

Seguro de Asistencia Médica Salud Preferencial - Dólares y Soles

Condiciones Generales

PRODUCTO: SALUD PREFERENCIAL

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506400049

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

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

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

23. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
24. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
25. PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.
26. EXONERACIONES DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.

27. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
28. COBERTURAS.
29. BENEFICIOS ADICIONALES.
30. EXCLUSIONES.
31. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS.
32. AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO.

INTRODUCCION

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

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

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

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

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

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

ACCIDENTE: Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES PROFESIONALES: Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR.

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

ANTECEDENTES FAMILIARES: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia (padres, abuelos y hermanos) junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia y son evaluados al momento de la suscripción cuando se evalúa la Solicitud de Seguro y Declaración Personal de Salud. También se llama antecedentes médicos familiares.

ASEGURADO: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

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

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

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

BENEFICIO CLÍNICO RELEVANTE: Es el beneficio adicional que puede tener un nuevo tratamiento en comparación con una terapia estándar, de efectividad ya probada. Los estudios clínicos realizados para probar un nuevo tratamiento tienen que demostrar que éstos tienen mayor efectividad/seguridad que el tratamiento estándar.

BENEFICIO MAXIMO ANUAL: Importe límite que la ASEGURADORA asumirá por la totalidad de atenciones del ASEGURADO. Todos los gastos pagados disminuyen el beneficio máximo anual por persona. El monto del beneficio máximo anual se detalla en el Plan de Beneficios, este importe incluye el Impuesto General a la venta. Al renovarse el Plan de Beneficios se rehabilitará el beneficio máximo anual.

BENEFIT SUMMARY FORM: Formato de Beneficios que se envía a los proveedores en Estados Unidos de Norteamérica una vez coordinada la atención médica, en el cual se incluyen las coberturas de su póliza, fecha y lugar de atención, nombre del proveedor, diagnóstico, entre otros. En este documento se señala que el proveedor ha aceptado la garantía de pago de nuestro operador internacional a través de crédito en la fecha y condiciones indicadas en el mismo. Tiene el mismo efecto que la Carta de Garantía pero se utiliza para atenciones en el extranjero.

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

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

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

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

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

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

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de ASEGURADO. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de estipulaciones que recogen aspectos relativos a la extensión de la cobertura del seguro, riesgos excluidos, procedimiento para la solicitud de cobertura y de liquidación del siniestro, entre otros.

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

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

CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO: Documento en el que consta el compromiso por parte del CONTRATANTE de pagar la prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.

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

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

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

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

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

DEPORTES PROFESIONALES: Conjunto de actividades deportivas, cuya práctica implica que el ASEGURADO sea compensado económicamente o que participe en competencias deportivas.

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

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

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

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

EMERGENCIA MÉDICA: Aparición repentina de una alteración en la salud del ASEGURADO, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que requiere de atención médica inmediata.

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales.

EMERGENCIAS MÉDICAS ACCIDENTALES: Son todas aquellas derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) y que ponen en peligro la salud del ASEGURADO como, por ejemplo:

- i. Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas.
- ii. Heridas cortantes de cualquier etiología.
- iii. Quemaduras de cualquier etiología.
- iv. Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

EMERGENCIAS MÉDICAS NO ACCIDENTALES: Son todas aquellas emergencias que no derivan de un accidente y que también ponen en peligro la salud del ASEGURADO como, por ejemplo:

- i. **CARDIOVASCULARES:** Infarto del Miocardio, Angina de Pecho, crisis hipertensiva, Edema Agudo Pulmonar.
- ii. **RESPIRATORIAS:** Crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y bronquitis aguda.
- iii. **ABDOMINALES:** Cólico vesicular, apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada a severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras, peritonitis.
- iv. **RENALES:** Cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda, insuficiencia renal aguda.
- v. **NEUROLOGICOS:** Convulsiones, accidentes cerebro vasculares (derrame cerebral, hemiplejías).
- vi. **SINDROME FEBRILES:** Fiebre mayor de 38.5 °C (de 0-12 años), fiebre mayor de 39.0 °C (mayores de 12 años).
- vii. **HEMORRAGIAS:** De cualquier etiología, excepto las que se originen por el embarazo.
- viii. Pérdida de conocimiento súbita.
- ix. **INTOXICACIONES:** Medicamentosas y/o alimentarias.

Estas emergencias serán determinadas al momento de la atención por el Médico de servicio.

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

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

ENFERMEDAD AMBULATORIA AGUDA DE BAJA COMPLEJIDAD: Son aquellas enfermedades de mayor frecuencia y poca complejidad que no necesitan consulta especializada, alta tecnología diagnóstica, hospitalizaciones prolongadas, medicación muy específica, ni intervenciones quirúrgicas mayores y definida por el médico tratante.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

ENFERMEDAD CONGENITA NO CONOCIDA: Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha transcurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.

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

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

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

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

GUÍAS CLÍNICAS: Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

HONORARIOS MEDICOS: Se entienden como honorarios médicos exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otros profesionales.

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

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

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

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

OBESIDAD: Presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Se clasifica fundamentalmente en base al índice de masa corporal (IMC) que se define como el peso en kilos dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado. Los distintos grados de obesidad se consideran mediante la siguiente escala:

Grado I: Sobrepeso entre 25 - 29.9 IMC.

Grado II: Obesidad 30 - 39.9 IMC.

Grado III: Obesidad mórbida mayor 40 IMC.

OPERADOR INTERNACIONAL: Son los representantes de la ASEGURADORA en el extranjero cuya función principal es coordinar las atenciones internacionales y brindar el soporte necesario a los ASEGURADOS en relación a los proveedores de servicios en salud en el extranjero.

PRE-CERTIFICACIÓN: Es el proceso que permite la validación médica y administrativa previa a la realización de una prestación de salud en el extranjero y tiene como finalidad reconocer una atención en el extranjero bajo las consideraciones establecidas en el Plan de Beneficios. Es de suma importancia ya que le brinda al ASEGURADO una respuesta de acuerdo a la información que éste envíe para la evaluación de esta prestación en salud, por parte de la ASEGURADORA.

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

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

PRIMA NETA: Es la Prima Pura de Riesgo más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo. .

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

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

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

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

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

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

SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA: Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

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

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

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

TARIFARIO RIMAC: En el tarifario Rímac se establecen los límites que la ASEGURADORA reconocerá por cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes proveedores de servicios en salud del Perú.

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

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

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

- a. La terapia para la condición médica particular, no es garantizada o aprobada por la FDA.
- b. La terapia no ha sido reconocida como una práctica médica aceptable mundialmente bajo el parámetro de Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a los parámetros de la Agency for health care, Research and Quality de los EEUU (niveles de Evidencia I y "II A").
- c. La terapia está sujeta a:
 - Protocolo de investigación escrito.
 - Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.
 - Ensayos clínicos en fase I o II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase III, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios humanos y de salud (HHS).

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

UCR: (Usual, Customary and Reasonable) Es el costo usual, acostumbrado y razonable por las prestaciones de salud en cada zona geográfica, el cual puede ser conocido por el ASEGURADO llamando al (01) 411-1111 - Oficina de Atenciones Internacionales. Este costo aplica para atenciones en el extranjero.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

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

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

3.1 El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.

3.2 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, siempre que el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

3.3 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a la ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso

corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de la ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

3.4 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.

3.5 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

El ASEGURADO se compromete a facilitar a la ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera la ASEGURADORA.

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

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

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

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

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMATICA DE LA POLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

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

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

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

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

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

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

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

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

En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato.

D. Renovación Automática de la Póliza:

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

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

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

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

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

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

1. 6.1 Al fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.
2. 6.2 Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
3. 6.3 Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

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

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA)

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

7.1 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, surtiendo efectos inmediatos una vez que la ASEGURADORA haya recibido dicha comunicación. Sin perjuicio de ello, la resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.2 Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.

7.3 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada de forma escrita a la ASEGURADORA en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. El Contrato quedará resuelto en la fecha en que el ASEGURADO reciba una comunicación de parte de la ASEGURADORA informándole sobre su decisión de resolver el Contrato. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el contrato, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a la ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

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

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

7.4 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas:

1. LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO TITULAR presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.
2. LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el contrato de seguro en caso el ASEGURADO DEPENDIENTE (en caso de haberlo) presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo, por lo que se dará término a los beneficios otorgados al ASEGURADO DEPENDIENTE que presentó la solicitud fraudulenta.

Para que opere la resolución indicada en los numerales 7.4.1 y 7.4.2, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Ello sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada, la cual será brindada por la ASEGURADORA dentro del plazo de ley. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

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

7.6 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver la misma en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. El Contrato quedará resuelto a los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución por parte del CONTRANTE. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- a. El CONTRATANTE en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1 y 7.6 precedentes.
- b. La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.3., 7.4. y 7.5. precedentes.

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

Como consecuencia de la resolución del contrato, ya sea por parte del CONTRATANTE o por parte de la ASEGURADORA, corresponderá el reembolso de la prima a favor del CONTRATANTE, por el periodo no corrido.

En caso de que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso de que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE en atención a lo dispuesto en el numeral 7.1, la ASEGURADORA procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no corrido, dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada la solicitud de resolución. En caso de que la resolución haya sido ejercida por el CONTRATANTE en atención a lo dispuesto en el numeral 7.6, la ASEGURADORA procederá con la devolución de las primas correspondientes al periodo no corrido, dentro de los treinta (30) días siguientes de presentada una solicitud de reembolso por parte del CONTRATANTE. En este último caso, la solicitud de resolución y la solicitud de reembolso podrán ser presentadas por el CONTRATANTE en un mismo acto.

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

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

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

El Contrato de Seguro será nulo si:

1. 8.1 El CONTRATANTE hubieran tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
2. 8.2 Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
3. 8.3 Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 8.3. precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal a través de un medio fehaciente, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

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

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

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

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

9.2 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

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

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En este supuesto, el CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea el reajuste de primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

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

- ii. Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la suma asegurada a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere

cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

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

10.1 Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.

10.2 La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.

10.3 El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.

10.4 Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares.

10.5 La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO por la presente Póliza, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o BENEFICIARIO en caso de siniestro bajo la presente Póliza.

10.6 Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.

10.7 Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y supletoriamente aplica lo siguiente:

- i. Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.
- ii. Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.
- iii. Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.
- iv. En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
- v. La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.

10.8 El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.

10.9 Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.

10.10 La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.

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

10.12 EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el

CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

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

12.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.

12.2 Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

12.3 Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO bajo su complicidad o consentimiento.

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

Lo señalado en el presente artículo es de aplicación sin perjuicio de la respuesta a la solicitud de cobertura presentada, la cual será brindada por la ASEGURADORA dentro del plazo de ley.

ARTÍCULO 13°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una Nota de Cobertura Provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas y/o beneficios contenidos en la misma.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado por el CONTRATANTE a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto "Derecho de arrepentimiento") o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando nombres, apellidos completos y el número del DNI del CONTRATANTE.

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y la ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada. La devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

ARTÍCULO 14°.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE

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

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

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad. Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas. Para tal efecto, la ASEGURADORA remitirá comunicación escrita al Solicitante del Seguro o ASEGURADO, según corresponda, a fin que se practique y/u obtenga dichos informes médicos adicionales. Una vez practicados, deberá remitir los resultados a la ASEGURADORA para los fines antes indicados.

No obstante, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la ASEGURADORA a efectos de su evaluación.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no se considera como Enfermedad Preexistente, a aquella que se haya generado o que haya recibido cobertura durante la vigencia de un Plan de SaludEPS y/o Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior; siempre y cuando:

- i. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 120 días calendario contados desde el término de la Póliza de Seguro anterior que cubrió el período inmediatamente anterior.**
- ii. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 60 días calendario contados desde el término del Plan de Salud EPS anterior que cubrió el período inmediatamente anterior,**
- iii. Se hayan declarado las preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa.**

RECUERDA: Si la Póliza de Seguro y/o Plan de Salud EPS bajo la cual se presentó la Enfermedad Preexistente tiene solo coberturas indemnizatorias, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes.

ARTÍCULO 15º.- INVESTIGACIÓN Y REVISION DE LOS SINIESTROS:

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

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

El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar la investigación y revisión de los ASEGURADOS es de treinta (30) días contados desde que los ASEGURADOS solicitaron el beneficio.

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

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

En caso que el ASEGURADO no brinde las facilidades del caso para que la ASEGURADORA realice las investigaciones y revisiones descritas en el presente numeral, no correrán los plazos establecidos para realizar la investigación y revisión de los ASEGURADOS.

15.2 La ASEGURADORA únicamente podrá pedir al ASEGURADO, para efectos del pago del siniestro, las aclaraciones o precisiones que correspondan respecto de la documentación e información presentada por éste.

Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la ASEGURADORA inicie las acciones civiles y/o penales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual conforme a lo establecido en el numeral 7.4.1 y 7.4.2 del artículo 7 de las presentes Condiciones Generales.

ARTÍCULO 16°.- SUBROGACIÓN:

Desde el momento que la ASEGURADORA preste los servicios de asistencia cubiertos por la Póliza, subroga al ASEGURADO en su derecho para repetir contra terceros responsables de cualquier deterioro en la salud física y/o psicológica ocasionados al ASEGURADO como consecuencia de un accidente producido y/u ocasionado por un tercero, es decir, la subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica. La subrogación aplicará, de igual forma, contra el médico, en los casos que se presente negligencia médica, mala praxis o complicaciones médicas no esperadas

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

El ASEGURADO será responsable ante la ASEGURADORA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación, en especial y sin excluir otros actos, el recibir pagos de los terceros responsables cuyo derechos han sido subrogados a favor de la ASEGURADORA, obligándose en éste caso, sin perjuicio de las responsabilidad antes aludida, a devolver lo pagado por la ASEGURADORA hasta por el monto recibido del tercero responsable.

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

ARTÍCULO 17°.- ATENCION DE RECLAMOS Y REQUERIMIENTOS

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

17.1 Por vía telefónica: A través de la Central de Consultas y Reclamos descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.

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

Los reclamos y requerimientos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 18°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) BENEFICIARIO(S), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima, teléfono (01) 421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 19°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

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

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

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

En caso de contratación a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, cuando el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dicho canal de comercialización, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

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

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

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

ARTÍCULO 20°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

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

ARTÍCULO 21°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

En el caso de las coberturas que cubran el riesgo de fallecimiento, el plazo de prescripción para el Beneficiario se computa desde que este conoce la existencia del beneficio.

ARTÍCULO 22°.- TRIBUTOS

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

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 23°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

23.1 Se denomina ASEGURADO TITULAR a la persona incorporada como tal en esta Póliza siempre y cuando no haya cumplido los setenta y un (71) años al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.

23.2 Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:

- a. Al cónyuge o concubino del ASEGURADO TITULAR siempre y cuando no haya cumplido los setenta y un (71) años al momento de su inscripción.
- b. A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del ASEGURADO TITULAR, siempre que no hayan cumplido los veinticuatro (24) años de edad al momento de la inscripción.

23.3 Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, vivan permanentemente en el Perú, un total de nueve (9) meses durante el año de vigencia. **En caso no se cumpla con esta condición, se suspenderán las coberturas en el extranjero hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza. Esta cobertura se reactivará una vez que renueve la nueva vigencia, en tanto cumpla con la condición de residencia.**

Están exceptuados de esta limitación los hijos menores de veintiséis (26) años, que cursen estudios a tiempo completo en el extranjero, siempre que se encuentren inscritos como tales en los registros de la ASEGURADORA. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberán completar el formulario "Hijos estudiantes en el extranjero" que proporciona la ASEGURADORA.

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

23.5 El límite de permanencia para los hijos como ASEGURADOS DEPENDIENTES será al cumplir los veintiséis (26) años. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de la ASEGURADORA. No obstante a lo antes indicado, el CONTRATANTE, por medio de la suscripción de la presente Póliza declara su conformidad para que se emita una propuesta de Póliza individual bajo las mismas coberturas, a favor de los ASEGURADOS DEPENDIENTES que hayan cumplido la edad máxima de permanencia, otorgándole la opción a que el ASEGURADO rechace u acepte la propuesta de Póliza. En caso que, se emita la propuesta de Póliza a favor de los ASEGURADOS DEPENDIENTES conforme a lo anteriormente detallado, la ASEGURADORA otorgará el beneficio de continuidad de enfermedades preexistentes generadas durante la vigencia de la presente póliza. Se entenderá que la propuesta de la Póliza ha sido aceptada en tanto el ASEGURADO DEPENDIENTE (Titular en la nueva Póliza) brinde su conformidad y realice el pago de la primera cuota de la prima.

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

ARTÍCULO 24°.- PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

24.1 Los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que no hubieren excedido la edad límite fijada al momento de su inscripción y hubieren cumplido con los requisitos de afiliación correspondientes, siendo obligatorio el llenado completo y exacto de la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA.

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

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

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

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

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

ARTICULO 25°.- PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

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

Para la presente Póliza aplican los Períodos de Carencia siguientes:

- A. Para las coberturas de la presente Póliza dentro de territorio nacional de treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.
- B. Para las coberturas de la presente Póliza fuera de territorio nacional de sesenta (60) días calendarios, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.
- C. Para la cobertura de SIDA será de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

Salvo cuando se trate de las coberturas por accidentes o las siguientes enfermedades (en su episodio agudo): apendicitis, accidente cerebro vascular, hemorragia por aneurisma, torsión testicular e infartos al miocardio.

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

Para la presente Póliza aplican los Períodos de Espera siguientes:

- A. Solo se cubrirán después de diez (10) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO, el tratamiento y/o la cirugía relacionados con:
 - i. Cáncer.
 - ii. Tumoraciones benignas.
 - iii. Útero, anexos y mamas (incluido prolapso ginecológico, fibromas y endometriosis), excepto procesos agudos infecciosos.
 - iv. Próstata.
 - v. Artroscopia, artrosis, artritis, meniscopatía, excepto a consecuencia de accidentes cubiertos por esta Póliza.
 - vi. Hipotiroidismo e hipertiroidismo.
 - vii. Enfermedades Cerebrovasculares y Cardiovasculares, incluido Dislipidemia, Hipertensión Arterial y Várices (excepto infarto y Accidentes cerebrovasculares agudos).
 - viii. Diabetes.
 - ix. Cirrosis Hepática.
 - x. Enfermedades de la columna vertebral.
 - xi. Hernias de cualquier tipo.
 - xii. Extracción de amígdalas o adenoides.
 - xiii. Catarata, Glaucoma y Pterigion.
 - xiv. Litiasis Vesicular o vía biliar o urinaria, incluido litotricia.
 - xv. Hemorroides.
- B. Para la cobertura de Maternidad será de doce (12) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.
- C. Para la cobertura de Trasplante de Órganos será de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

- D. **Para la cobertura de Odontología será de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.**
- E. **Para la cobertura de Enfermedades Congénitas No Conocidas será de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.**

ARTÍCULO 26º.- EXONERACION DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

26.1 Los Periodos de Carencia y Espera no regirán para los ASEGURADOS DEPENDIENTES cuyo nacimiento hubiere sido amparado por la Póliza, siempre y cuando fueren inscritos en la Póliza en calidad de tales, dentro de un periodo máximo de sesenta (60) días, contados a partir de su nacimiento.

26.2 Solo aplica la exoneración de los Periodos de Carencia y Espera en los casos que el ASEGURADO hubiere tenido contratada anteriormente otra Póliza de Asistencia Médica de la ASEGURADORA o de otra Compañía de Seguros o un Plan de Salud EPS de cualquier EPS, por un periodo no menor de un (1) año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de esta Póliza, por lo que, la ASEGURADORA exonerará al ASEGURADO de los Periodos de Carencia y Espera.

En estos casos de exoneración de los Periodos de Carencia y Espera, la ASEGURADORA reconocerá durante dichos periodos solo las condiciones y coberturas de su Póliza o Plan de Salud anterior que también mantenga la presente Póliza, siempre y cuando éstas fueran inferiores a las de la presente Póliza y siempre que no haya mediado una exclusión expresa de la ASEGURADORA.

En caso que durante el periodo de Carencia o Espera, que por esta cláusula se exonera, se presente un diagnóstico de enfermedad o condición, reconocerá luego de estos periodos, solo las condiciones y coberturas de su Póliza o Plan de Salud anterior, siempre que se encuentren cubiertas también por la presente Póliza, siempre y cuando éstas fueran inferiores a las de la presente Póliza y siempre que no haya mediado una exclusión expresa de la ASEGURADORA.

Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la Solicitud de inscripción del Seguro, copia de la Póliza o Plan de Salud anterior, así como copia del comprobante(s) de pago(s) cancelado(s) correspondiente(s) al pago de la prima u aporte anual de la Póliza o Plan de Salud anterior; incluyendo el detalle de los siniestros incurridos.

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

En los casos que aplique la continuidad de cobertura de enfermedades, bajo las condiciones estipuladas en la presente Póliza (penúltimo párrafo del artículo 14° de las Consideraciones Generales), solo aquellas enfermedades que gocen de dicha continuidad tendrán exoneración de los Periodos de Carencia y Espera en la inscripción del ASEGURADO en la Póliza.

No se aplicará exoneración de Periodos de Espera de las coberturas de Maternidad, Odontología y Enfermedades Congénitas No Conocidas; salvo que en estos periodos de espera y carencia aplique la ley de preexistencias.

Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la Solicitud de inscripción del Seguro, copia de la Póliza o Plan de Salud anterior, así como copia del comprobante(s) de pago(s) cancelado(s) correspondiente(s) al pago de la prima u aporte anual de la Póliza o Plan de Salud anterior; incluyendo el detalle de los siniestros incurridos.

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

ARTÍCULO 27º.- BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

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

El término “Gastos Cubiertos” según se emplea en esta Póliza se refiere a los gastos normales y razonables, incurridos por un ASEGURADO, en razón de un accidente, enfermedad o beneficio adicional amparado por esta Póliza, y tomando como base el tarifario UCR (Usual, Customary and Reasonable) para coberturas en el extranjero y el Tarifario Rímac para un caso similar para coberturas que se brinden en territorio nacional, bajo los términos, condiciones y hasta los límites señalados en el Plan de Beneficios.

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

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

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

Algunas de las coberturas de la presente Póliza de Seguro solo se otorgarán como Beneficio Máximo de por Vida, lo cual implica que, solo aplicará una sola vez y el monto del Beneficio no se rehabilitará con cada renovación.

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

ARTÍCULO 28º.- COBERTURAS:

El término “Gastos Cubiertos”; según se emplea en esta Póliza se refiere a los gastos normales y razonables incurridos por un ASEGURADO, en razón de un accidente, enfermedad o beneficio adicional amparado por esta Póliza, y tomando como base el tarifario UCR (Usual, Customary and Reasonable) para coberturas en el extranjero y el Tarifario Rimac para un caso similar para coberturas que se brinden en territorio nacional, bajo los términos, condiciones y hasta los límites señalados en el Plan de Beneficios.

Los gastos cubiertos amparados por la Póliza incluirán los siguientes Beneficios:

28.1 HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:

Esta cobertura se otorga para atenciones y/u hospitalizaciones en el Perú y en el extranjero:

- a. Habitación estándar unipersonal o bipersonal (no suite), y alimentación (incluyendo dietas especiales, en un hospital o clínica legalmente establecida).

- b. Sala de operaciones, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopo, radio fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.
- c. Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario o ambulatorio, por ayudantía y por anestesta.

28.2 CENTRAL DE EMERGENCIAS Y ASISTENCIAS:

El presente beneficio incorpora los siguientes:

28.2.1 MEDICO A DOMICILIO: ATENCION AMBULATORIA PARA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES:

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

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

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

Las citas con su Médico Tratante del Staff de médicos a domicilio también podrán ser programadas con anticipación, a través de la Central de Emergencias Aló RIMAC, a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado.

28.2.2 TRASLADO TERRESTRE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA:

Cubre los gastos por traslado en la ambulancia terrestre, únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser traslado a un centro médico que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, y no lo puede hacer por sus propios medios, previa certificación médica.

El ámbito de cobertura geográfica está especificado en el Plan de Beneficios.

Se deja constancia que el otorgamiento de ésta no implica la emisión de un certificado médico de atención.

28.2.3 TRASLADO AEREO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA:

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

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

28.2.4 ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA: SERVICIO DE AMBULANCIA:

Servicio de unidades móviles para la atención de emergencias a domicilio, dentro del ámbito geográfico indicado en su Plan de Beneficios, durante las veinticuatro (24) horas y todos los días del año, por emergencia médica o emergencia accidental, sin aplicación de deducible o copago alguno, por los servicios y medicamentos que les sean suministrados. **No podrán gozar de este beneficio los ASEGURADOS que hayan contratado la Condición Especial Deducible Mayor Anual Adicional y/o la Condición Especial "Plan Continuidad".**

Se deja constancia que el otorgamiento de ésta no implica la emisión de un certificado médico de atención.

28.2.5 ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA:

La Central de Emergencias Aló Rímac es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atender a los ASEGURADOS de la ASEGURADORA las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del año. Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro o en su Plan de Beneficios y nuestro personal atenderá sus consultas.

No se cubren medicamentos, exámenes auxiliares o certificados de atención.

28.3 GASTOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS: ACCIDENTALES Y NO ACCIDENTALES:

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

Los controles posteriores de una emergencia accidental ambulatoria, serán cubiertos al 100% (cien por ciento) siempre que se continúe el tratamiento en la misma clínica y hasta por un plazo máximo de noventa (90) días. Si el ASEGURADO decide o requiere cambiar de clínica cualquiera sea el motivo, se aplicarán las condiciones de cobertura ambulatoria.

En los casos de emergencias médicas no accidentales, los gastos serán cubiertos como atención ambulatoria y/o hospitalaria según sea el caso de acuerdo a las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios.

28.4 MATERNIDAD:

Este beneficio no podrá ser utilizado por ningún concepto durante los primeros dieciocho (18) meses de vigencia del Seguro por encontrarse en periodo de espera, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante ese periodo no serán cubiertos.

Gozarán de este beneficio las mujeres ASEGURADAS sea TITULAR o DEPENDIENTE, que se encuentren inscritas por un periodo mínimo de dieciocho (18) meses consecutivos.

Este Beneficio cubre los gastos de aborto terapéutico y/o amenaza de aborto y cualquier clase de parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido mientras la madre se encuentre hospitalizada a consecuencia del parto, hasta los límites especificados en el Plan de Beneficios.

Los gastos por concepto de Controles Pre Natales, Post Natales y Control de Niño Sano, se encuentran cubiertos según lo indicado en el Plan de Beneficios, bajo la cobertura del Beneficio de Maternidad.

Los Gastos relacionados con embarazo, maternidad y sus complicaciones se limitarán a las condiciones estipuladas en el Plan de Beneficios (Beneficio de Maternidad).

28.5 ODONTOLOGIA:

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

- a. Examen oral inicial.
- b. Radiografías.
- c. Profilaxis general.
- d. Flúor y sellantes (hasta los 12 años).
- e. Restauraciones:
 - Amalgamas.
 - Resina.
 - 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 dos (2) meses consecutivos.

28.6 OFTALMOLOGIA:

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

28.7 GASTOS DE SEPELIO:

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

La solicitud de cobertura de sepelio podrá realizarse por un tercero quien deberá llamar a la funeraria que figura en el Plan de Beneficios, a la cual le deberá presentar el Certificado de Defunción respectivo.

El proveedor del Servicio solicitará a la ASEGURADORA una Carta de Garantía presentando el Certificado de Defunción y el presupuesto elegido. **La Carta de Garantía será expedida por la ASEGURADORA en el más breve plazo, el mismo que no excederá de veinticuatro (24) horas de presentada la solicitud, siempre y cuando se cuente con toda la información requerida.**

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

El límite y las condiciones de este beneficio es el señalado en el Plan de Beneficios de esta Póliza.

28.8 ONCOLOGÍA:

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

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

Para la evaluación de los procedimientos y medicamentos relacionados al tratamiento del cáncer se tomará como referente las guías aprobadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), los mismos que además deben estar sustentados en Medicina Basada en Evidencia Nivel "II A" o mayor. Para la cobertura de 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 ASEGURADORA otorgará una cobertura con un deducible igual al beneficio detallado en el Plan de Beneficios, con un copago a cargo del ASEGURADO del 40% (cuarenta por ciento).

El beneficio de Oncología incluye la cobertura de reconstrucción mamaria bajo las condiciones especificadas en el Plan de Beneficios.

28.9 ENFERMEDADES CONGENITAS DEL RECIEN NACIDO:

Cubre los tratamientos ambulatorios y hospitalarios para todos los hijos nacidos bajo la vigencia de la Póliza y cuyo nacimiento fuera amparado por la misma, y que hayan sido inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.

El amparo de la cobertura considera la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).

28.10 ENFERMEDADES CONGENITAS NO CONOCIDAS:

Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas no conocidas por el ASEGURADO, siempre que no hayan sido diagnosticadas y no resueltas (es decir, siempre que no sean consideradas enfermedades preexistentes) antes de la presentación de la Solicitud de Seguro o Declaración Personal de Salud.

El amparo de la cobertura considera la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).

28.11 PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS:

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

28.12 TRASPLANTE DE ORGANOS:

Cubre los gastos ambulatorios u hospitalarios del ASEGURADO, además de los gastos médicos en que se incurran por los servicios médicos prestados al donante. La presente cobertura se otorgará solo cuando se trate de trasplante de los siguientes órganos y/o tejidos: Corazón, Córnea, Hígado, Médula Ósea, Páncreas, Pulmones y Riñón. El beneficio máximo de gastos cubiertos será el indicado en su Plan de Beneficios.

28.12.1 CONDICIONES APLICABLES A LOS DONANTES ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA

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

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

28.13 SEGURO DE PRIMAS:

En caso falleciera el ASEGURADO TITULAR a consecuencia de una enfermedad y/o accidente amparado por esta Póliza, la ASEGURADORA mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos a la fecha del fallecimiento en la presente Póliza, por el periodo de un (1) año desde ocurrido el fallecimiento. Para tal efecto, se deberá presentar la Copia Certificada del Certificado de Defunción y para caso de muerte accidental la Copia Certificada del Atestado Policial y del Certificado de Necropsia con resultados toxicológicos.

De igual forma, en caso de desamparo súbito familiar, al fallecimiento a consecuencia de un accidente en un mismo evento del ASEGURADO TITULAR y ASEGURADO DEPENDIENTE detallado en el literal a) del numeral 23.2. de la cláusula 23 (cónyuge o concubino), la ASEGURADORA mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos a la fecha del fallecimiento, por el periodo de dos (2) años desde ocurrido el fallecimiento. Para tal efecto, se deberá presentar la Copia Certificada del Atestado Policial y del Certificado de Necropsia con resultados toxicológicos.

28.14 ENFERMEDADES EPIDEMICAS:

Tienen cobertura todas las enfermedades epidémicas, y serán cubiertas hasta el límite indicado en el Plan de Beneficios según cobertura ambulatoria y/u hospitalario.

28.15 CONSULTA DE SEGUNDA OPINION POR CIRUGIA:

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

28.16 COBERTURA DE CRIOPRESERVACION DE CELULAS MADRE:

Cubre el Servicio de Criopreservación de células madre del cordón umbilical al crédito (incluye extracción y almacenamiento el primer año), según las condiciones y en los Centros Médicos especificados en el Plan de Beneficios.

28.17 PIERNAS O BRAZOS ARTIFICIALES:

Este beneficio cubre brazos o piernas artificiales por ASEGURADO por única vez de por vida, según las condiciones especificadas en el Plan de Beneficios.

Este beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos o piernas artificiales serán cubiertos cuando el ASEGURADO es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el ASEGURADO no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al ASEGURADO caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas dentro de la Suma Asegurada de la cobertura detallada en el Plan de Beneficios, siempre que estén dadas por única vez de por vida, solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta dentro de la Suma Asegurada de la cobertura detallada en el Plan de Beneficios, siempre que estén dadas por única vez de por vida, solamente cuando se dan cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos o piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por la ASEGURADORA.

28.18 DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS NO PRACTICADOS PROFESIONALMENTE :

Este beneficio cubre las lesiones sufridas a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera NO profesional, y siempre y cuando no hayan sido practicados o desarrollados en una competencia deportiva o siempre que no haya remuneración, compensación alguna y/o premio, por la práctica de estos, serán cubiertas de acuerdo al límite y cobertura estipulados en el Plan de Beneficios: Alpinismo o andinismo, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, montañismo, rappel.

28.19 SIDA:

Las enfermedades causadas o relacionadas con el Virus HIV positivo, serán cubiertas como hospitalización y/o ambulatorio, de acuerdo al límite y cobertura estipulados en el Plan de Beneficios.

28.20 PROGRAMA CUÍDATE:

Es un programa que cubre el tratamiento y control médico de los diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, asma y dislipidemia, de acuerdo a las condiciones indicadas en el Plan de Beneficios. El programa incluye: educación, exámenes auxiliares, seguimiento y

medicamentos, según lo prescrito por el médico tratante del Programa. El ingreso al programa es voluntario, previa evaluación por parte de la ASEGURADORA y bajo las condiciones del Programa.

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

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

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

28.21 VACUNAS:

Se encuentran cubiertas hasta los límites y condiciones indicadas en el Plan de Beneficios.

28.22 CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO:

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

El presente producto cumple con la Ley de Salud Mental, conforme a los términos y condiciones establecidos en el Plan de Beneficios.

Si la ASEGURADORA reconoce y brinda alguna cobertura y luego de las investigaciones y revisiones realizadas se considera que la cobertura otorgada correspondía a un evento expresamente excluido por la presente Póliza, la ASEGURADORA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto, y corresponderá el rechazo de las coberturas, de acuerdo al procedimiento descrito para tal efecto, en tanto las causales de rechazo del siniestro sean conocidas por la ASEGURADORA con posterioridad a la presentación del siniestro.

ARTÍCULO 29º.- BENEFICIOS ADICIONALES:

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

El ASEGURADO podrá disponer de los siguientes Beneficios Adicionales a partir del inicio de vigencia de la Póliza.

29.1 DESCUENTOS EN ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

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

29.2 PROGRAMA DE DESCUENTOS Y BENEFICIOS RIMAC:

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

29.3 ASISTENCIA EN VIAJES:

Los Beneficios de Asistencia en Viajes que podrá otorgar la ASEGURADORA bajo la presente Póliza se encuentran establecidos en el Plan de Beneficios y en el documento denominado "Manual de Uso" que se entregará, al tiempo de entrega de la Póliza de Seguros.

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

ARTÍCULO 30°.- EXCLUSIONES:

La presente Póliza no cubre causas, consecuencias ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por esta Póliza, así como los gastos relacionados con lo siguiente:

- a. Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas de acuerdo al CIE-10, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos de ASEGURADOS DEPENDIENTES cuyo nacimiento fuera amparado por la Póliza y que fueran inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.
- b. Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c. No se cubren estudios o pruebas genéticas, a excepción de las pruebas genéticas relacionadas al manejo del paciente con Leucemia o Linfoma, siempre que sean medicamente necesarias.
- d. Las enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio de cobertura del presente seguro, conforme lo señala el artículo 14° precedente.
- e. Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en el Plan de Beneficios.
- f. Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueran cubiertos por esta Póliza. No está cubierta la cirugía por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre mamoplastía por gigantomastia, a excepción de pacientes mayores de dieciocho (18) años con síntomas de dolor y excoriación que afecten su actividad diaria durante al menos (1) año y que no responden a fisioterapia postural de al menos tres (3) meses de duración. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos, escleroterapia en várices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso.
- g. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la ASEGURADORA.
- h. Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, prótesis o implantes dentales, equipos mecánicos, eléctricos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y

CPAP), audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de Polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de Apnea obstructiva del sueño, Narcolepsia o Insuficiencia Cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.

- i. No se cubre la adquisición de los siguientes equipos médicos durables: oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas, bombas de infusión.
- j. No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o no sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia "II A" (ver definiciones). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.
- k. Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción: miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. No se cubren las complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.
- l. Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultante del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos. En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- m. Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al ASEGURADO.
- n. Compra de sangre y derivados, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas por su necesidad médica.
- o. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente transfundidas.
- p. Están excluidos los gastos por el concepto de compra de órganos.
- q. Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.
- r. Evaluaciones ni tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal, a excepción de la menopausia.
- s. Todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad y raquitismo, así como los tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso, y los derivados o consecuencia de los anteriormente descritos.
- t. Cuidado de enfermeras, enfermeros, técnicos o técnicas de enfermería adicionales a los brindados por el proveedor durante una hospitalización, con excepción de las primeras cuarenta y ocho (48) horas posteriores a una intervención quirúrgica, mientras el paciente se mantenga hospitalizado, sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con la ASEGURADORA. No se cubren cuidados de enfermería en domicilio.
- u. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.

- v. Vitaminas, minerales; leches maternizadas, productos naturales independientes de su pertinencia o aun cuando exista sustento de prescripción de acuerdo a las políticas de Medicina Basada en Evidencias (MBE); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas fórmulas magistrales o suplementos nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.
- w. Vacunas no especificadas en el Plan de Beneficios, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoterapia.
- x. Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y nutricionistas. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.
- y. Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration- USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.
- z. Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y callos.
- aa. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico, cirugías bucales que afecten el componente estomatognático, periodontitis, ortodoncia y gingivitis; a excepción de los causados por accidentes o tumores cubiertos por esta Póliza, evidenciados a través de exámenes de imágenes para lo cual se aplicará la cobertura de odontología descrita en el artículo 28.5. En casos de accidentes no estarán cubiertas las prótesis o implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.
- bb. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, a excepción de los causados por accidentes o tumores cubiertos por esta Póliza evidenciados a través de exámenes de imágenes.
- cc. Lesiones o enfermedades producidas en actos de guerra, revoluciones, participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- dd. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y no profesional cuando haya sido practicada o desarrollada en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- ee. La Circuncisión ni Postectomía, salvo en los siguientes diagnósticos debidamente documentado en la historia clínica: Fimosis adquirida, Parafimosis, Balanopostitis recurrente, e infección del tracto urinario, y salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura de esta Póliza, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendarios desde el nacimiento.
- ff. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Así como también para ASEGURADOS que brinden servicio en: Fuerzas Armadas, Policiales, Bomberos y similares.
- gg. No se cubre sepelio de los no-natos.

- hh. Lesiones producidas voluntariamente por el ASEGURADO o en estado mental insano del ASEGURADO o suicido, intento de suicido, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.
- ii. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros, aire acondicionado (a excepción de lo señalado en el artículo 28, inciso 28.1).

ARTÍCULO 31º.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS:

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

31.1 CREDITO (antes):

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

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

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

31.2 REEMBOLSO (después):

Aplica cuando el ASEGURADO ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió.

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

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con la tarifa de reembolso y los topes de consulta indicados en el Plan de Beneficios.

Los reembolsos, exceptuando las atenciones de emergencia podrán utilizarse para atenciones en proveedores de servicios en salud afiliados o no a la red de proveedores de Rímac, señalada en el Plan de Beneficios.

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

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el extranjero serán cubiertos y reconocidos en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se presta el servicio, (disponible llamando al (01) 411-1111 - Oficina de Atenciones Internacionales).

ARTÍCULO 32°.- AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

En caso de siniestro el ASEGURADO deberá solicitarlo mediante las formas de Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

32.1 ATENCIONES Y/O TRASLADOS RELACIONADOS A EMERGENCIAS MEDICAS (AL CRÉDITO):
El ASEGURADO tendrá que:

- a. De ocurrir la emergencia en el Perú, debe comunicarlo a nuestra Central de Emergencias Aló Rimac al teléfono (01) 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia o de conocido el beneficio; salvo que ello no fuera posible por fuerza mayor o caso fortuito.
- b. De ocurrir la emergencia en el extranjero, debe comunicarse con nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono indicado en el Plan de Beneficios dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrida la emergencia; salvo que ello no fuera posible por fuerza mayor o caso fortuito.
- c. Presentar su documento de identidad en original.
- d. En caso de Emergencia Médica No Accidental el ASEGURADO deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de dicha cobertura como atención hospitalaria y/o ambulatoria, en caso corresponda.

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

- a. Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.
- b. Presentar su documento de identidad en original.
- c. En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de la cobertura, en caso corresponda.

La atención ambulatoria tendrá una vigencia de siete (7) días calendario desde iniciada la consulta médica así como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial. Una vez cumplido el plazo indicado, el ASEGURADO deberá coordinar una nueva atención ambulatoria, abonando para este fin el monto del Deducible y Copago respectivo, en caso corresponda.

- d. En caso de Atención Hospitalaria y/o Atención Ambulatoria programada el ASEGURADO deberá coordinar con el proveedor de servicios en salud la solicitud de una Carta de Garantía a la ASEGURADORA, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. La Carta de Garantía será gestionada por el proveedor de servicios en salud. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse y/o recibir la atención ambulatoria abonando, al momento de alta o término del servicio, los gastos no cubiertos, Deducibles y el Copago respectivo, en caso corresponda.

32.3 ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL EXTRANJERO POR CRÉDITO:

El ASEGURADO tendrá dos tipos de procedimiento en caso de siniestros.

En los casos de Atención en el Extranjero, el ASEGURADO deberá comunicarse con el operador internacional al teléfono que aparece en su Credencial, según se detalla a continuación:

32.3.1 Atención Con Procedimiento de Pre-Certificación:

- i. De encontrarse el ASEGURADO en el Perú y requerir una atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero, el ASEGURADO deberá contactarse con la ASEGURADORA y solicitar una Pre-Certificación, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anterioridad a la atención en salud, llamando al (01) 411-1000 a la Oficina de Atenciones Internacionales.
- ii. En caso el ASEGURADO se encuentre fuera del Perú y requiera una atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero, el ASEGURADO deberá, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anterioridad a la atención en salud, enviar a la Oficina de Atenciones Internacionales de la ASEGURADORA vía correo electrónico a atencionalciente@rimac.com.pe, la siguiente información:
 1. Copia Certificada del Informe Médico completo. En casos oncológicos debe indicar el estadiaje (TNM).
 2. Diagnóstico, fecha de diagnóstico, nombre de médico y proveedor de servicios en salud en el extranjero al cual se le refiere el caso.
 3. Fecha de la probable cita en el proveedor de servicios en salud en el extranjero.
- iii. La ASEGURADORA a través su operador internacional realizará las coordinaciones para verificar, si el proveedor de servicios en salud en el extranjero trabaja con seguros internacionales.

No siempre los proveedores de servicios en salud en el extranjero elegidos trabajan con seguros internacionales por lo que aplicaría la cobertura de reembolso.

- iv. En caso que el proveedor de servicios en salud en el extranjero elegido acepte la garantía de pago de nuestro operador internacional a través de crédito, con intervención del operador internacional de ser el caso, procederá con la emisión del Formato de Beneficios (Benefit Summary Form) para los Estados Unidos de Norteamérica y/o formato correspondiente para el resto del mundo), a través del cual se reconocerá los gastos cubiertos por atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero bajo condiciones de crédito, según lo establecido en el Plan de Beneficios.
- v. En caso que el proveedor de servicios en salud en el extranjero elegido no acepte la garantía de pago de nuestro operador internacional se realizará la atención a través de reembolso.
- vi. En caso de atenderse en un proveedor de servicios en salud en el extranjero no afiliado a la red de proveedores de la ASEGURADORA y este acepte facturar la atención a la ASEGURADORA, los excesos de costos deberán ser asumidos por el ASEGURADO y se aplicarán las condiciones de crédito con condiciones de pre-certificación hasta el límite del costos usuales, acostumbrados y razonables de la zona geográfica en la que se presta el servicio – UCR (disponible llamando al (01) 411-1111 - Oficina de Atenciones Internacionales).

32.3.2 Atención Sin Procedimiento de Pre-Certificación

- i. En caso el ASEGURADO ya se haya atendido ambulatoria u hospitalariamente en el extranjero o tenga una atención en curso y comunique a la ASEGURADORA el deseo de Pre-Certificar, el ASEGURADO de igual forma tendrá que presentar sus informes sustentatorios para revisión de la ASEGURADORA. En caso de contar con el visto bueno de la ASEGURADORA, se podrá coordinar las atenciones como caso No Pre-Certificado, siempre y cuando el proveedor se encuentre en la red de proveedores de servicios en salud afiliados de la ASEGURADORA. Para dichos casos, la ASEGURADORA reconocerá en condiciones de no precertificación al crédito conforme lo establece el numeral 32.4. siguiente. Los excesos de costos y gastos razonables deberán ser asumidos por el ASEGURADO.
- ii. De no seguir los trámites de Pre-Certificación, salvo en los casos de Emergencia Médica, se aplicarán las condiciones de reembolso conforme lo establece el numeral 32.4. siguiente. Los excesos de costos UCR deberán ser asumidos por el ASEGURADO.

En los casos de Emergencia Médica, si el proveedor de servicios de salud en el extranjero elegido no estuviese afiliado a la red de proveedores de servicios de salud de la ASEGURADORA, el ASEGURADO podrá recurrir a dicho proveedor de servicios en salud en el extranjero, dando aviso a la ASEGURADORA, o, en su caso, a su operador internacional, dentro de las veinticuatro (24) horas de iniciado el tratamiento si éste es ambulatorio o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la admisión, si éste es hospitalario, aunque el ASEGURADO haya sido dado luego de alta. Si el proveedor de salud acepta trabajar vía crédito, se otorgará la cobertura con condición de pre-certificación.

En los casos de Emergencia Médica, si el proveedor de servicios en salud en el extranjero no estuviese afiliado a la red de proveedores de servicios en salud o no aceptara trabajar al crédito, el ASEGURADO después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a la ASEGURADORA, la Solicitud de Reembolso, conforme se detalla en el numeral 32.4. siguiente.

32.4 ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA, AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO:

El ASEGURADO tendrá que:

- a. Una vez terminada la atención en salud, el ASEGURADO deberá dar aviso del siniestro y presentar la Solicitud de Reembolso a la ASEGURADORA en un solo trámite, en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud o desde que se conoce el beneficio.

El aviso del siniestro y la solicitud de reembolso deberán ser comunicados según corresponda en cualquiera de las Plataformas de Atención al Cliente descritas en el Resumen de la presente póliza.

La Solicitud de Reembolso será presentada debidamente llenada, conforme a los formatos que la ASEGURADORA le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: www.rimac.com.pe.

- b. El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido. En caso de atención hospitalaria, se debe presentar adicionalmente la historia clínica completa en original, copia simple o

fedateada, según sea factible. No obstante, en caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones y/o precisiones respecto a la documentación y/o información presentada, podrá solicitar información complementaria para determinar la cobertura del siniestro, lo cual podrá ser requerido dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) con que se cuenta para brindar respuesta a la solicitud de cobertura presentada.

Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.

Para el caso de los documentos emitidos en el extranjero, aquellos deberán contemplar las características que indica la normativa peruana respecto de comprobantes de pago emitidos en el extranjero.

- c. Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar (se tomará como referencia el Tarifario Rímac, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).
- d. Los gastos incurridos por atenciones médicas en el extranjero serán cubiertos y reconocidos en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se presta el servicio, (disponible llamando al (01) 411-1111 - Oficina de Atenciones Internacionales).
- e. Si se excede el plazo de treinta (30) días calendarios, especificados en el punto a), no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Sin embargo, en caso de demora por culpa leve, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que incurra el CONTRATANTE o el BENEFICIARIO en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

- f. La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho periodo comprende:
 - i. Sólo en los primeros veinte (20) días se puede solicitar precisiones y/o aclaraciones respecto de la documentación e información presentada.
 - ii. Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente lo solicitado en el punto i previo.
- g. En caso que la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el ASEGURADO no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la ASEGURADORA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos treinta (30) días.

- h. Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.
- i. Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.
- j. En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente del ASEGURADO, quienes deberán presentar la Copia simple de la inscripción definitiva de la sucesión intestada o testamentaria en los Registros Públicos y la copia simple de sus documentos de identidad.

CONDICIÓN ESPECIAL PLAN CONTINUIDAD

Artículo 1° Requisitos para la contratación de la presente condición especial “Plan Continuidad”:

- a. Es requisito para la contratación de la presente Condición Especial “Plan Continuidad” que el ASEGURADO mantenga vigente un Plan Primario de Salud, (Plan EPS nacional, Seguro de Salud Colectivo o un Seguro de Salud Individual).
- b. No podrá ser considerada como Plan Primario una EPS nacional que se encuentre durante su período de latencia.
- c. Que la vigencia del Plan Primario de Salud debe encontrarse con cobertura activa durante el periodo de vigencia de esta Póliza de Seguro. Caso contrario, se aplicará la regla descrita en el Artículo 5° de la presente Condición Especial.

Artículo 2°.- Prima aplicable a la Póliza de Seguro bajo la presente Condición Especial:

Mediante la presente Condición Especial, el CONTRATANTE pagará una prima preferencial (porcentaje de la prima total de la presente Póliza de Seguro), importe que estará establecido en las Condiciones Particulares, a fin de gozar con las coberturas de la presente Póliza.

Artículo 3° Modalidad de otorgamiento de las coberturas de la Póliza:

Conforme a esta Condición Especial, las coberturas de la presente Póliza se otorgarán bajo la condición de Deducible Anual por Persona, cuyo importe estará descrito en el Plan de Beneficios, siendo aplicable de la misma forma, a todos los beneficios adicionales, cualquiera sea su forma de atención, **con excepción de las siguientes coberturas:**

- Cobertura de Asistencia en Viaje a través de la Central de Asistencia en Viajes al (511) 512-5010, (según Manual de Asistencia en Viajes)
- Liberación del pago de primas por muerte del ASEGURADO TITULAR.
- En tanto la Póliza de Seguro contemple la Cobertura en el Extranjero, en cuyo caso aplicarán las condiciones señaladas en el Plan de Beneficios de la Póliza.

El Plan Continuidad garantiza la continuidad de la cobertura de las enfermedades diagnosticadas durante la vigencia del Plan Primario de Salud (Plan EPS nacional, Seguro de Salud Colectivo o un Seguro de Salud Individual), siempre y cuando, dichas enfermedades hayan sido diagnosticadas con posterioridad al inicio de vigencia de la presente Póliza, y fuera de los periodos de carencia y espera detallados en el Artículo 25° PERIODOS DE CARENIA Y ESPERA de las Condiciones Generales.

Esta póliza no cubre los diagnósticos descritos en las Condiciones Particulares (preexistencias y exclusiones).

Artículo 4° Cargas y obligaciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO está obligado a comunicar a la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya culminado o se haya resuelto por cualquier motivo el Plan Primario de Salud, mediante comunicación escrita.

Artículo 5° Causal de Resolución de la Póliza de Seguro.

Adicionalmente, a los términos y condiciones de la Póliza de Seguro será causal de resolución de la Póliza de Seguro, en caso transcurran treinta (30) días calendarios desde la fecha en que la vigencia del Plan Primario de Salud culmine o desde la fecha de resolución del mismo, salvo que el CONTRATANTE haya informado mediante comunicación escrita a la ASEGURADORA dicho evento dentro de los treinta (30) días antes indicados, conforme a lo indicado en el artículo precedente.

Artículo 6° Condiciones para que el CONTRATANTE solicite el retiro de la Condición Especial:

Se activará la posibilidad de retirar la presente Condición Especial, una vez que se haya producido la culminación de la vigencia o resolución de la Póliza de Seguro que representa el Plan Primario de Salud.

Desde el momento en que el CONTRATANTE solicita el retiro de la Condición Especial, las primas y los términos y condiciones de la Póliza serán las vigentes que apliquen a la presente Póliza de Seguro tomando como referencia la fecha del retiro de la Condición Especial.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza que no se hayan modificado en virtud de la presente Condición Especial, mantienen su plena eficacia.