

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE ATENCIÓN AMBULATORIA

1. Descripción de cobertura.

Esta cláusula adicional tiene como finalidad cubrir los gastos incurridos en atenciones ambulatorias en las especialidades médicas y hasta los límites indicados en tu Plan de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares de tu Póliza.

Recuerda que, según lo indicado en tu Plan de Beneficios, en una atención médica podrías asumir una suma de dinero para poder activar tus coberturas o pagar una parte de los gastos totales.

Adicionalmente, es posible que, para algunas atenciones ambulatorias programadas, sea necesario que respaldemos la atención emitiendo una “Carta de Garantía”; sin embargo, la aprobación de la emisión de dicho documento está sujeta a una evaluación que realizaremos nosotros y se comunicará mediante correo electrónico a la entidad de salud que ha realizado el pedido.

Esta cobertura incluye medicinas, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio e imágenes conforme a los términos y condiciones descritos en las Condiciones Particulares.

Recuerda de que, una vez recibida la Atención Médica, solo cuentas con siete (7) días calendario contados desde la consulta médica para realizarte los procedimientos, exámenes complementarios y acceder a los medicamentos indicados en dicha atención inicial.

Es importante que cumplas con el plazo antes indicado, ya que de no hacerlo y este plazo venza, deberás coordinar una nueva atención ambulatoria, pagando nuevamente los importes correspondientes.

Definición de Atención Ambulatoria: Consulta médica realizada en consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico o a realizar el control de un tratamiento como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.

2. Procedimiento de atención

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

1. Descripción de cobertura

Esta cláusula adicional tiene como finalidad cubrir los gastos incurridos en atenciones hospitalarias prestadas por los centros médicos y hasta los límites indicados en tu Plan de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares de tu Póliza.

Los servicios que serán cubiertos por esta cobertura adicional y específicamente para la Atención Hospitalaria son:

- 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 anestesista.

2. Procedimiento de atención

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE COBERTURA DE GASTOS EN ONCOLOGÍA

1. Descripción de cobertura

Cubre los gastos por diagnóstico clínicos y terapéuticos, así como los gastos por tratamientos y cirugías que se tengan que practicar en la red de clínicas descrita en el Plan de Beneficios que brinden atenciones para el 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 deberás asumir el deducible y copago detallado en el Plan de Beneficios.

Para la evaluación y cobertura de los medicamentos relacionados al tratamiento del cáncer se deberán cumplir **simultáneamente** todas las condiciones siguientes:

- Que el tratamiento con quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica y/o terapia blanca u otra específica para el cáncer, hayan concluido exitosamente la Fase III de un ensayo clínico, demostrando su eficacia en el tratamiento oncológico. Se considera como fecha de término a la registrada como fecha estimada de finalización del estudio (Estimated Study Completion Date) registrada en el portal www.clinicaltrial.gov
- Contar con Categoría de consenso 1 o 2A de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
- El paciente al cual se le ha indicado el tratamiento con quimioterapia y/o terapia modificadora de la respuesta biológica y/o terapia blanca u otra específica para el cáncer, deberá cumplir con los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes que formaron parte de los ensayos clínicos con los que fueron aprobados los medicamentos.
- Que los procedimientos oncológicos (Cirugía Oncológica, radioterapia, exámenes auxiliares) en Cáncer, se encuentren comprendidas dentro de las Guías de Manejo Oncológico del NCCN con categoría de evidencia y consenso 1 o 2A vigentes al momento de la atención.
- Para atenciones en Perú, los fármacos deben tener Registro sanitario de la DIGEMID y deben estar disponibles comercialmente en el país.

2. Exclusiones Particulares

Adicionalmente a las exclusiones descritas en el numeral 4 del Condicionado General, la presente cobertura no cubre:

- Cáncer, Tumor Maligno o Enfermedad Oncológica, que se haya detectado o diagnosticado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura.
- Terapia biológica, productos de origen biológico de cualquier naturaleza, tanto naturales, semi sintéticos o sintéticos. Factores estimulantes de colonias, interferones, interleukinas, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosin kinasa, antiangiogénicos, inhibidores de la proteosoma u otros modificadores de la respuesta biológica. La inmunoterapia y factor de crecimiento hematopoyético.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1. Descripción de cobertura

Cubre los gastos ambulatorios u hospitalarios y gastos médicos por servicios prestados al donante (única y exclusivamente cuando se trate de trasplante de los siguientes órganos y/o tejidos: Corazón, Córnea, Hígado, Médula Ósea, Páncreas, Pulmones y Riñón), y hasta el límite establecido en tu Plan de Beneficios.

2. Periodo de espera

Para esta cobertura aplica un Periodo de Espera descrito en las Condiciones Particulares de tu póliza de seguro y será contado desde la fecha de inicio de vigencia de tu Póliza de Seguro o desde la fecha de incorporación del asegurado en la póliza que solicite la presente cobertura.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE TRASLADO AÉREO

1. Descripción de cobertura

Cubre los gastos por traslado aéreo según lo indicado en el Plan de Beneficios.

El Beneficio será otorgado únicamente cuando, **por una emergencia**, tengas que trasladarte al centro hospitalario más cercano que reúna las condiciones necesarias para tu atención médica, y no lo puedas hacer por tus propios medios.

Realizaremos la evaluación 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 (Informe Médico). Te comunicaremos la aceptación o rechazo de tu solicitud a través de los medios de comunicación pactados en esta póliza.

Cubriremos tu gasto de traslado incluyendo el de un (1) acompañante, y hasta los límites y condiciones establecidos en tu Plan de Beneficios.

2. Exclusiones particulares

La presente cobertura no cubre:

- Retorno del Asegurado ni de su acompañante a la ciudad desde donde se le brindó el servicio de traslado.
- Viáticos ni alimentación.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

- a. Comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de coordinar el traslado aéreo.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

1. Descripción de cobertura

Esta cláusula adicional cubre los gastos de una segunda opinión médica, hasta los límites establecidos en tu Plan de Beneficios. Los gastos cubiertos bajo esta cláusula adicional se limitan al envío de documentos y los honorarios del hospital/médico elegido por RIMAC.

Es importante tener en cuenta que la segunda opinión médica **se realiza de manera NO PRESENCIAL**, ya que solo es necesario el envío de la documentación pertinente (informe médico con el detalle de las atenciones médicas, diagnósticos, exámenes auxiliares, tratamientos practicados). Incluye los conceptos de segunda opinión médica, junta médica y panel médico.

Esta cobertura no se activará en caso de que hayas solicitado una segunda opinión directamente a un médico sin la autorización previa de RIMAC. Asimismo, esta cobertura en ningún caso cubrirá, vía reembolso, tus gastos incurridos para obtener una segunda opinión médica de manera directa, sin la intervención de RIMAC.

2. Exclusiones particulares

La presente cobertura no cubre los gastos relacionados a cirugías exploratorias con fines para cirugía estética o cosmética.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de coordinar el otorgamiento de la presente cobertura.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE LIBERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR FALLECIMIENTO

1. Descripción de cobertura

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular y siempre que dicho evento no esté comprendido dentro de las exclusiones, RIMAC mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los Asegurados Dependientes bajo la presente Póliza incluidos previamente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular, hasta por el periodo establecido en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

Asimismo, en caso que se produzca el fallecimiento, tanto del Asegurado Titular como su cónyuge o conviviente (siempre que esté incluido en la Póliza de Seguro como Asegurado(a) Dependiente) en un mismo evento, RIMAC mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los Asegurados Dependientes restantes bajo la presente Póliza incluidos previamente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular y su cónyuge, por el periodo establecido en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

2. Exclusiones particulares

No se cubre fallecimiento causado por los siguientes:

- **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.**
- **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.**
- **Negligencia del propio Asegurado en perjuicio de sí mismo o en estado mental insano**
- **Actos de guerra, revoluciones, participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo. Lesiones como consecuencia de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.**
- **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**

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

- a. **Avísanos la ocurrencia del evento dentro de los 7 días siguientes a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular, y de su cónyuge o conviviente, según sea el caso.**
- b. **Solicita la presente cobertura escribiéndonos a la casilla de atención al cliente: atencionalcliente@rimac.com.pe o a través de la Zona Privada del App Rimac o en su versión web, adjuntando:**
 - **Copia Certificada de la Partida de Defunción expedida por RENIEC (ya sea del Asegurado Titular y cónyuge o conviviente, según sea el caso).**
 - **Además, para caso de muerte accidental, copia certificada del Atestado Policial y Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de Necropsia, el cual se debe haber**

obtenido bajo el procedimiento establecido por el Instituto Peruano de Medicina Legal y debe contener resultados toxicológicos.

- c. RIMAC procederá a emitir una nueva Póliza de Seguro, en la cual se hará referencia a la activación de esta cobertura (periodo de liberación de pago de primas, según sea el caso) la misma que se contará desde la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular y su cónyuge o conviviente, según corresponda.

En caso se solicite la presente cobertura con posterioridad al plazo antes descrito, se procederá a la emisión de la(s) nueva(s) póliza(s) de manera retroactiva, y se procederá a la devolución de la prima pagada correspondiente al período comprendido entre la fecha de fallecimiento y la fecha de solicitud de la presente cobertura.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y AMBULANCIA

1. Descripción de cobertura de Emergencias médicas accidentales

Esta cobertura cubre la integridad de los gastos ambulatorios de las Emergencias Médicas Accidentales (al 100%), en la Red de Clínicas que formen parte de tu Plan de Beneficios, siempre que hayan sido reportados dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia y hasta el límite establecido en tu Plan de Beneficios.

Los controles posteriores a una Emergencia Médica Accidental serán cubiertos al 100% siempre que se continúe el tratamiento en la misma clínica y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días.

Recuerda que, si decides o requieres cambiar de clínica por cualquiera motivo, se aplicarán los términos de la cobertura ambulatoria que forma parte de tu póliza.

2. Descripción de cobertura de Emergencias médicas no accidentales

Esta cobertura cubre los gastos ambulatorios de las Emergencias Médicas No Accidentales y Urgencias (Ver definición en Glosario de Términos) incurridos dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia, en la Red de Clínicas que formen parte de tu Plan de Beneficios, y hasta por el porcentaje de cobertura descrito en el Condicionado Particular.

3. Descripción de cobertura de Ambulancia por emergencia

Esta cobertura consiste en brindar el servicio de traslado en una ambulancia terrestre en caso sufras alguna dolencia, enfermedad o accidente que requiera una atención de emergencia por poner en riesgo tu vida y tu salud, conforme a los límites territoriales descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.

De igual manera cubre todos los medicamentos que le sean suministrados durante el traslado.

En caso, la emergencia ocurra en un lugar no contemplado dentro de los límites territoriales, esta cobertura se brindará a través de un reembolso hasta el límite establecido en tu Plan de Beneficios.

Esta cobertura se otorga, de acuerdo con la disponibilidad del servicio, durante las 24 (veinticuatro) horas y todos los días del año, por emergencia médica o emergencia accidental. **Se deja constancia que esta cobertura no emite un certificado médico de atención.**

4. Procedimiento para solicitar cobertura para Emergencias médicas accidentales y emergencias médicas no accidentales

En caso de contar con la cobertura EN EL PERÚ:

- a. Comunícate a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de dar aviso de la emergencia o preséntate a un centro de salud que cuente con la capacidad para atender emergencias conforme lo indicado en tu Plan de Beneficios, dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.

En caso de contar con la cobertura EN EL EXTRANJERO:

- a. Si el centro de salud elegido para atender tu emergencia no estuviese afiliado a la red de proveedores de RIMAC, deberás avisar a RIMAC, o, en su caso, al operador internacional, dentro de las 24 (veinticuatro) horas de iniciado el tratamiento si éste es ambulatorio o, si éste es hospitalario, dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes a la admisión, aun en caso hayas sido dado luego de alta.
- b. Si el centro de salud acepta brindar las atenciones bajo la modalidad de "crédito", se otorgará la cobertura bajo la condición previa de haber seguido el procedimiento de pre-certificación establecido en el punto 2.2. del Condicionado General. Si no acepta trabajar al crédito, deberás presentar a RIMAC, la Solicitud de Reembolso, detallando aquello que se pagó de forma directa por los servicios y honorarios.

5. Procedimiento para solicitar cobertura para Ambulancia por emergencia

- a. Comunícate a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de coordinar el traslado por ambulancia.
- b. De acuerdo con la información obtenida, RIMAC solamente aprobará el otorgamiento de la presente cobertura, si es que el estado corresponde a una emergencia (ver definición en las Condiciones Generales).

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE PRÓTESIS INTERNAS QUIRÚRGICAMENTE NECESARIAS Y PIERNAS O BRAZOS ARTIFICIALES

1. Descripción de cobertura de Prótesis internas quirúrgicamente necesarias

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidente y/o enfermedad que sean requeridos por el médico tratante, de acuerdo con las condiciones señaladas hasta el límite indicado en el Plan de Beneficios.

No se cubren prótesis dentales, aun cuando se hayan producido como consecuencia de un accidente.

2. Descripción de cobertura de Piernas o brazos artificiales

Cubre el costo de las prótesis artificiales para brazos o piernas 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 que se otorga bajo la activación de esta cobertura.

Los brazos o piernas artificiales serán cubiertos cuando permita alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y en caso no sufras 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 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 y 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 RIMAC.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1 y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS NO PRACTICADOS PROFESIONALMENTE

1. Descripción de cobertura

La presente cláusula adicional cubre los gastos médicos por las lesiones sufridas a consecuencia de la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera NO profesional, y **siempre y cuando no hayan sido practicados o desarrollados en una competencia deportiva en la cual haya algún tipo de remuneración, compensación alguna, reconocimiento y/o premio.**

La cobertura es para: 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, ski-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña, de acuerdo con el límite y cobertura estipulados en el Plan de Beneficios.

2. Procedimiento para solicitar cobertura

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1 y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

1. Descripción de cobertura

Esta cobertura otorga un pago indemnizatorio por cada día de hospitalización a causa de una enfermedad o accidente, hasta por el monto y límites establecidos en las Condiciones Particulares, y siempre que dicha hospitalización no sea causada por algún evento excluido por la presente póliza.

Para activar esta cobertura, deberás haber permanecido hospitalizado, por más de veinticuatro (24) horas continuas, en una Institución Hospitalaria legalmente establecida dentro y fuera del territorio nacional. (dentro del territorio nacional, superior a Categoría I-4 del 1er Nivel de atención por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD)

2. Procedimiento para solicitar cobertura

Si la hospitalización es de 0-7 días:

- a. **Certificación de Reproducción Notarial (Antes copia legalizada) del Informe de hospitalización o constancia, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del Asegurado, fecha de “alta” del Asegurado y el diagnóstico.**
- b. **Copia simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.**

Si la hospitalización es mayor a 7 días:

Adicionalmente a los documentos antes indicados, deberás presentar Copia Fedateada y Foliada de la historia clínica, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del asegurado, fecha del “alta” del asegurado y el diagnóstico

En caso de fallecer antes de poder recibir la indemnización, los herederos legales deberán presentar adicionalmente:

- a. **Copia Certificada de la Partida de Defunción, la misma que deberá ser solicitada a RENIEC.**
- b. **Copia simple del Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.**
- c. **Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de necropsia, en caso corresponda, el mismo que deberá haberse tramitado bajo los procedimientos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.**

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE MATERNIDAD

1. Descripción de cobertura

Esta cláusula adicional cubre los gastos por atención de maternidad descritas en el Plan de Beneficios de la Póliza, en caso de que el asegurado se encuentre en estado de gestación, así como sus posibles complicaciones.

En caso de hospitalización del asegurado debido a la maternidad, ello no activará la cobertura de indemnización por hospitalización descrita en Clausula Adicional del mismo nombre.

2. Periodo de espera

La presente cobertura de maternidad cuenta con un periodo de espera descrito en las condiciones particulares de la póliza de seguro y será contado desde el inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o desde que el Asegurado acreedor de esta cobertura fue registrado o inscrito bajo la misma. Por tanto, ninguna atención relacionada al estado de gestación del asegurado que se encuentre dentro del periodo de espera será cubierta por esta Póliza.

Una vez culminado el periodo de espera, el asegurado que se encuentre en estado de gestación podrá hacer uso de esta cobertura, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante aquel periodo de espera no serán cubiertos por esta cobertura.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE MÉDICO A DOMICILIO

1. Descripción de cobertura

Esta cobertura tiene como finalidad atender enfermedades agudas y de baja complejidad (síntomas durante menos de 7 días), tales como un resfrío, dolor de garganta o malestar general que puedan ser atendidos por un médico general y que no sean considerados urgencias ni emergencias. Además, esta cobertura incluye la entrega de medicinas y la toma de muestras de laboratorio a domicilio.

Esta cobertura está disponible solo en Lima Metropolitana y en ciertas provincias. Infórmate de las zonas de cobertura en el Plan de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares de tu Póliza. Si consideras que cuentas con una urgencia o emergencia te sugerimos que te acerques al área de emergencias de una clínica de la red de clínicas que forman parte de tu Póliza, lo más pronto posible.

2. Procedimiento para solicitar cobertura

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 01 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro, a fin de coordinar la hora de visita del médico.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE ODONTOLOGÍA

1. Descripción de cobertura

La presente cláusula adicional cubre los gastos por atenciones odontológicas, llevadas a cabo por un profesional de la salud del consultorio dental de los Centros Odontológicos descritos en tu Plan de Beneficios.

Revisa el detalle de las atenciones cubiertas por esta cláusula, así como sus copagos y deducibles en el Plan de Beneficios que forman parte de tu Condicionado Particular.

2. Periodo de espera

Para esta cobertura aplica un Periodo de Espera descrito en las Condiciones Particulares de tu póliza de seguro y será contado desde la fecha de inicio de vigencia de tu Póliza de Seguro o desde la fecha de incorporación del asegurado en la póliza que solicite la presente cobertura.

3. Exclusiones particulares

Adicionalmente a las exclusiones descritas en el numeral 4 del Condicionado General, la presente cobertura no cubre:

- Cualquier procedimiento odontológico que no tenga relación con los siguientes procedimientos dentales: Consulta y diagnóstico, Calces en resina en cualquier superficie, Extracciones simples y Profilaxis.
- Atenciones médicas por un prestador que no forme parte de la red de prestadores de la póliza.
- Odontología que requiera cirugía, sea por enfermedad, accidente o estético.
- Médico odontólogo a domicilio ni médico telefónico.
- Atenciones y servicios con fines netamente estéticos.

4. Procedimiento para solicitar cobertura

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE OFTALMOLOGÍA

1. Descripción de cobertura

Esta cláusula adicional cubre los gastos de atenciones ambulatorias en la especialidad de oftalmología y también otorga un examen de medición de vista durante la vigencia de la presente Póliza para cada Asegurado, según la disponibilidad de los proveedores de servicios de Salud descritos en tu Plan de Beneficios.

La presente cobertura se brinda en los Centros Oftalmológicos y en la Red de Clínicas descritas en tu Plan de Beneficios conforme a las condiciones detalladas en las Condiciones Particulares de tu Póliza.

Recuerda que en caso te atiendas a través de la Red de Clínicas de tu Plan de Beneficios, esta cobertura se brindará conforme a las condiciones aplicables a dicho Establecimiento de Salud, para las atenciones ambulatorias y hospitalarias (en caso la hubieras contratado), que se encuentran descritas en tu Plan de Beneficios.

2. Procedimiento de atención

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza.

SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL DE SEPELIO

1. Descripción de cobertura

Esta cláusula adicional se activa ante el fallecimiento y siempre que dicho evento no esté comprendido dentro de las exclusiones de la Póliza de Seguro. La cobertura que se otorga consiste en la prestación del servicio funerario a cargo de los proveedores de servicios de RIMAC.

El detalle de las prestaciones del servicio funerario, así como sus condiciones y límites se encuentran descritos en tu Plan de Beneficios que forman parte de las Condiciones Particulares.

2. Procedimiento de atención.

La presente cobertura de sepelio se solicita directamente a cualquiera de los proveedores de servicios funerarios descritos en el Plan de Beneficios de su Póliza de Seguros, al cual deberá presentar – principalmente- el Certificado Médico de Defunción respectivo y el Documento Nacional de Identidad del Asegurado en original.

No obstante, lo antes indicado, el proveedor de servicios funerarios podrá solicitar requisitos adicionales para proceder a activar la presente cobertura.

El límite asegurado y las condiciones de esta cobertura se encuentran en el Plan de Beneficios de esta Póliza.