

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA SALUD PREFERENCIAL

RESUMEN

1. DATOS DE LA ASEGURADORA

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

2. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECLAMOS, TELÉFONOS Y UBICACION:

- Oficina Principal: Av. Las Begonias N° 475, San Isidro, Lima.
- Plataformas de Atención al Cliente:
 - ❖ Lima:
Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro.
Av. Comandante Espinar N° 689, Miraflores.
 - ❖ Arequipa:
Pasaje Belén N° 103, Urb. Vallecito, teléfono (054)-381700.
 - ❖ Trujillo:
Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A- 1006 - Mall Aventura
Plaza, Urbanización El Ingenio, teléfono (044)-485200.
- Central de Emergencias Aló RÍMAC (Perú): (01) 411-1111.
- Central de Emergencias y Asistencias (extranjero): (01) 512-5010.
- Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-1111.
- Correo Electrónico para Atención al Cliente:
atencionalcliente@rimac.com.pe.
- Correo Electrónico para Atención al Cliente: reclamos@rimac.com.pe
- Página Web: www.rimac.com.

3. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO:

SALUD PREFERENCIAL

4. VIGENCIA DEL SEGURO:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

5. MONTO DE LA PRIMA COMERCIAL:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

6. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

En el Condicionado Particular se establecerá el monto total de la prima a pagar, incluyendo la forma (que podrá ser fraccionada) y el lugar de pago.

7. MEDIOS, PLAZOS Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR COBERTURA:

Aquello se encuentra detallado en el artículo 31 y en el 32 del Capítulo II de las Condiciones Generales.

8. MEDIO Y PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO:

El medio y plazo para el aviso del siniestro se encuentra detallado en el artículo 32 de las Condiciones Generales.

9. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

Los mecanismos de solución de controversias y, asimismo, las instancias para presentar reclamos se encuentran detallados en el artículo 20 del Capítulo I de las Condiciones Generales.

10. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, CONSULTAS Y DENUNCIAS:

Son las siguientes:

- **Defensoría del Asegurado:**

www.defaseg.com.pe

Lima: (01) 421-0614.

Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima.

- **INDECOPI:**

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777.

Teléfono gratuito de Provincias: 0-800-4-4040.

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS:**

www.sbs.gob.pe

Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú | Teléfono (511) 630-9000 / Fax: (511) 630-9239.

AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. - PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y/o Denuncias: 0800-10840 | (511) 630-9000 y (511) 2001930
Anexo 9

11. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el CONTRATANTE o ASEGURADO se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o

circunstancias que agraven el riesgo asegurado, conforme lo estipula el artículo 7 del Capítulo I de las Condiciones Generales.

12. RIESGOS CUBIERTOS:

Los principales riesgos cubiertos son las coberturas de atenciones hospitalarias y ambulatorias.

La totalidad del detalle de los riesgos cubiertos se encuentra detallado conforme lo establece el artículo 28 del Capítulo II de las Condiciones Generales.

13. EXCLUSIONES:

Las exclusiones completas son las detalladas en el artículo 30 del Capítulo II de las Condiciones Generales.

Las principales exclusiones son:

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.**

14. ASEGURADOS Y PERMANENCIA EN EL SEGURO:

Los límites de ingreso y permanencia en la presente Póliza se encuentran detallados en el artículo 23 del Capítulo II de las Condiciones Generales.

15. 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 contenidas 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 en caso no se haya hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. 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.

16. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

El procedimiento y plazo para solicitar la resolución contractual se encuentra estipulado en el artículo 7 del Capítulo I de las Condiciones Generales, adicionalmente, el mismo señala que el CONTRATANTE podrá unilateralmente y sin expresión de causa resolver el Contrato de Seguro.

17. MODIFICACIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato la ASEGURADORA no puede modificar unilateralmente los términos contractuales pactados, salvo en caso que se proceda con lo establecido en el literal C del artículo 5 del Capítulo I de las Condiciones Generales, en cuyo caso se deberá contar con la aceptación del CONTRATANTE.

El CONTRATANTE tiene derecho a no aceptar las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la ASEGURADORA, durante la vigencia del contrato, en orden con lo dispuesto en el numeral 16.1, inciso 1) del artículo 16° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por la Resolución SBS N° 4143-2019.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Declaración Personal de Salud - Solicitud de Seguro Médico

Favor completar todos los campos de esta solicitud.

1. Canal de Venta:

☐ Corredores. Indicar: Nombre o Razón Social _____ Código de Agente _____ E-mail _____
☐ Clínicas ☐ Plataforma ☐ Telemarketing
☐ FFVV Salud ☐ FFVV Comercializadores. ☐ FFVV Multiseguros. ☐ FFVV Vida
☐ FFVV Worksite

Indicar: Nombre de Asesor _____ Código de Asesor: _____ E-mail: _____

2. Producto:

☐ Salud Preferencial ☐ Full Salud ☐ Salud Red Médica ☐ Red Médica Clásico ☐ Red Preferente
☐ Red Médica Provincia ☐ Salud de Oro ☐ Otro, especificar: _____

3. Movimiento a realizar:

☐ Póliza nueva ☐ Migración de producto ☐ Inclusión de dependiente

N° de Póliza (para Migración o Inclusión): _____

4. Datos relacionados con el CONTRATANTE (responsable del pago de primas):☐ **Persona Jurídica**

Razón Social: _____
RUC: _____ Partida Electrónica: _____
Dirección: Cl/Jr/Psj/Av/Otro: _____ N° _____ Mz/Lote _____ Dpto/Interior _____ Urbanización _____
Referencias: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono fijo: Cod.Ciudad _____ N° _____ Giro del Negocio o Actividad: _____

☐ **Persona Natural o Representante Legal * en caso el CONTRATANTE sea una Persona Jurídica**

Nombres: _____ Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ RUC ☐ CE ☐ Pasaporte N° _____
País de residencia: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección domicilio: Cl/Jr/Psj/Av/Otro: _____ N° _____ Mz/Lote _____ Dpto/Interior _____ Urbanización _____
Referencias: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono fijo: Cod.Ciudad _____ N° _____ Celular: _____
Correo Electrónico (personal): _____
Correo Electrónico (laboral): _____

5. Datos relacionados del Titular:

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____
(SI EL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE SON LA MISMA PERSONA, NO ES NECESARIO LLENAR LOS DEMÁS DATOS RELACIONADOS DEL TITULAR)
Nombres: _____ Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ V ☐ D
Documento de identidad: ☐ DNI ☐ RUC ☐ CE ☐ Pasaporte N° _____
País de residencia: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección domicilio: Cl/Jr/Psj/Av/Otro: _____ N° _____ Mz/Lote _____ Dpto/Interior _____ Urbanización _____
Referencias: _____ Distrito: _____
Provincia: _____ Departamento: _____
Teléfono fijo: Cod.Ciudad _____ N° _____ Celular: _____
Correo Electrónico (personal): _____
Correo Electrónico (laboral): _____

6. Datos relacionados con los dependientes del solicitante (favor de señalarlos en orden de edad):

Datos de los dependientes		Fecha de nacimiento	Estatura (cm):	Peso (kg):	Parentesco	DNI	Sexo
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Días	Mes	Año		

¿Tienen o han tenido algún seguro de salud?

Indicar país de residencia de cada dependiente:

☐ Sí ☐ No Si su respuesta es afirmativa señalar :☐ Compañía de seguros ☐ EPS ☐ PEAS ☐ Ninguno

Indique el nombre de la compañía: _____

Indique el periodo de vigencia: desde _____ hasta _____.

Para gozar del beneficio de continuidad de los Períodos de Carencia y Espera es requisito indispensable en caso haya tenido un seguro de salud en otra compañía o EPS, presentar con este documento:

- Copia de la Póliza o Plan de Salud anterior.

- 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.