporaron al plan de salud y mantienen todos sus derechos en tanto el contrato esté vigente por renovación inmediata.

La **IAFAS** no puede negar la renovación del contrato ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por **EL ASEGURADO o LOS ASEGURADOS**, durante el período de vigencia del contrato.

CLAUSULA DÉCIMO NOVENA.- DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en la introducción del presente contrato y el correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica a donde se dirigen válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este contrato, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio por escrito y con cargo de recepción.

CLÁUSULA VIGÉSIMA- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre la **IAFAS – EPS** u otras **IAFAS y LOS AFILIADOS/ ASEGURADOS**, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, son resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por éste.

Si las partes optan por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resuelven la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

En caso que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entiende como centro competente al CECONAR.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA.- RESPONSABILIDAD DE LA IAFAS

De conformidad con el artículo 62 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790, aprobado por el Decreto Supremo

N° 009-97-SA, la IAFAS EPS es responsable frente a **LOS ASEGURADOS** por los servicios que preste con infraestructura propia o de terceros, ya sea por las prestaciones correspondientes al PEAS (cobertura obligatoria) o a la cobertura complementaria (planes complementarios), sin perjuicio de la responsabilidad que pudiera recaer en otras personas naturales o jurídicas.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA.- PERÍODO DE ESPERA

La **IAFAS no EPS** puede aplicar un período de espera variable, dependiendo de la complejidad del diagnóstico, el cual se establece como acuerdo de partes y consta en el Plan de Salud. Se computa desde la vigencia de **EL CONTRATO**.

En ningún caso el Periodo de Espera puede ser mayor al año contractual.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA.- RESOLUCIÓN DE CONTRATO.

Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

1. El mutuo acuerdo de las partes.
2. El fallecimiento del **AFILIADO/ASEGURADO**.
3. El incumplimiento en el pago de tres (3) aportes consecutivos, salvo pacto en contrario incluido en las Cláusulas Particulares, dentro del periodo de ejecución contractual en curso. Para tal efecto, la **IAFAS** envía una carta de requerimiento de pago, indicando el importe adeudado, el cual debe ser pagado en un plazo máximo de 15 días, contado desde la notificación de dicho documento, bajo apercibimiento de resolver el contrato. Si el pago no se cumple en el plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto. En las cláusulas adicionales se pueden establecer como causales de resolución otros plazos de vencimiento de pago de aportes insolutos.

Sin perjuicio de lo mencionado en el numeral anterior, por el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier otra de las obligaciones de una de las partes contenidas en las Cláusulas Generales o Particulares. Para tal efecto, la parte que se perjudica con el incumplimiento requiere notarialmente a la otra para que satisfaga su obligación en el plazo de treinta (30) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la obligación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato queda automáticamente resuelto.

Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus prestaciones de salud hasta el momento en que se haga efectiva la resolución del contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA.- MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

EL CONTRATO puede suscribirse de manera presencial o a través del proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de la **IAFAS** de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del contrato, mediante la firma electrónica u otro medio que asegure seguridad.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "R. Gavonel", written over a horizontal line.

Roberto Carlos Leon Gavonel
RIMAC S.A.
ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD