

Nro. Póliza xxxx-xxxxx Código SBS: XXX	Plan (Código y Descripción) Trámite N°: Operación N°:
---	--

Condiciones Particulares	
Aseguradora: Rímac Seguros y Reaseguros	
RUC: 20100041953	Página web: www.rimac.com.pe
Dirección: Las Begonias 475 Piso 3, San Isidro, Lima	Telefono: (01) 411 1111

Contratante:	
RUC / DNI	Telefono
Dirección	
Distrito	Correo Electrónico
Representante Legal	DNI

Comercializador / Corredor	
Nombre	RUC / DNI
Dirección	Teléfono
Código Corredor	Correo electrónico

Vigencia del XX/XX/XXXX al XX/XX/XXXX de 12m a 12m Horas	Renovación: XXXXX
---	--------------------------

Moneda:

Materia del Seguro:

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 o accidente que requiera asistencia médica, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento en los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Adicionales y Endosos, que en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. El Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo. Las coberturas que se aplicarán, las cuales estarán detalladas en el Plan de Beneficios, serán aquellas que el ASEGURADO contrate para cada caso en particular.

Los ASEGURADOS DEPENDIENTES hijos del ASEGURADO TITULAR serán retirados de la presente Póliza, una vez que lleguen a la edad límite de permanencia descrita en las Condiciones Generales de la presente Póliza.

Relación de ASEGURADOS:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Nac.	Edad	F. Ingreso	C
Asegurado 1					
Asegurado 2					

C = Continuidad de Carencia y Período de Espera de diez (10) meses para diagnósticos especificados en el Condicionado General.

Para período de espera de maternidad, enfermedades congénitas y transplantes, aplican condiciones del Condicionado General

S = Si , N = No

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)		
Plan	Conformación	Cantidad

RELACION DE ASEGURADOS CON CONDICIONES ESPECIALES: Las siguientes preexistencias, riesgos asociados a las Preexistencias y riesgos asociados a las Condiciones Médicas y Antecedentes familiares no gozarán de cobertura bajo la presente Póliza.	
Apellidos y Nombres	Parentesco
XXX	XXX

Preexistencia	Observación	Exclusión (Riesgos asociados a la preexistencia)	Observación
XXX	XXX	XXX	XXX

Condición Médica y Antecedente Familiar	Observación	Riesgos asociados a las Condiciones Médicas y	Observación
XXX	XXX	XXX	XXX

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)				
Plan	Conformación	Cantidad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV

Consolidado de Primas:	
Facturación: Prima Comercial XXXXXXX I.G.V. XXXXXXX Prima Comercial + IGV XXXXXXX	
Prima Comercial + IGV no incluye intereses de financiamiento	
La prima comercial total incluye cargos: De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros o Por la contratación de promotores de seguros o Por la contratación de comercializadores	
Montos S/ xxxx	
Las bonificaciones, premios u otros beneficios que se otorguen a los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, por la intermediación de la presente póliza de seguros, serán determinadas en base a las condiciones comerciales, que son las siguientes: XXX	

TCEA: Tasa de Costo Efectivo aplicable a la prima fraccionada: XXXX %			
CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:			
Nº de cuota	Cuota de Prima Comercial (incluye TCEA e IGV)	Fecha de Vencim.	Documento
1			
2			

|Puedes efectuar el pago:

|

- En ventanilla o a través de la web de los siguientes canales: Banco BBVA Perú, Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank y Cadenas Wong y Metro (A93www.bbva.pe/; www.viabcp.com; www.scotiabank.com.pe; www.interbank.com.pe);
- En las oficinas del Comercializador, cuyos locales se detallan a continuación:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- Afiliando tu cuenta bancaria o tu tarjeta de crédito al sistema de débito automático
- Pagando directamente en nuestras Plataformas de Atención al Cliente, cuya relación se encuentra detallada en el Resumen de la Póliza.

El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta.

En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no hacer uso de los servicios de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.

Las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el Artículo 10 de las Condiciones Generales de la Póliza. Asimismo, se ha realizado en el Plan de Beneficios una estimación de la evolución de la prima pero teniendo como único criterio la edad del ASEGURADO. Sin perjuicio de ello, la ASEGURADORA podrá tomar adicionalmente criterios técnico – financieros y supuestos actuariales para el ajuste de las primas, los mismos que no pueden ser definidos en la Póliza toda vez que son variables en el tiempo.

TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/. XXXXX. En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

INFORMACIÓN ADICIONAL

• Cuando el marco regulatorio permita la oferta de esta póliza a través de comercializadores y se hubiera utilizado dicho canal:

(i) La ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

(ii) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

(iii) Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.

(iv) Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del Seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.

• Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro.

• El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE/ASEGURADO, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

• Instrucciones de Uso del correo electrónico: i) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifica / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar

dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al (01) 411-1111; y,

i) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

• Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS:

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (“La Aseguradora”), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS:

- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.
- El CONTRATANTE/ASEGURADO suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lima, XX de XXXXXXXX de 20XX

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS	CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)
-----------------------------------	--------------------	--

Plan de Beneficios

XXX

PLAN XXXXX- FULL SALUD

Beneficio Máximo	
Beneficio máximo anual por persona	S/. XXXXX
Beneficio máximo anual para asegurados que ingresan a la póliza a partir de los XX años de edad	S/. XXXXX
Enfermedades o accidentes a consecuencia de catastrófes naturales	S/. XXXXX
(*)Atención Hospitalaria	
Crédito	
Atención hospitalaria en Red 1 Clínicas en Provincia	s/Deduc. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 1 en Lima	s/Deduc. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 2 en Lima	s/Deduc. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 3 Clínicas en Provincia	s/Deduc. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 3 en Lima	s/Deduc. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 4 en Lima	Ded. Hospitalario XX día hab. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XXX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 5 en Lima	Ded. Hospitalario XX día hab. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XXX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 6 en Lima	Ded. Hospitalario XX día hab. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XXX Exceso cubierto al XX%
Atención hospitalaria en Red 7 en Lima	Ded. Hospitalario XX día hab. Cubierto al XX% Para los primeros S/.XXX Exceso cubierto al XX%
Reembolso	
Atención hospitalaria (Tarifa "A" + XX%)	Ded.. S/. XX Cubierto al XX%

Alimentación Gratuita para Acompañante	
Solo al crédito : Servicio de alimentación gratuita para un acompañante. El servicio ofrece de manera gratuita X desayuno, X almuerzo y X cena al día servida por la clínica durante el tiempo que dure el internamiento. Para internamientos por tratamiento oncológico, el servicio será brindado sin importar la edad del paciente.	
En caso se trate de una hospitalización no oncológica el servicio se brindará para pacientes menores de XX años y mayores de XX años.	
* El Beneficio no aplica para Maternidad y solo se brindará en Lima en las siguientes clínicas: XXXXXXXX	
Atención Ambulatoria	
Crédito	
Atención ambulatoria en Red 1 Clínicas en Provincia	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 1 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 2 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 3 Clínicas en Provincia	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 3 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 4 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 5 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 6 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red 7 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Atención ambulatoria en Red Oftalmológica en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Reembolso	
Atención ambulatoria (Tarifa "A" + XX% y consulta hasta S/.XXX)	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Medicinas en Farmacias en Lima Solo en: XXXXXX	Cubierto al XX%

Médico a Domicilio	
Médico a domicilio en Provincias Medicina General y Pediatría Llamar a la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 0800 41111 Provincias En XXXXXXXXXX Radio de Acción en XXXX: Por el Norte :XXX Por el Sur : XXX Por Este : XXX Por el Oeste : XXX Radio de Accion en XXXX: XXX XXX Radio de Accion en XXXX: - Por el Norte: XXX - Por el Sur:XXX - Por el Este: XXX	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Radio de Accion en XXXX: - Por el Norte: XXX - Por el Sur: XXX - Por el Sur Este:XXX - Por el Sur Oeste: XXX - Por el Este: XXX - Por el Nor Este: XXX - Por el Oeste: XXX Radio de Accion en XXXX: - Por el Norte: XXX - Por el Sur: XXX - Por el Este: XXX - Por el Oeste: XXX Las citas con su Médico Tratante del Staff Médico de la Central de Emergencias y Asistencias también podrán ser programadas con anticipación, a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado. Atención de enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad	

Médico a domicilio en Servicio Médico Domicilio en Lima Comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 Lima o 0800 41111 Provincias. Medicina General y Pediatría Radio de Acción: Por el Sur: XXX Por el Este: XXX Por el Oeste: XXX Por el Norte: XXX Las citas con su Médico Tratante del Staff médico de la Central de Emergencias y Asistencias también podrán ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado. Sólo para enfermedades agudas de baja complejidad	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX%
Emergencias Ocurridas por Accidente (por crédito y/o reembolso)	
Crédito y Reembolso	
Emergencia accidental: Ocurridas por accidente y asistidas dentro de las primeras XX horas de la ocurrencia. - Gastos Amulatorios (sin hospitalización) al XX% - Gastos Hospitalarios según condiciones de cobertura hospitalaria	
Continuación de Emergencias Ocurridas por Accidente (sólo crédito) en Perú	
Crédito	
Cobertura de Continuidad de Emergencia Accidental ambulatoria hasta XX días : Se extiende la presente cobertura hasta un periodo máximo de XX días para aquellas emergencias que fueron atendidas dentro del tópico de emergencia del mismo establecimiento donde se dio la cobertura inicial. La cobertura mencionada, dentro de este periodo, será cubierta al XX% para las siguientes intervenciones: Controles ambulatorios, Exámenes de laboratorio de control, Exámenes radiológicos de control, Sesiones de terapia física, Retiro de puntos, Retiro de yeso.	
Emergencias No Ocurridas por Accidente (por crédito y/o reembolso)	
Crédito y Reembolso	
De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria	

Atención Médica a Domicilio para situaciones de Emergencias-Servicio de Ambulancia	
SERVICIO DE AMBULANCIA POR EMERGENCIAS - PROVINCIAS Comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 Lima o 0800 41111 Radio de Acción: XXXXXX por el Norte :XXX por el Este : XXX por el Oeste :XXX XXXXXX por el Norte : XXX por el Sur : XXX por el Este : XXX por el Oeste : XXX XXXXXX por el Norte : XXX por el Sur : XXX por el Este : XXX Servicio de ambulancia para emergencias en Provincia	Cubierto al XX%
SERVICIO DE AMBULANCIA POR EMERGENCIAS - SOLO LIMA Comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 Los límites de traslado son los siguientes: Por el Sur: XXX Por el Este: XXX Por el Oeste: XXX Por el Norte: XXX	Cubierto al XX%

Traslado en Situaciones de Emergencia	
1.- Gastos de Traslado Aéreo por Emergencia Por reembolso al X% hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de XXXXXX asientos. 2.- Gastos de Traslado Terrestre por Emergencia en Lima, cubierto al XX% Llamando a la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 Lima o 0800 41111 Provincias - Ambulancias por Emergencias - Sólo Lima Radio de Acción: Por el Sur: XX Por el Este: XX Por el Oeste: XX Por el Norte: Comas XX	
3.- Gastos de Traslado Terrestre por Emergencia en Provincias, cubierto al XX% Llamando a la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 Lima o 0800 41111 Provincias Ambulancias por Emergencias en Provincias Radio de Acción: XXXXX por el Norte : XX por el Este :XX por el Oeste : XX XXXXX por el Norte : XX por el Sur : XX por el Este : XX por el Oeste : XX XXXXX por el Norte : XX por el Sur : XX por el Este : XX	

Orientación Médica Telefónica	
ORIENTACION MEDICA TELEFONICA Para comunicarse, solo tiene que llamar a nuestra Central de Consultas 411-3000 Lima y 0800 41100 Provincias y nuestro personal atenderá sus consultas médicas las 24 horas del día	
Programa Cuidate	
Control y seguimiento para pacientes con Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes y Asma, los mismos que estarán sujetos a evaluación médica previa, así como las características y restricciones del programa	Al XX%
Chequeo Médico Preventivo en Lima	
° En XXXX (sede XXXX) con deducible de S/.XXXX ° En XXXX (sede XXXX), al XX% ° En XXXX (sede XXXX), al XX% ° En XXXX (Sede XXXX), al XX% ° En XXXX (Sede XXXX), al XX% (1 vez al año por asegurado) 1- NIÑOS DE 1 A 17 AÑOS XXXX	Cubierto al XX%
2- VARONES Y DAMAS DE 18 A 39 AÑOS XXXX	
3- VARONES Y DAMAS DE 40 A 49 AÑOS XXXX	
4- VARONES Y DAMAS DE 50 A MÁS AÑOS XXXX	
Chequeo Médico Preventivo en Provincias	
Chequeo médico en Red Chequeos Medicos en Provincia. (Una vez al año por asegurado) Sujeto a disponibilidad de servicio de proveedores. Para mayor información llama a nuestra Central de Consultas al XXX 1- NIÑOS DE 1 A 17 AÑOS XXX	Cubierto al XX%
2- VARONES Y DAMAS DE 18 A 39 AÑOS XXX	

3- VARONES Y DAMAS DE 40 A 49 AÑOS XXXX	
4- VARONES Y DAMAS DE 50 A MÁS AÑOS XXXX	
Vacunas	
Crédito	
VACUNAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN DEL MINSA En XXX en Lima En XXXX Vacunas: XXX (*) El esquema vacunal es referencial en las edades de vacunarse.	Cubierto al XX%
VACUNAS EN RED DE CENTROS DE INMUNIZACIÓN Vacuna Neumococo: Al crédito en XXX para personas de 60 años a más Vacuna Influenza: Al crédito en XXX para personas de 60 años a más. Vacuna Papiloma Humano: Al crédito en XXX para mujeres de 10 años a 17 años de edad.	Cubierto al XX%
Reembolso	
VACUNAS EN LIMA Vacuna Papiloma Humano: Sólo por reembolso al término de la 3ra dosis hasta S/.XX para mujeres de X años a X años de edad.	Cubierto al XX%
VACUNAS EN PROVINCIA Vacuna Neumococo: por reembolso maximo hasta S/.XX para personas de 60 años a más. Vacuna Influenza: por reembolso maximo hasta S/.XX para personas de 60 años a más. Vacuna Papiloma Humano: Sólo por reembolso al término de la 3ra dosis hasta S/.XX para mujeres de 10 años a 17 años de edad.	Cubierto al XX%
(**)Maternidad	
Las sumas aseguradas contempladas en el beneficio de maternidad son aplicables en cada embarazo, no se renuevan anualmente.	
Crédito	

Parto normal, parto multiple, cesárea Beneficio Máximo en el Perú hasta S/.XX	Cubierto al XX%
Complicaciones organicas y quirúrgicas del embarazo, Aborto y/o amenaza de aborto. Beneficio Máximo en el Perú hasta S/.XX. Si utiliza además la cobertura vía reembolso, el límite del beneficio será en total, tal como se indica en dicho beneficio (todo el gasto)	Cubierto al XX%
Reembolso	
Parto normal, parto multiple, cesárea Beneficio Máximo en el Perú hasta S/.XX	Cubierto al XX%
Complicaciones organicas y quirúrgicas del embarazo, Aborto y/o amenaza de aborto. Beneficio Máximo en el Perú hasta S/.XX	Cubierto al XX%
Honorarios Médicos (incluidos dentro del Beneficio Máximo S/.XX): - para Parto Normal hasta, S/.XX - para Cesárea hasta, S/.XX	Cubierto al XX%
Screening genético pre natal	Cubierto al XX% Hasta S/.XX
Crédito	
Psicoprofilaxis En XXXXXXXX cubre X sesiones	Cubierto al XX%
Consulta Pre y Post Natales	
Crédito	
Consultas pre/post natales en Red 1 Clínicas en Provincia - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas)	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 1 en Lima - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 2 en Lima - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 3 Clínicas en Provincia - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas)	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 3 en Lima - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas)	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 4 en Lima - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas)	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 5 en Lima - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas)	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 6 en Lima - Incluye Ecografías, Laboratorio y Vitaminas)	Cubierto al XX%
Consultas pre/post natales en Red 7 en Lima - Incluye Ecografía, Laboratorio y Vitaminas	Cubierto al XX%
Reembolso	
Consultas pre/post natales Por reembolso, hasta S/.XX (Beneficio máximo por periodo de gestación).	Cubierto al XX%

Maternidad-(Enfermedades del Recién Nacido)	
Para Partos Múltiples de XX niños(as) o mas el límite para Enfermedades del Recién Nacido dentro de la vigencia de la póliza durante los primeros seis meses de vida, sera cubierto hasta S/.XX	
Maternidad - Otros Beneficios	
Beneficio Adicional para Maternidad: 1. Cubre SUITE en cualquier clínica (solo parto normal, parto múltiple o cesárea)	
Control del Niño Sano	
Crédito	
Control del niño sano, una vez al mes durante el primer año de vida en clínicas afiliadas (Beneficio exclusivo para niños nacidos al amparo de la póliza e inscritos dentro los XX días después de haber nacido)	s/Deduc. Cubierto al XX%
Beneficio de Vacunas	
Vacunas para recién nacidos bajo el amparo de la póliza, sólo por reembolso durante el primer año de vida. Hasta S/.XX (Rotavirus v/o Hexavalente)	Cubierto al XX%
Criopreservación de células madre del cordón umbilical	
Al Crédito en CRIOCORD (incluye extracción y almacenamiento el primer año) Cobertura en Lima y Provincias (sólo en XXXXXX): - En Lima: con una anticipación de al menos X días útiles antes de la fecha probable de parto, el asegurado deberá visitar el local de ICTC- CRIOCORD en el horario de atención de lunes a viernes de 8:00 am a 7:00 pm y los sábados de 8:00 am a 1:00pm. - En provincias: con una anticipación de al menos XX días útiles antes de la fecha probable de parto, el asegurado se deberá comunicar con el ICTC - CRIOCORD en el horario de atención de lunes a viernes de 8:00 am a 7:00 pm y los sábados de 8:00 am a 1:00 pm. o enviar un correo electrónico a pcarrasco@ictc-peru.com, ihonda@ictc-peru.com La cobertura incluye extracción y almacenamiento el primer año. El envío del Kit colocado será responsabilidad del beneficiario. Teléfonos de contacto (511) 446-7787 / 243-2098 / 446-6154	Cubierto al XX% por evento
Enfermedades Congénitas del recién nacido (Beneficio Máximo Anual S/.XX - crédito y/o	

De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria - Beneficio Máximo por año y por persona, hasta S/.XX - Solo para nacidos bajo la cobertura de la póliza.	
Enfermedades Congénitas No conocidas (Beneficio Máximo de por vida S/.XX - crédito y/o reembolso)	
Enfermedades Congénitas No Conocidas 1- Beneficio Máximo de por vida y por persona, hasta S/.XX de acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria. 2- Periodo de espera : - Póliza Nueva : XX meses. - Renovación : XX meses contados a partir del inicio de cobertura de esta póliza.	
Oncología (Beneficio Máximo Anual S/.XXXX - crédito y/o reembolso)	
Atenciones Ambulatorias y Hospitalarias en Red 1, Red 2, Red 3, Red 4, Red 5, Red 6, Red 7 al XX% Red Oncológica 1 y 2, al XX% Reembolso Atenciones Ambulatorias y Hospitalarias, al XX% INEN solo por reembolso al XX% (aplica tarifario Rimac). Para terapia en fase de investigación en cáncer se dará cobertura para los estudios clínicos (Clinical Trials) de fases II y III, en este caso la COMPAÑÍA otorgará una cobertura con un deducible igual al beneficio detallado en el Plan de Beneficios, con un copago a cargo del ASEGURADO del XX% (cuarenta por ciento).	
Reconstrucción Mamaria (según condiciones Amb/Hosp de Oncología)	
A consecuencia de una mastectomía radical por cáncer	Cubierto al XX%
Prótesis de mama cada una a consecuencia de Mastectomía Radical por cáncer, al crédito y/o reembolso; hasta S/XX	Cubierto al XX%
Trasplante de Organos (Beneficio Máximo Anual S/.XXX-crédito y/o reembolso)	
De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria - Incluye costo de extracción de órgano al donante hasta S/. XX, incluido como parte del beneficio máximo. - Beneficio máximo por año de S/.XX	
Prótesis Quirúrgicas-Internas Quirúrgicamente necesarias (Beneficio Máximo Anual S/.XX)	
Prótesis Internas quirúrgicamente necesarias (se excluyen prótesis dentales)	Cubierto al XX% de por vida
SIDA (Beneficio Máximo de por Vida S/. XXX-crédito y/o reembolso)	

Vih "sida" De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria - Diagnosticado después de XX años de vigencia de la póliza	
Enfermedades Epidémicas (Beneficio Máximo Anual S/.XX-crédito y/o reembolso)	
De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria	
Consulta Segunda Opinión por Cirugía	
Segunda opinión cirugía Reembolso-solo consulta En el Extranjero Crédito - envío de expediente al extranjero para evaluación de médicos especialistas cubierto al 100%	Cubierto al XX% Hasta S/.XXX por consulta
Deportes Notoriamente Peligrosos no practicados profesionalmente	
Accidentes a consecuencia de deportes notoriamente peligrosos realizados de manera no profesional	Beneficio máximo anual hasta S/.XXXX
Atenciones Oftalmológicas	
Oftalmología en Red Oftalmológica en Lima - Medición de vista, fondo de ojo y presión ocular una vez por vigencia de la póliza, en red oftalmológica afiliada, al XX%. - Atenciones oftalmológicas en clínicas afiliadas, según condiciones de red elegida	
Atenciones Odontológicas	
Odontología en Red Odontológica en Lima y Provincias - Solo al crédito en centros odontológicos afiliados. Beneficio Odontológico a) Examen oral inicial. b) Radiografías. c) Profilaxis general. d) Flúor y sellantes (hasta los 12 años). e) Restauraciones: • Resina (piezas anteriores y posteriores) • Resina con luz alógena. • Terapia Radicular (endodoncia). • Pulpectomía. • Apiceptomía. f) Extracciones. Para gozar del Beneficio Odontológico, se requiere haber estado asegurado en la Póliza, un mínimo de XX	Ded. x Pieza Tratada S/. XXCubierto al XX%
Gastos de Sepelio	
Crédito	
Sepelio en Red Agencias Funerarias en Lima Paquete XXXXXX solo al crédito	Cubierto al XX%
Liberación del Pago de Primas	

1.- Liberación de pago de primas por muerte natural y accidental del titular de la póliza - Los dependientes inscritos del titular de la póliza se mantendrán asegurados por el periodo de un año sin costo, desde la fecha del fallecimiento del titular . 2.- Liberación de pago de primas por Desamparo Súbito Familiar - Los dependientes inscritos en la póliza del titular se mantendrán asegurados sin costo desde la fecha del fallecimiento por muerte accidental del titular y cónyuge asegurados (en un solo evento), por el periodo de XX años.	
Beneficios Adicionales	
Asistencia en Viaje por Emergencia en el Extranjero	
Beneficio Máximo (BM) por Asistencia en Viajes: - Hasta US\$XX(resto del mundo). - Hasta US\$XX(Territorio Schengen). Para tener derecho a todas las coberturas, el asegurado o su representante deberán reportarlos previamente a la Central de Asistencia en Viaje al 512-5010. La cobertura de Asistencia en Viaje se brindará por un máximo XX días durante la vigencia anual de la póliza.	Cubierto al XX%
Coberturas: -Asistencia médica ambulatoria y/o hospitalaria en caso de emergencia por enfermedad y/o accidente (Incluido en el Beneficio Máximo) -Los diagnósticos anteriores al viaje y que sean cubiertos por la póliza por urgencia o emergencia (Incluido en el Beneficio Máximo). -Gastos de medicamento ambulatorios hasta por \$XX (Incluido en el Beneficio Máximo) -Gastos de Odontología de urgencia hasta por \$XX(Incluido en el Beneficio Máximo)	
-Gastos de hotel por convalecencia hasta US\$ XX (US\$XX por día) (Incluido en el Beneficio Máximo). -Traslado y Repatriación Sanitaria (Incluido en el	

-Anticipo de fondos para fianzas hasta por \$XX (Incluido en el Beneficio Máximo). -Transmisión de mensajes urgentes (Conexiones telefónicas). -Regreso en fecha diferente, Garantía de viaje de regreso: diferencia en tarifa (Incluido en el Beneficio Máximo). -Traslado o repatriación de familiares. De primer grado y cónyuge (Incluido en el Beneficio Máximo). -Traslado (boleto aéreo) y estadía de un familiar en caso de Hospitalización hasta US\$ XX (US\$XX por día) (Incluido en el Beneficio Máximo). -Terapia de recuperación física hasta X sesiones (Incluido en el Beneficio Máximo). -Asistencia en caso de robo o extravío de documentos, boletos aéreos y/o tarjetas de crédito (Asesoría	
-Búsqueda y Transporte de Equipajes Extraviados (Asesoría Telefónica). -Acompañamiento retorno de menores (Incluido en el Beneficio Máximo). - Regreso anticipado por siniestro en domicilio hasta US\$ XXXX (Incluido en el Beneficio Máximo). - Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar hasta US\$ XXXX (Incluido en el Beneficio Máximo). - Indemnización complementaria por pérdida de equipaje hasta US\$ XXXX (Incluido en el Beneficio Máximo).	
Cobertura Especial aplicable únicamente para viajes a los países de territorio SCHENGEN: - Los diagnósticos pre-existentes al viaje y que sean cubiertos por la póliza tienen un límite de cobertura de US\$XXXX . - Asistencia medica por enfermedad o accidente hasta US\$XXXXX (dólares americanos) al 100% - Gastos por repatriación incluido en el Monto Máximo Garantizado al XX% - Esta cobertura no tiene deducible - Ilimitados VIAJES en el año, con una estadía máxima en el exterior de hasta XX días consecutivos.	
Descuentos en enfermedades preexistentes *	
Programa de Descuentos y Beneficios Rimac *	
1. Quiropraxia en XXX	
Tarifas Preferenciales en evaluación del bebé, niño y adulto.	
2. Descuentos en la adquisición de lentes y cristales en XXX	
3. Cirugía de Excimer Laser en XXX	
4. Talleres Post Parto en Prenatal	
5. Yoga en Prenatal	

* Tarifas y/o descuentos especiales que podrás consultar en nuestra página web: www.rimac.com.pe

OBSERVACION

(*) Se deja constancia que :

1. Para la Cobertura Hospitalaria en el Perú, se considera como un evento hospitalario hasta un máximo de 30 días; a partir del día 31 se deberá consumir otros S/.XX aplicando nuevamente el coaseguro de la red elegida

(**) Periodo de Espera:

- Maternidad para el cónyuge del titular o titular con cónyuge es de 18 meses
- Maternidad para la titular mujer sin cónyuge es de 18 meses
- Maternidad para hijas es de 18 meses

(sin cobro de extra prima, aplica para pólizas nuevas)

PLAN XXXXX- FULL SALUD

Primas (no incluye gastos e impuestos)

XXX

CONFORMACION	SEXO	EDAD MIN.	EDAD MAX.	APORTE S/.
Titular	Ambos	0	30	XXXX.XX
Titular	Ambos	31	35	XXXX.XX
Titular	Ambos	36	40	XXXX.XX
Titular	Ambos	41	45	XXXX.XX
Titular	Ambos	46	50	XXXX.XX
Titular	Ambos	51	55	XXXX.XX
Titular	Ambos	56	56	XXXX.XX
Titular	Ambos	57	57	XXXX.XX
Titular	Ambos	58	58	XXXX.XX
Titular	Ambos	59	59	XXXX.XX
Titular	Ambos	60	60	XXXX.XX
Titular	Ambos	61	61	XXXX.XX
Titular	Ambos	62	62	XXXX.XX
Titular	Ambos	63	63	XXXX.XX
Titular	Ambos	64	64	XXXX.XX
Titular	Ambos	65	65	XXXX.XX
Titular	Ambos	66	66	XXXX.XX
Titular	Ambos	67	67	XXXX.XX
Titular	Ambos	68	68	XXXX.XX
Titular	Ambos	69	69	XXXX.XX
Titular	Ambos	70	70	XXXX.XX
Titular	Ambos	71	200	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	0	30	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	31	35	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	36	40	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	41	45	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	46	50	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	51	55	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	56	56	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	57	57	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	58	58	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	59	59	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	60	60	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	61	61	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	62	62	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	63	63	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	64	64	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	65	65	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	66	66	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	67	67	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	68	68	XXXX.XX

CONFORMACION	SEXO	EDAD MIN.	EDAD MAX.	APORTE S/.
Cónyuge	Ambos	69	69	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	70	70	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	71	200	XXXX.XX
Hijo	Ambos	0	5	XXXX.XX
Hijo	Ambos	6	15	XXXX.XX
Hijo	Ambos	16	26	XXXX.XX

Nota: Las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el Artículo 10 de las Condiciones Generales de la Póliza. Asimismo, se ha realizado una estimación de la evolución de la prima pero teniendo como único criterio la edad del ASEGURADO. Sin perjuicio de ello, la ASEGURADORA podrá tomar adicionalmente criterios técnico – financieros y supuestos actuariales para el ajuste de las primas, los mismos que no pueden ser definidos en la Póliza toda vez que son variables en el tiempo.

PLAN XXXXX- FULL SALUD

Clinicas Afiliadas

XXX

CENTRO MEDICO	DIRECCION	TELEFONO	PROVINICIA/ DISTRITO
Provincia			
Red 1			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 3			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Otras redes			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Lima			
Red 1			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 2			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 3			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 4			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 5			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 6			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 6			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 7			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Otras redes			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX