

RIMAC EPS

Condiciones Generales del Contrato de Afiliación

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud

(Según el Decreto Supremo N° 003-98-SA, Normas Técnicas de la Ley N° 26790)

Artículo 1°. - EL CONTRATO

El presente contrato de afiliación, la solicitud del seguro, las declaraciones de remuneraciones mensuales, los endosos, los certificados que se extienden a las personas por ella aseguradas, el registro de afiliados anexo, y el Plan de Salud, constituyen el contrato único entre LA EPS y EL CONTRATANTE, y servirán de base para el pago de primas y de siniestros, garantizando la EPS bajo su responsabilidad, que los datos que se consignan en estos documentos concuerdan entre sí.

Artículo 2°. - DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato de afiliación se entenderá por:

a. Accidente de trabajo: a toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión de las labores para las cuales ha sido contratado el trabajador, causadas 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, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Se considera igualmente accidente de trabajo:

1. Al que sobrevenga al trabajador asegurado durante la ejecución de órdenes de EL CONTRATANTE o bajo su autoridad, aun cuando se profesen fuera del centro y horas de trabajo.
2. El que se produce antes, durante o después de la jornada laboral o en las interrupciones del trabajo; si el trabajador asegurado se hallara por razón de sus obligaciones laborales, en cualquier centro de trabajo de EL CONTRATANTE, aunque no se trate de un centro de trabajo de riesgo ni se encuentre realizando las actividades propias del riesgo contratado.
3. El que sobrevenga por acción de EL CONTRATANTE o sus representantes o de tercera persona, durante la ejecución del trabajo.

No constituye accidente de trabajo aquellos supuestos señalados en el numeral 2.3 del artículo 2 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA y el artículo 16 del presente contrato.

b. Actividades de alto riesgo: las que realizan los asegurados en las labores que se detallan en la cuarta disposición final de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o según normativa vigente.

c. Asegurado: son asegurados obligatorios la totalidad de los trabajadores que laboran en un centro de trabajo en el cual se desarrollan las actividades previstas la Cuarta Disposición Final de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o normatividad vigente, sean empleados o obreros, eventuales, temporales o permanentes.

Son también asegurados obligatorios del seguro complementario de trabajo de riesgo, los trabajadores de EL CONTRATANTE que, no perteneciendo al centro de trabajo en el que se desarrollan las actividades referidas en la Cuarta Disposición Final de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o normativa vigente, se encuentran expuestos al riesgo por razón de sus funciones, de acuerdo a lo señalado en el penúltimo párrafo del artículo 6 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA.

Los nuevos trabajadores de EL CONTRATANTE podrán ser incorporados al presente contrato de afiliación. Los asegurados son declarados nominalmente por EL CONTRATANTE, conforme lo disponga LA EPS, lo que implica que únicamente se brindará cobertura a quienes se encuentren declarados como asegurados en esta póliza en forma previa al momento de ocurrir un siniestro.

d. Centro de Trabajo: se considera centro de trabajo al establecimiento de EL CONTRATANTE en el que se ubican las unidades de producción en las que se realizan las actividades de riesgo inherentes a la actividad descrita en la Cuarta Disposición Final de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA y/o normativa vigente. Incluye a las unidades administrativas y de servicios que, por su proximidad a las unidades de producción, expone al personal al riesgo de accidente de trabajo o enfermedad profesional propio de la actividad productiva.

e. Enfermedad profesional: todo estado patológico que ocasione incapacidad permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.

f. Remuneración asegurable: está constituida por el total de las rentas provenientes del trabajo personal del afiliado percibidas en dinero, cualquiera que sea la categoría de renta a que deban atribuirse de acuerdo a las normas tributarias sobre la materia.

En el caso de los trabajadores dependientes, se considera remuneración asegurable a la remuneración computable a que se refiere el Texto Único Ordenado de la Ley de Compensación por Tiempo de Servicios, aprobado por Decreto Supremo N° 001-97-TR y sus normas reglamentarias o las que las sustituyan.

Los subsidios de carácter temporal que perciba el trabajador cualquiera sea su naturaleza, se consideran dentro del concepto de remuneración para el cómputo de la "remuneración mensual" y se encuentran afectos a las primas por las coberturas del seguro complementario de trabajo de riesgo. El mismo tratamiento recibirán las gratificaciones ordinarias, es decir aquellas que se otorguen en periodos regulares y estables en el tiempo. Para estos efectos se considera que una gratificación adquiere

regularidad cuando es abonada por el empleador a la generalidad de trabajadores o a un grupo de ellos, durante dos (2) años consecutivos, cuando menos en periodos semestrales.

En el caso que un trabajador reciba un reintegro de remuneración, este será declarado como parte de la remuneración del mes en que se paga.

Artículo 3º.- TASA

Es el porcentaje que se debe aplicar a las remuneraciones de los trabajadores declarados, para el cálculo de la prima a cargo de EL CONTRATANTE.

LA EPS podrá modificar la tasa de acuerdo con el numeral 16.6 del artículo 16 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA por agravamiento del riesgo. Asimismo, LA EPS o EL CONTRATANTE podrán revisar la tasa en cualquier momento y será reajustada según el índice de siniestralidad o nivel de riesgo.

Para el reajuste de la tasa de la prima, LA EPS deberá cursar a EL CONTRATANTE, con una anticipación no menor a 30 días calendario previos a la vigencia de la nueva tasa, una comunicación escrita manifestando las nuevas condiciones de contratación.

EL CONTRATANTE, de no estar de acuerdo con el reajuste realizado, tendrá un plazo de 30 días para manifestarse en ese sentido. Vencido este plazo obteniendo respuesta negativa al reajuste o no habiéndose manifestado al respecto, LA EPS podrá resolver el contrato de pleno derecho.

Artículo 4º. - COBERTURAS

LA EPS brindará las prestaciones establecidas en las normas técnicas del SCTR a través de su infraestructura propia e infraestructura contratada a terceros. La cobertura es por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, es integral, ilimitada y se extiende hasta que el trabajador esté completamente rehabilitado y/o readaptado y/o se produzca la declaración de invalidez permanente total o parcial o su fallecimiento. Comprende atenciones médicas, atención hospitalaria, medicamentos, placas radiográficas, análisis de laboratorio, aparato de prótesis y ortopédicos necesarios y cualquier otro gasto médico incurrido a consecuencia del accidente de trabajo y/o enfermedad profesional. La cobertura rige para los asegurados, a partir del día de inicio de la vigencia del contrato.

Los establecimientos en los que se otorgará las prestaciones serán los que LA EPS informe a EL CONTRATANTE, pudiéndose modificar la relación de establecimientos disponibles durante la vigencia de la póliza, o inclusive una vez culminada dicha vigencia para los casos donde se continúen brindando atenciones, lo cual será informado por LA EPS con 30 días calendarios de anticipación.

El presente contrato sólo es exigible respecto de los tratamientos médicos practicados en el Perú, salvo el caso de emergencia amparada en el seguro ocurridas en el extranjero o tratamientos médicos que no puedan ser practicados en el país, los cuales se atenderán según los costos usuales en el Perú por tratamientos similares.

Sólo estarán cubiertas las emergencias amparadas por el seguro ocurridas en el extranjero, siempre que

EL CONTRATANTE haya comunicado a LA EPS con anticipación a la exposición al riesgo, que su trabajador realizará sus labores en el extranjero, señalando la actividad que realizará, la fecha de inicio and fin de labores.

Como beneficio adicional, LA EPS otorga la cobertura de evacuación de trabajadores asegurados accidentados hasta un establecimiento médico que forme parte de su red de establecimientos afiliados o a cualquier otro, en caso de falta de capacidad resolutive. Este beneficio se activa cuando el asegurado accidentado no puede ser evacuado por EL CONTRATANTE debido a su estado crítico y por pertinencia médica amerite ser trasladado en unidades médicas especializadas.

Artículo 5°. - PRIMAS

La prima será equivalente a la multiplicación de la tasa neta acordada y estipulada en la liquidación de primas, por el monto de la remuneración de los trabajadores declarados por EL CONTRATANTE en cobertura.

De acuerdo a lo dispuesto en las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA, las gratificaciones ordinarias, cuando son pagadas a los trabajadores, deben ser incluidas en el monto de las remuneraciones de los trabajadores.

Artículo 6°. - DECLARACIÓN DE PLANILLAS

En los casos en los que EL CONTRATANTE solicite que la cobertura sea por un periodo bimensual, trimestral, semestral o anual, declarará a LA EPS una planilla inicial y se mantiene obligado a declarar a LA EPS dentro de los quince (15) primeros días de cada mes siguiente la planilla de trabajadores actualizada. Los trabajadores no declarados dentro del plazo indicado carecen de cobertura de acuerdo al numeral 16.3 del artículo 16 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98-SA. De no cumplir con la declaración dentro del plazo indicado en este artículo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 10 de este contrato.

En caso EL CONTRATANTE, declarase una suma total de remuneraciones menor a la que figura en las planillas y boletas de pago, LA EPS pagará el íntegro de las prestaciones que correspondan al trabajador o beneficiario, pero ejercerá el derecho de repetición contra EL CONTRATANTE por el exceso no cubierto por el seguro en forma proporcional al porcentaje de prima no pagada.

Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo anterior, LA EPS tiene la facultad de realizar las revisiones que considere necesarias a efectos de constatar que la remuneración declarada sea la correcta y coincida con la que consta en las planillas y boletas de pago. Para ello, EL CONTRATANTE se compromete a brindar todas las facilidades a LA EPS a fin de que esta realice una adecuada revisión de la información que requiera para dicho fin.

De encontrarse alguna diferencia entre la remuneración declarada y la que consta en las planillas y boletas de pago que, a su vez genere un déficit en el importe de las primas pagadas, EL CONTRATANTE se obliga a su regularización en el plazo máximo de 5 días calendarios desde que se le comunique. De no cumplir

con dicha regularización, resultará de aplicación la resolución dispuesta en el Artículo 10 de este contrato.

Artículo 7°. - PAGO DE PRIMA

EL CONTRATANTE deberá pagar la prima mensual dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de emisión del contrato de afiliación o dentro del periodo que se haya convenido. Vencido dicho plazo EL CONTRATANTE automáticamente incurrirá en mora, declarando las partes expresamente que no será necesaria intimación alguna para que dicha mora exista.

Para efecto del pago de la prima, EL CONTRATANTE utilizará los formatos que LA EPS proporcione, detallando el monto de planillas de los trabajadores declarados para la cobertura y efectuará el pago de la prima de acuerdo con las tasas estipuladas en la liquidación.

Artículo 8°. - SUSPENSIÓN DE COBERTURA

La demora en el pago de la prima dentro del plazo estipulado en el artículo precedente o la inejecución de las medidas de protección o prevención señaladas en el artículo 8 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N°003-98 SA, dará lugar a la suspensión automática de la cobertura a partir de la fecha de tal incumplimiento sin necesidad de aviso previo o declaración judicial, pero LA EPS continuará obligada a otorgar las prestaciones que se generen durante el período de mora, sin perjuicio de su derecho de repetir contra EL CONTRATANTE por el costo de las mismas, lo cual EL CONTRATANTE reconoce expresamente y desde ya como una obligación de pago pendiente a su cargo. Asimismo, en estos supuestos, LA EPS podrá optar por la resolución del presente contrato, para lo cual remitirá una comunicación por escrito a EL CONTRATANTE, en cuyo caso los trabajadores asegurados luego de transcurridos 30 días calendarios contados desde la entrega de la comunicación antes indicada, continuarán a cargo de ESSALUD hasta que EL CONTRATANTE designe (contrate con) una nueva entidad prestadora que se hará cargo de otorgar la cobertura de salud por trabajo de riesgo.

Si en dicho plazo de treinta (30) días calendarios, EL CONTRATANTE no hubiera contratado a una nueva entidad prestadora para que se haga cargo de otorgar la cobertura de salud por trabajo de riesgo, se entenderá que es voluntad de EL CONTRATANTE, la contratación de la cobertura con ESSALUD, entidad que procederá a extenderla cobrando las primas correspondientes.

Artículo 9º.- RESOLUCIÓN Y NULIDAD DE CONTRATO

Si transcurren los diez (10) días calendarios dentro de los cuales EL CONTRATANTE debe pagar la prima conforme a lo establecido en el artículo 7 precedente, sin que dicho pago se haya producido; LA EPS cursará a EL CONTRATANTE una comunicación de cobranza y aviso de resolución de contrato en caso se mantenga el impago, la cual surtirá efectos una vez transcurridos treinta (30) días calendarios desde la fecha en que EL CONTRATANTE recibió dicha comunicación.

Una vez que el contrato sea resuelto, las coberturas de los trabajadores continuarán a cargo de ESSALUD hasta que se designe una nueva entidad que otorgue las coberturas de ley, siendo de aplicación el numeral 16.8 del artículo 16 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA.

La nulidad supone la ineficacia total del contrato de seguro desde el momento de su celebración o vigencia. El contrato de seguro es nulo en los siguientes supuestos:

- a.** En caso el riesgo amparado por la presente póliza se hubiese materializado con anterioridad a su contratación, o cuando, al momento de dicha contratación, hubiera desaparecido la posibilidad de su ocurrencia.
 - b.** Cuando no exista interés asegurable al tiempo del perfeccionamiento del contrato o al inicio de sus efectos.
 - c.** Por reticencia y/o declaración inexacta -si media dolo o culpa inexcusable de EL CONTRATANTE de circunstancias por ellos conocidas o que hubiesen podido conocer; que hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones si LA EPS hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.
 - d.** Por haber actuado fraudulentamente, exagerar los daños o emplear medios falsos para probarlos.
- En caso de nulidad, EL CONTRATANTE se obliga a devolver a LA EPS el costo de las prestaciones que hubiera asumido bajo la presente póliza.

Artículo 10º. - OMISIÓN DE DECLARACIÓN

EL CONTRATANTE reconoce y acepta en forma expresa que, al no haber formulado la declaración de la planilla de trabajadores, no ha procedido al pago de la prima y por lo tanto, se encuentra dentro de las causales de resolución del presente contrato.

En tal sentido, la EPS, al no haberse producido la declaración de la planilla de trabajadores, y constituyendo esta omisión la causa para que se genere un incumplimiento del pago de la prima, podrá resolver el presente contrato para lo cual cursará a EL CONTRATANTE una comunicación de cobranza y aviso de resolución de contrato, en caso se mantenga el impago, la cual surtirá efectos una vez transcurridos treinta (30) días calendarios desde la fecha en que EL CONTRATANTE recibió dicha

comunicación, salvo que LA COMPAÑIA decida otorgar expresamente un período de gracia a fin de ampliar el plazo para realizar la declaración de planilla y por ende, el pago de la prima.

Artículo 11°. - DELEGACIÓN DE FACULTADES DE COBRANZA

EL CONTRATANTE declara conocer que las labores de cobranza son realizadas por LA EPS, así como que esta puede delegar tales funciones, en forma total o parcial en entidades privadas.

Artículo 12°. - CALIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

EL CONTRATANTE informará a LA EPS en un plazo máximo de 48 horas, el diagnóstico de enfermedad profesional ocasionada por las actividades de riesgo que desarrolla u ocurrencia de un accidente de trabajo de los trabajadores asegurados, mediante el formato físico o electrónico que LA EPS ponga a su disposición. Este reporte resulta de obligatorio cumplimiento, de lo contrario, el procedimiento de atención no se tendrá por iniciado, y por ende no se activarán las coberturas de este producto.

La calificación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales estará a cargo de LA EPS de acuerdo con lo establecido en las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003 98-SA.

En caso que la enfermedad profesional o el accidente de trabajo o se produzcan como consecuencia directa del incumplimiento de las normas de salud ocupacional o seguridad industrial o por negligencia grave de EL CONTRATANTE o por agravación del riesgo o incumplimiento de las medidas de protección o prevención al que se refiere el Artículo 8 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por el Decreto Supremo N°003-98-SA; o por incumplimiento del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo (según la normativa vigente), LA EPS cubrirá el siniestro, pero podrá ejercer el derecho de repetición por el costo de las prestaciones otorgadas contra EL CONTRATANTE, lo cual EL CONTRATANTE reconoce expresamente y desde ya como una obligación de pago pendiente a su cargo.

EL CONTRATANTE deberá informar por escrito a LA EPS de los cambios en el centro de trabajo, que impliquen una agravación del riesgo. LA EPS podrá exigir la adopción de medidas de protección o prevención y/o proponer un reajuste de la tasa de acuerdo con el nuevo riesgo existente en EL CONTRATANTE.

Artículo 13º.- EVALUACIÓN MÉDICA

LA EPS puede exigir exámenes médicos y/o declaración de salud previas a la celebración del contrato y al momento de la incorporación de un nuevo trabajador únicamente para establecer de ser el caso, la existencia de una condición de invalidez previa al seguro por parte de alguno o varios trabajadores.

LA EPS podrá solicitar información médica de los asegurados durante la vigencia del presente contrato para evaluar su estado de salud, atender solicitudes de beneficios o por auditoría médica para control de la evolución del estado de salud de los asegurados. Asimismo, podrá solicitar información médica con posterioridad a la vigencia del presente contrato a efectos de delimitar la cobertura.

En ese sentido, LA EPS, durante la vigencia del presente contrato podrá disponer que se practiquen exámenes médicos, como mínimo una (01) vez cada seis (06) meses y en casos en los que resulte necesario el control respectivo podrá solicitar exámenes adicionales, a los trabajadores de EL CONTRATANTE, debiendo éste y los asegurados brindar las facilidades necesarias.

En caso de que no se cumpla con practicar dichos exámenes, las evaluaciones se realizarán en base a los exámenes médicos que EL CONTRATANTE esté obligado a practicar a sus trabajadores por norma laboral o de su sector, en cuyo caso EL CONTRATANTE asume la obligación expresa de hacer entrega a LA EPS de dichos exámenes o evaluaciones médicas. LA EPS podrá realizar la vigilancia médica de los trabajadores a fin de acompañar a EL CONTRATANTE en la gestión de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, entiéndase, colaborar en la detección de problemas de salud relacionados con el trabajo, los factores de riesgo y demás aspectos, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de afectaciones en la salud de los trabajadores.

Artículo 14º. - ATENCIÓN DE SINIESTROS

14.1 Conocido un accidente por EL CONTRATANTE respecto a alguno de sus trabajadores asegurados, este cursará aviso en un plazo máximo de 48 horas por escrito o correo electrónico a LA EPS.

14.2 En casos de emergencia respecto a alguno de sus trabajadores asegurados, EL CONTRATANTE está obligado a prestar los primeros auxilios, así como procurar la asistencia médica y farmacéutica inmediata requerida por un accidente o enfermedad profesional, quedando facultado para recuperar de LA EPS, los costos razonables que correspondan a las circunstancias, mediante reembolso. Las discrepancias que se produzcan por la aplicación de este artículo serán resueltas por la Comisión Arbitral Permanente a que se refiere el artículo 90 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

14.3 EL CONTRATANTE es responsable de trasladar al trabajador asegurado accidentado al establecimiento de salud afiliado a LA EPS.

14.4 El proveedor médico afiliado a LA EPS recibirá al trabajador asegurado con la sola verificación de la condición de trabajador de EL CONTRATANTE, prestándole la asistencia médica requerida, sin ningún requisito de calificación previa, aun cuando se trate de riesgos excluidos y sin perjuicio de su derecho de repetir contra quien corresponda por el costo del tratamiento.

14.5 LA EPS no podrá referir al trabajador asegurado a otro centro médico, sin observar los procedimientos señalados en el Capítulo 9 del Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

14.6 LA EPS prestará directamente los servicios médicos requeridos en sus propios establecimientos o dispondrá bajo su garantía y responsabilidad, la atención médica necesaria por los establecimientos médicos que designe.

14.7 Las prestaciones médicas de LA EPS serán otorgadas hasta la recuperación total del trabajador asegurado incluyendo el costo de la rehabilitación, prótesis, renovación y reparación de prótesis, así como aparatos ortopédicos necesarios.

Artículo 15°. PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN

15.1 Para atenciones de emergencia, el trabajador asegurado será evacuado por EL CONTRATANTE conforme a lo estipulado en el numeral 17.4 del artículo 17 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003 98-SA y el artículo 14 del presente contrato, al establecimiento médico afiliado a LA EPS, portando su DNI y el formato físico o electrónico que LA EPS ponga a su disposición, debidamente llenado, firmado y sellado por el representante de EL CONTRATANTE.

15.2 En casos de emergencia médica en los que el Asegurado no porte su DNI o el formato, se brindará la atención médica con cargo a regularizar los documentos en un plazo máximo de 24 horas.

15.3 Las evacuaciones hasta un establecimiento médico que forme parte de nuestra red de proveedores afiliados de LA EPS, serán cubiertas únicamente cuando EL CONTRATANTE, debido al estado crítico del asegurado accidentado, no pueda trasladarlo y requiera unidades médicas especializadas. Para la evacuación, EL CONTRATANTE deberá comunicarse a la central de emergencia de LA EPS (ALÓ RIMAC 411-1111 en Lima y 0-800-41111 en provincias) quien verificará la pertinencia médica de la evacuación y los medios que correspondan.

15.4 Los traslados entre establecimientos médicos de la red serán cubiertos por LA EPS cuando el establecimiento de origen no tenga la capacidad resolutive requerida para la atención del siniestro. En dicho caso la clínica de origen (médico tratante) deberá comunicarse con la central de emergencia de LA EPS, donde se verificará la pertinencia médica del traslado.

En los casos que los asegurados hayan sido evacuados inicialmente a establecimientos médicos que no forman parte de la red de establecimientos afiliados a LA EPS, y que luego requieran continuar sus atenciones en la red de establecimientos médicos afiliados a LA EPS, debido a que el establecimiento médico de origen no cuenta con la capacidad resolutive necesaria, también gozarán de la cobertura del traslado siempre que el médico tratante del establecimiento médico no afiliado a la red de establecimientos de LA EPS, se comunique con la central de emergencia de LA EPS y verifique la pertinencia médica del traslado.

15.5 Para el caso de atenciones ambulatorias, continuación de tratamiento, rehabilitación, controles post-operatorios y cualquier otra atención ambulatoria, el asegurado se acercará al establecimiento portando

su documento nacional de identidad o carnet de extranjería de ser extranjero y el formato físico o electrónico que LA EPS ponga a su disposición, debidamente llenado, firmado y sellado por el representante de EL CONTRATANTE en cada una de las oportunidades que requiera atención.

15.6 En caso un asegurado por voluntad propia decida cambiar de médico tratante o proveedor médico, a pesar de que cuente con la capacidad resolutive necesaria para su atención, deberá comunicarlo a LA EPS por escrito, informando la fecha del accidente, establecimiento médico inicial y establecimiento al cual quiere dirigirse a fin de que LA EPS realice la coordinación respectiva. Una vez que LA EPS confirme la procedencia, el asegurado se acercará al centro médico de su elección portando su documento nacional de identidad o carnet de extranjería de ser extranjero y el formato físico o electrónico que LA EPS ponga a su disposición, debidamente llenado, firmado y sellado por el representante de EL CONTRATANTE y los documentos (original o copia) que sustenten las atenciones médicas recibidas en el establecimiento inicial. En este caso, ni el traslado ni el costo de la obtención del original o copia de Historia Clínica estarán cubiertos por LA EPS.

15.7 En caso un trabajador asegurado sea atendido en un centro médico que no pertenezca a la red de proveedores afiliados de LA EPS, esta no cubrirá los costos de las atenciones de manera directa sino, mediante reembolso. Para estos efectos, EL CONTRATANTE deberá adjuntar:

- a.** Formato que LA EPS ponga a su disposición, de la solicitud de atención médica por accidente de trabajo, en físico o electrónico, (debidamente llenada, firmada y sellada por el representante legal de EL CONTRATANTE y por el médico tratante).
- b.** Facturas originales a nombre de Rimac Internacional S.A. E.P.S. con R.U.C. N° 20414955020 para el caso de gastos de procedimientos, análisis, medicinas. Para reembolso de análisis y procedimientos se deberá adjuntar resultados.
- c.** Recibo por honorarios médicos originales a nombre del Asegurado.
- d.** Para reembolso de gastos por medicinas, se deberá adjuntar la receta médica original detallada (indicando cantidad, nombre y costo de cada medicamento).
- e.** Los comprobantes de pago no pueden tener antigüedad mayor a 60 días, y deben contar con el sello de cancelado.

Toda la documentación indicada en el presente artículo se deberá remitir a LA EPS y estará sujeta a auditoría médica.

Artículo 16° . - EXCLUSIONES Y SUPUESTOS DE NO COBERTURA

16.1 No constituye accidente de trabajo:

- a.** Cuando se produzcan en el trayecto de ida y retorno al centro de trabajo, aunque el transporte sea realizado por cuenta de EL CONTRATANTE en vehículos propios o contratados para el efecto.
- b.** Los provocados intencionalmente por el propio trabajador o por su participación en riñas o peleas u otra acción ilegal.
- c.** Los que se produzcan como consecuencia del incumplimiento del trabajador de una orden escrita específica impartida por el empleador.
- d.** Los que se produzcan con ocasión de actividades recreativas, deportivas o culturales, aunque se produzcan dentro de la jornada laboral o en el centro de trabajo.
- e.** Los que sobrevengan durante los permisos, licencias, vacaciones o cualquier otra forma de suspensión del contrato de trabajo.
- f.** Los que se produzcan como consecuencia del uso de sustancias alcohólicas o estupefacientes por parte del asegurado.
- g.** Los que se produzcan en caso de guerra civil o internacional, declarada o no, dentro o fuera del Perú, motín, conmoción contra el orden público o terrorismo.
- h.** Los que se produzcan por efecto de terremoto, maremoto, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza.
- i.** Los que se produzcan como consecuencia de fusión o fisión nuclear por efecto de la combustión de cualquier combustible nuclear.

16.2 Son exclusiones de la cobertura las previstas en el numeral 16.3 del artículo 16 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA:

- a.** Lesiones voluntariamente autoinfligidas o derivadas de tentativa de autoeliminación.
- b.** Accidente de trabajo o enfermedad profesional de los trabajadores asegurables que no hubieren sido declarados por EL CONTRATANTE; cuyas lesiones se mantendrán amparadas por el Seguro Social de Salud a cargo de ESSALUD, de acuerdo con el Art. 88 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- c.** Procedimientos o terapias que no contribuyen a la recuperación o rehabilitation del trabajador asegurado de naturaleza cosmética, estética o suntuaria, cirugías electivas (no recuperativas ni rehabilitadoras) cirugía plástica, odontología de estética, tratamiento de periodoncia y ortodoncia; curas de reposo y del sueño, lentes de contacto. Sin embargo, serán obligatoriamente cubiertos los tratamientos de cirugía plástica reconstructiva o reparativa exigibles como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

Artículo 17°. - SUBROGACIÓN DE DERECHOS

Queda expresamente establecido que LA EPS se subrogará en forma automática en la posición de EL CONTRATANTE y/o Asegurado en los casos en que exista(n) tercero(s) responsable(s) del daño, y podrá en consecuencia reclamar de estos el valor de las prestaciones otorgadas al Asegurado o sus beneficiarios legales.

Artículo 18.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

LA EPS podrá revisar al Asegurado por facultativos designados por ella. En general podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

Si cualquier información referente al Asegurado, o relacionada con su tratamiento fuera simulada o fraudulenta, perderá todo derecho a atenciones médicas sin perjuicio que se inicien contra los responsables, las acciones legales correspondientes.

LA EPS se reserva el derecho de investigar los accidentes para determinar si procede o no el reclamo presentado por el Asegurado.

Para estos efectos podrá solicitar a EL CONTRATANTE, Asegurados y/o beneficiarios, y los establecimientos médicos en los que se hubiera atendido, la documentación que considere pertinente.

Artículo 19°. - TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

El contrato se celebrará a plazo indefinido. Dentro de su vigencia, LA EPS sólo podrá resolverlo por causal de incumplimiento imputable a EL CONTRATANTE, de acuerdo con las normas que regulan el seguro complementario de trabajo de riesgo y según se establece en los artículos 8 y 9 del presente contrato de afiliación, así como en el artículo 3 referido a la disconformidad en la determinación de la tasa a aplicar para el cálculo de la prima. EL CONTRATANTE sí podrá resolver el contrato, sin que medie causal de resolución mediante un preaviso escrito no menor de 90 días calendario.

Artículo 20°. - TRIBUTOS

Todos los tributos, presentes y futuros, que graven las primas o Sumas Aseguradas, así como su liquidación y las pensiones serán a cargo del CONTRATANTE y/o del asegurado y/o beneficiario(s).

Artículo 21°. - PRIMACÍA

Los endosos y Condiciones Particulares priman en orden descendente sobre las Condiciones Generales del presente contrato de afiliación.

Artículo 22° . - COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que tenga que hacerse entre LA EPS y EL CONTRATANTE, con motivo de este contrato de afiliación, deberá efectuarse por escrito mediante carta certificada, correo electrónico u otro medio fehaciente, dirigida al domicilio de LA EPS y en el caso de EL CONTRATANTE a su último domicilio registrado o el que figure en las liquidaciones que se le remiten.

De no haber comunicado el cambio de domicilio, se considerará correctamente notificada la comunicación al último domicilio registrado y tendrá todos los efectos legales.

Artículo 23° . - DOMICILIO

Para todos los efectos del presente contrato de afiliación, las partes señalan como domicilio el declarado ante LA EPS.

Artículo 24° . - ARBITRAJE

La suscripción del presente contrato de seguro complementario de trabajo de riesgo, bajo cualquiera de sus coberturas, implica el sometimiento de las partes contratantes, así como de los asegurados y beneficiarios a las reglas de conciliación y arbitraje a que se refieren los artículos 90º y 91º del Decreto Supremo N° 009-97-SA, vale decir, al Centro de Conciliación y Arbitraje de SUSSALUD, conforme al cual se resolverán en forma definitiva todas las controversias en la que se encuentren involucrados intereses de los asegurados, beneficiarios, EL CONTRATANTE y LA EPS.

Artículo 25° . - DISPOSICIONES FINALES

El pago de primas, el inicio de la cobertura y el término de esta, se regirán por las normas que sobre el particular haya emitido la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) que se encuentren vigentes. Igualmente, el presente Condicionado General podrá sufrir modificaciones, en cumplimiento de las normas expresas que emanen de la autoridad correspondiente.

CLÁUSULAS DE GARANTÍA

Cláusula primera: EL CONTRATANTE deberá realizar la respectiva declaración de salud con ocasión de la incorporación de nuevos trabajadores. La declaración falsa o inexacta sobre el estado de salud de los asegurados hará responsable a EL CONTRATANTE frente a LA EPS del costo de las prestaciones que esta tuviera que asumir.

Cláusula segunda: Las disposiciones sobre seguridad en las actividades de EL CONTRATANTE que estén contenidas en normas de obligatorio cumplimiento, o que tenga que expedir EL CONTRATANTE en cumplimiento de dichas normas; o las contenidas en reglamentos, directivas, procedimientos, memorandos, y cualquier otro documento que haya sido puesto en conocimiento de los asegurados ya sea de manera individual o general para su cumplimiento, constituyen órdenes específicas impartidas por EL CONTRATANTE, por lo que los accidentes de trabajo que se produzcan como consecuencia del incumplimiento de cualesquiera de dichas disposiciones no se encontrará cubierto por este seguro, de conformidad con el literal c. del numeral 2.3 del artículo 2 de las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 TR.

Cláusula tercera: Si LA EPS disgrega la tasa a cobrar por niveles de riesgo, es decir, segmenta la tasa en función a los distintos grados de exposición al riesgo en el que se encontraran los trabajadores de EL CONTRATANTE, este deberá formular la declaración de la planilla de dichos trabajadores de acuerdo al nivel de riesgo al que estén expuestos en razón de sus obligaciones laborales; y el pago de la prima se efectuará de acuerdo a la multiplicación de la tasa por la remuneración.

Si un trabajador sufre un accidente o configura una enfermedad por haber estado expuesto a un nivel de riesgo distinto al declarado, LA EPS pagará el íntegro de las prestaciones que pudieran corresponder. Sin embargo, EL CONTRATANTE se obliga a reembolsar a LA EPS la suma que esta haya pagado. Dicho reembolso se efectuará en forma proporcional a la diferencia porcentual de la tasa del nivel de riesgo declarado y el nivel de riesgo donde ocurrió el siniestro o generó la configuración de la enfermedad profesional.

Cláusula cuarta: EL CONTRATANTE entregará a LA EPS los manuales de Procedimiento y las demás instrucciones escritas que le entregan a sus trabajadores, dentro de los 30 días siguientes al momento de la suscripción del presente contrato.

Cláusula quinta: Se aplica al presente contrato todas las disposiciones establecidas en las Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo aprobadas por Decreto Supremo N° 003-98 SA.

PLAN DE SALUD

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR - SALUD)

1. COBERTURA OBLIGATORIA

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud (SCTR – Salud) otorga cobertura en salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores de las empresas que están obligadas a contratarlo de acuerdo a Ley o a los que lo contraten en forma facultativa.

2. TERRITORIALIDAD

Cobertura a Nivel Nacional (todo el Perú)

3. LÍMITE DE COBERTURA

Las prestaciones de salud serán cubiertas hasta:

- La recuperación total del asegurado por el evento cubierto por el SCTR.
- La declaración de invalidez permanente total o parcial*.
- El Fallecimiento.
- La Alta médica*.

(*) La cual debe ser comunicada a RIMAC EPS.

4. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Emergencia por Accidente de Trabajo: Es 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 de este. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad (Ley General de Salud N°26842, el Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N°26842, así como demás normas modificatorias que resultaran de aplicación).

Toda atención será relacionada a la lesión (segmento corporal) indicada en la hoja SCTR. Pasados los 30 días cualquier otra lesión no declarada en el siniestro inicial no será considerada como parte de la cobertura.

COBERTURA EN ATENCIÓN MÉDICA, FARMACOLÓGICA Y QUIRÚRGICA

Cobertura total de la atención médica a nivel nacional: consultas, interconsultas, medicamentos, material médico, así como los honorarios y gastos de intervenciones quirúrgicas requeridas.

COBERTURA HOSPITALARIA

Incluye los gastos de internamiento, cama, alimentación (estándar brindado por el proveedor), servicios de enfermería, uso de unidades de cuidados intensivos (UCI) e intermedios (UCIN), y servicios de apoyo necesarios durante la hospitalización.

COBERTURA PARA EL DIAGNÓSTICO Y EXÁMENES DE LABORATORIO

Se cubren al 100% los exámenes auxiliares, de laboratorio, patológicos, radiológicos, resonancias magnéticas, tomografías, cualquier otro estudio requerido para el diagnóstico y seguimiento de la lesión o enfermedad que cuente con pertinencia médica.

TRASLADOS

El primer traslado debe ser asumido por el empleador desde el lugar del accidente hasta un establecimiento de salud.

En caso de que el establecimiento de salud no cuente con la capacidad resolutive necesaria y resulte pertinente la derivación a otro establecimiento de salud que, si cuente con la capacidad resolutive necesaria, el traslado será cubierto por RIMAC EPS.

El tipo de ambulancia dependerá de la severidad del accidente y pertinencia médica.

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Cobertura de los tratamientos de rehabilitación y los medios requeridos para la recuperación del trabajador asegurado, con el objetivo de facilitar su reinserción laboral.

Transcurridos seis (6) meses de atenciones en esta cobertura, se procederá a requerir al proveedor la emisión de un informe médico debidamente actualizado que determine la necesidad de mantener la cobertura. Cumplidos los doce (12) meses de atenciones esta cobertura, el caso será derivado a la instancia correspondiente a efectos de evaluar y determinar, de ser el caso, el grado de incapacidad del trabajador asegurado.

Se excluye la cobertura de aquellas terapias que carezcan de sustento médico o cuya eficacia no cuente con evidencia (literatura médica, evidencia científica) suficiente para la recuperación.

PROTESIS Y APARATOS ORTOPEDICOS

En los casos que requieran la provisión de prótesis, esta se otorgará previa evaluación médica integral, sustentada en las especificaciones técnicas desde el punto de vista funcional emitidas por el médico tratante (rehabilitador o traumatólogo).

La cobertura comprende únicamente prótesis definitivas; en consecuencia, se excluyen las prótesis provisionales o de reemplazo. Dicha cobertura se otorgará durante la vigencia del plan y/o hasta el límite de cobertura establecido.

Adicionalmente, el suministro de prótesis y aparatos ortopédicos estará sujeto a pertinencia médica.

La selección de la prótesis se efectuará únicamente dentro de la red de proveedores autorizados por RIMAC EPS.

ATENCION ODONTOLOGICA RECONSTRUCTIVA

Se otorga cobertura para las atenciones ambulatorias correspondientes a tratamientos reconstructivos o reparativos, incluyendo prótesis dentales e implantes, respecto de piezas dentales que hayan resultado dañadas como consecuencia directa, inmediata y debidamente acreditada de un accidente de trabajo.

Dicha cobertura contempla el reemplazo por única vez.

ASISTENCIA Y ASESORAMIENTO PREVENTIVO

Prestación orientada al empleador y a los asegurados, destinada a la gestión preventiva de riesgos laborales, que comprende servicios especializados de asesoría en salud ocupacional, así como el diseño, implementación y seguimiento de programas de capacitación en seguridad y salud en el trabajo, higiene industrial y ergonomía, en concordancia con la normativa vigente aplicable.

CONTINUIDAD

La continuidad de la cobertura será objeto de evaluación a los seis (6) meses de ocurrido el accidente de trabajo, con la finalidad de determinar la procedencia de su mantenimiento.

En caso de que el periodo de atenciones médicas exceda los doce (12) meses desde la fecha del accidente, el asegurado será derivado a una evaluación médico-ocupacional integral, a efectos de determinar la existencia de un eventual grado de incapacidad y la procedencia del otorgamiento de la pensión correspondiente bajo el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).

Reactivación de cobertura:

En aquellos casos en que, como resultado de una evaluación médica posterior al alta, se determine la necesidad de reanudar las atenciones médicas vinculadas directa y causalmente al accidente de trabajo, la reactivación de la cobertura procederá previa validación de RIMAC EPS.

Las atenciones que se autoricen bajo este supuesto deberán ser canalizadas exclusivamente a través de la red de prestadores preferentes continuadores que designe RIMAC EPS.

Supuestos de no reactivación:

- Cuando el asegurado haya sido dado de alta médica definitiva por el médico tratante y/o se haya producido su efectiva reinserción laboral sin restricciones atribuibles al accidente de trabajo.
- Cuando el asegurado se encuentre percibiendo una prestación económica por invalidez bajo el SCTR Pensión.

Continuidad de atenciones sin póliza vigente:

En caso de que el asegurado requiera continuar con atenciones médicas con posterioridad al término de vigencia de la póliza, dichas atenciones serán canalizadas única y exclusivamente a través de la red de prestadores preferentes continuadores que designe RIMAC EPS.

QUEMADURAS

Cobertura para la atención ambulatoria y/o hospitalaria del paciente que haya sufrido quemaduras como consecuencia directa de accidentes de trabajo derivados del desarrollo de actividades de riesgo. Los materiales, insumos y cualquier otro recurso específico requerido para su adecuada atención serán suministrados exclusivamente a través de proveedores designados por RIMAC EPS.

SALUD MENTAL

Aplica única y exclusivamente a contingencias derivadas de accidente de trabajo y, en función de la pertinencia y evaluación médica debidamente sustentada, la continuidad de la cobertura será objeto de revisión cuando el tratamiento exceda los seis (6) meses.