

**CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS CONTRIBUTIVOS
INDEPENDIENTES**

“RIMAC SALUD EMPRENDEDORES”

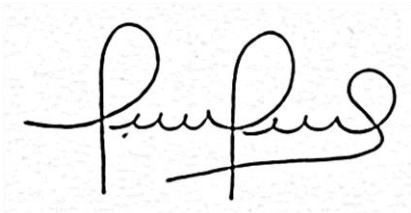
Conste en el presente documento las Condiciones Generales y Condiciones Particulares del Contrato de Prestación de Servicios de Seguridad Social en Salud, que celebran de una parte **RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud**, con R.U.C. N° 20414955020 y domicilio en Av. Paseo de la República No. 3505, piso 11, distrito de San Isidro, provincia de Lima, representada por la señora Carolina Venturo Farro, identificada con D.N.I. N° 40587132 y por el señor Mark Andrés Reyes Ploog, identificado con D.N.I. N° 09540754, según facultades que obran inscritas en la Partida Electrónica N° 11035192 del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de Lima, a quien en adelante se le denominará **“LA EPS”** y de la otra parte señor(a), identificado(a) con D.N.I. N° XXXXXXXX, a quien en adelante se le denominará **“EL AFILIADO”**, en los términos y condiciones que se detallan en el presente documento.

Ambas partes suscriben el presente documento que consta de quince (15) páginas, en dos (2) ejemplares idénticos y de igual valor, en señal de aceptación y conformidad del contenido del presente contrato, especialmente, respecto de las cláusulas que conforman las Condiciones Particulares, las mismas que abarcan desde la Cláusula Décimo Séptima a la Cláusula Trigésimo Segunda y que tienen el siguiente detalle:

- Cláusula Décimo Séptima.- Sustitución de Planes.
- Cláusula Décimo Octava.- Inicio de Vigencia y Cobertura
- Cláusula Décimo Novena.- Documentos Válidos.
- Cláusula Vigésima.- Declaración de salud.
- Cláusula Vigésimo Primera.- Derecho de reclamo a terceros.
- Cláusula Vigésimo Segunda.- Gastos.
- Cláusula Vigésimo Tercera.- Dependientes.
- Cláusula Vigésimo Cuarta.- Periodo de inscripción e inicio de cobertura de los Dependientes
- Cláusula Vigésimo Quinta.- Beneficios y Gastos Cubiertos.
- Cláusula Vigésimo Sexta.- Procedimiento en caso de accidentes de tránsito.
- Cláusula Vigésimo Séptima.- Revisión de Reclamos
- Cláusula Vigésimo Octava.- Reclamación Fraudulenta.
- Cláusula Vigésimo Novena.- Pago de Retribuciones.
- Cláusula Trigésima.- Terminación de la cobertura.
- Cláusula Trigésimo Primera.- De las IPRESS.
- Cláusula Trigésimo Segunda.- Definiciones.

Las partes dejan constancia que, conforme al Decreto Supremo N° 008-2010-SA – Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, toda referencia a Afiliado Potestativo, se entenderá como Afiliado Contributivo Independiente.

Firmado en Lima, a los días del mes de de 20



CAROLINA VENTURO FARRO
RIMAC S.A.
ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD



MARK ANDRÉS REYES PLOOG
RIMAC S.A.
ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD

EL AFILIADO

Nombre:

Tipo de Documento:

Número de Documento:

Dirección:

**CONDICIONES GENERALES DEL
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS POTESTATIVOS**

“RIMAC SALUD EMPRENDEDORES”

CLÁUSULA PRIMERA.- PRINCIPIOS GENERALES

- 1.1 El presente contrato se rige de acuerdo a las normas vigentes en la Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud - y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- 1.2 Se considera Afiliados Potestativos a todas aquellas personas que no reúnen los requisitos para una afiliación regular.
- 1.3 Los avisos y comunicaciones que intercambian las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.

CLÁUSULA SEGUNDA.- COBERTURAS

- 2.1 **RÍMAC INTERNACIONAL S.A. Entidad Prestadora de Salud**, en adelante denominada simplemente “LA EPS”, otorga a “EL AFILIADO” y sus dependientes debidamente inscritos en este Plan de Salud, cobertura en salud que comprende las siguientes prestaciones:
 - 2.1.1 Prestaciones de recuperación de la salud hasta la solución total de la dolencia, respetando los límites de cobertura y la vigencia del Plan de Salud. Éstas incluyen:
 - a) Atención médica, ambulatoria, hospitalaria y de emergencia.
 - b) Medicinas e insumos médicos
 - c) Servicios de rehabilitación.
 - 2.1.2 Prestación de maternidad, que consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al período de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.
 - 2.1.3 Prestaciones de prevención y promoción de la salud que se indican en el Plan Mínimo de Atención a que se refiere el Anexo N° 2 del Decreto Supremo 009-97-SA, las mismas que se describen en documento anexo diferenciadas según edad y sexo y detallándose la periodicidad del beneficio.
- 2.2 La cobertura comprende las prestaciones referidas al Plan Mínimo de Atención detallado en el Anexo N° 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA. Adicionalmente se podrán contratar coberturas complementarias y adicionales, las cuales se regirán por los límites y condiciones establecidas en las Condiciones Particulares. Las preexistencias podrán ser objeto de cobertura complementaria.

CLÁUSULA TERCERA.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

3.1 Este Seguro no cubre:

- 3.1.1 Curas de reposo o de sueño.
- 3.1.2 Cirugía plástica que no contribuya a la recuperación o rehabilitación del paciente por ser de naturaleza cosmética, estética o suntuaria.
- 3.1.3 Cirugía estética para fines de embellecimiento.
- 3.1.4 Todo daño derivado de la autoeliminación o lesiones autoinfligidas.
- 3.1.5 Odontología estética, periodoncia y ortodoncia.
- 3.1.6 Lentes de contacto.

3.2 LA EPS podrá establecer otras exclusiones que serán aplicables únicamente a las coberturas complementarias y adicionales. Para la validez de dichas exclusiones es requisito indispensable que las mismas consten en las Condiciones Particulares y en el Plan de Salud.

3.3 La atención del parto se sujeta a las limitaciones establecidas en el numeral 4.1.

CLÁUSULA CUARTA.- INICIO DE LA COBERTURA Y PERIODO DE CARENCIA

4.1 La fecha de inicio de cobertura constará en el Plan de Salud. En caso de maternidad, es condición para el goce de las prestaciones que la gestante se encuentre afiliada a LA EPS al tiempo de la concepción, dejándose potestad a La EPS de comprobar médicamente esta condición.

Los recién nacidos quedarán cubiertos por el Plan de Salud contratado hasta el décimo quinto día de vida post natal.

4.2 El período de carencia es de tres (3) meses, salvo pacto en contrario que lo reduzca.

4.3 No existe período de carencia en caso de:

- Accidentes.
- Atención de Emergencia según la definición establecida por el Decreto Supremo N° 061-2002-SA;
- Renovación o rehabilitación inmediata de este contrato; o
- Traslado desde ESSALUD, otra EPS o Compañía de Seguros, de haber estado afiliado por lo menos doce (12) meses consecutivos con algún tipo de seguro por prestaciones de salud, cuya vigencia hubiere expirado en no más de treinta (30) días calendario antes del inicio del presente contrato.

4.4 La incorporación de nuevos dependientes al presente contrato constará en una cláusula adicional, quedando sujetos al periodo de carencia, salvo pacto en contrario que lo reduzca. El incorporado al Plan de Salud dentro de los treinta (30) días de nacido quedará exceptuado del periodo de carencia.

CLÁUSULA QUINTA.- PERIODO DE ESPERA

LA EPS podrá aplicar un periodo de espera variable, dependiendo de la complejidad de la dolencia, el cual se establecerá como acuerdo de partes y constará en el Plan de Salud. Se computará desde la incorporación de “EL AFILIADO” a LA EPS.

CLÁUSULA SEXTA.- MODALIDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

- 6.1 Las prestaciones se otorgarán en los establecimientos que forman parte de la infraestructura propia de LA EPS, así como en las entidades vinculadas indicadas en el Plan de Salud.
- 6.2 Se podrán otorgar prestaciones de recuperación de la salud en otros establecimientos de salud no registrados en la SEPS, con cargo a rembolsar los gastos incurridos, de acuerdo a los límites establecidos en el Plan de Salud y a los parámetros de reembolso existentes, previamente informados a “EL AFILIADO”.
- 6.3 LA EPS informará por escrito a “EL AFILIADO”, con una anticipación no menor a quince (15) días calendario, su decisión de resolver el contrato de prestación de servicios de salud que brinde en alguna de las Entidades Vinculadas mencionadas en el Plan de Salud, en cuyo caso la EPS asegurará la continuidad de los servicios de salud en otras Entidades Vinculadas de su red asistencial.
- 6.4 Cuando la resolución de contrato o interrupción de los servicios de salud haya sido decidida por la Entidad Vinculada, la EPS debe informar por escrito a “EL AFILIADO” dentro de los tres (3) días siguientes de ocurrido este hecho. Igualmente, la EPS asegurará la continuidad de los servicios de salud en otras Entidades Vinculadas de la red asistencial.

CLÁUSULA SÉTIMA.- RESPONSABILIDAD DE LA EPS

- 7.1 De conformidad con el Artículo 62° del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA, LA EPS asume ante “EL AFILIADO” la responsabilidad por los servicios prestados en los establecimientos de salud que forman parte de la infraestructura propia y en las Entidades Vinculadas indicadas en el Plan de Salud.
- 7.2 Son aplicables las reglas de nulidad de estipulaciones sobre exoneración y limitación de responsabilidades establecidas en el artículo 1328° del Código Civil, comprendiendo a los supuestos de culpa leve.

CLÁUSULA OCTAVA.- RETRIBUCIÓN

- 8.1 Como contraprestación por el otorgamiento de la cobertura contratada, “EL AFILIADO” pagará, de acuerdo a la periodicidad y condiciones pactadas, a LA EPS, la retribución indicada en el Anexo 2, que incluye los tributos de ley y gastos, el cual forma parte integrante del presente contrato.

- 8.2 La falta de pago de una retribución dentro de los plazos establecidos dará lugar a la mora automática, sin necesidad de intimación previa a “EL AFILIADO”, quedando desde ese momento suspendida la cobertura materia del presente contrato.
- 8.3 Si “EL AFILIADO” que ha incurrido en mora cumple con ponerse al día en las retribuciones adeudadas, recobrará el derecho a gozar de los beneficios de este contrato a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, pero sin efecto retroactivo, por lo que en ningún caso responderá LA EPS por contingencias ocurridas, iniciadas, derivadas o a consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que “EL AFILIADO” se encontrara en mora en el pago de las retribuciones.

“EL AFILIADO” no recobrará el derecho si la EPS hubiere optado por la resolución del contrato por cualquiera de las causales previstas en la cláusula Décimo Tercera.

CLÁUSULA NOVENA.- COPAGOS

- 9.1 Las prestaciones materia del presente contrato, están sujetas a copagos a cargo de “EL AFILIADO” los cuales se establecen en el Plan de Salud.
- 9.2 No están sujetas a copago alguno, las atenciones en servicios de emergencia, según la definición establecida por el Decreto Supremo N° 061-2002-SA. Las prestaciones de maternidad y las prestaciones preventivas o promocionales serán otorgadas sin copago por lo menos en una Entidad Vinculada de la red asistencial establecida por LA EPS.

CLÁUSULA DÉCIMA.- REAJUSTE DE RETRIBUCIONES O COPAGOS

- 10.1 LA EPS únicamente reajustará el monto de la retribución o de los copagos pactados por las causales que constan en el Anexo 2. En tal sentido, en dicho Anexo, al momento de la suscripción, se especificarán los plazos de vigencia de la retribución y de los copagos, así como las causales para proceder al reajuste.
- 10.2 El reajuste de la retribución o de los copagos será producto del resultado final de una evaluación técnica de la siniestralidad de toda la cartera de afiliados; asimismo, si fuera por causales distintas a las establecidas en el Anexo 2, en ambas situaciones, se cursará una comunicación escrita a “EL AFILIADO” informándole la intención de reajustar tales montos. Luego de transcurridos cinco (5) días hábiles de recibida dicha comunicación y no haber “EL AFILIADO” formulado por escrito observación alguna, se dará por consentido el incremento en mención. Las observaciones que no sean resueltas de común acuerdo por las partes serán sometidas a lo estipulado en la cláusula décimo quinta.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA.- EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

- 11.1 Antes de la celebración del presente contrato o durante su vigencia, LA EPS podrá disponer que “EL AFILIADO” y sus dependientes se sometan a exámenes médicos o suscriban declaraciones de salud. LA EPS no podrá impedir o restringir el derecho de “EL AFILIADO” a continuar asegurado basada en los resultados de los exámenes realizados o declaraciones juradas de salud.

11.2 En ningún caso, “EL AFILIADO” pagará el costo del citado examen médico.

11.3 LA EPS se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tales exámenes médicos o declaraciones juradas de salud, dentro de los límites de la ley.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA.- PLAZO

12.1 El presente contrato se celebra por el plazo de un año, y quedará automática y sucesivamente renovado por igual plazo, salvo que “EL AFILIADO” comunique a la EPS, con treinta (30) días calendario de anticipación, su voluntad de no renovarlo.

12.2 “EL AFILIADO” adquiere la calidad de tal desde la fecha en que suscribió el contrato y se adhirió al Plan de Salud y mantendrá todos sus derechos en tanto el contrato esté vigente por renovación o rehabilitación inmediata.

12.3 La EPS no podrá negar la renovación del contrato ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por “EL AFILIADO” durante el periodo de vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA.- RESOLUCIÓN

13.1 Son causales de resolución del presente contrato las siguientes:

13.1.1 El acuerdo de las partes.

13.1.2 Cuando “EL AFILIADO” en un año incurra en mora en dos oportunidades.

13.1.3 Cuando “EL AFILIADO” incumple con el pago de dos retribuciones consecutivas.

13.1.4 La declaración de salud falsa o inexacta y/o por actos dolosos debidamente comprobados o demostrados por LA EPS.

13.1.5 El cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquiera de las obligaciones de una de las partes, para cuyo efecto la parte que se perjudica con el incumplimiento requerirá notarialmente a la otra para que satisfaga su prestación en el plazo de quince (15) días calendario, bajo pena de resolución del contrato. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.

Tratándose de las causales 13.1.2, 13.1.3 y 13.1.4, la resolución del contrato se producirá de pleno derecho cuando la EPS comunique por escrito a “EL AFILIADO” que hace valer la cláusula resolutoria.

13.2 Las partes están obligadas al cumplimiento de las obligaciones contraídas hasta el momento en que se hace efectiva la resolución del contrato.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA.- DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio el que se indica en las Condiciones Particulares, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a este contrato, salvo que se hubiera comunicado a la otra parte el cambio de domicilio mediante documento de fecha cierta y con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

- 15.1 Todas las desavenencias o controversias que pudieran surgir entre LA EPS y “EL AFILIADO”, derivadas del presente contrato, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje en salud, de conformidad con los respectivos Reglamentos del Centro de Conciliación y Arbitraje de LA SEPS, a cuyas normas se someten las partes.
- 15.2 Si las partes optaran por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resolverán la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con el respectivo Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de LA SEPS.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA.- DEFINICIONES

Para efectos de las presentes Condiciones Generales y, en lo que resulte aplicable, a las Condiciones Particulares, se entenderá por:

- a) Accidente.- Toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.
- b) Afiliado.- Asegurado Titular que celebra el presente contrato en su favor y sus dependientes.
- c) Afiliado Potestativo.- Persona que no reúne los requisitos de Afiliación Regular.
- d) Asegurados.- Titular y dependientes amparados por el plan de salud materia del presente contrato.
- e) Copago.- Importe que debe pagar el asegurado por las prestaciones recibidas. Puede expresarse en una cantidad fija expresada en moneda, en un porcentaje del costo de las prestaciones.
- f) Carencia.- Período durante el cual los afiliados potestativos no gozan de las coberturas y prestaciones contenidas en el Plan de Salud contratado, salvo los casos establecidos en las Condiciones Generales.
- g) Dependiente.- Toda aquella persona que depende económicamente de “EL AFILIADO” titular.
- h) LA EPS.- La Entidad Prestadora de Salud, que suscribe, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud-SEPS.
- i) Ley.- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud;
- j) Plan de Salud.- Es el documento que detalla las coberturas que otorgará LA EPS, así como la forma en que tales prestaciones se otorgarán. Incluye las coberturas, las exclusiones y los establecimientos vinculados al Plan. Asimismo, dicho documento considera detalladamente, y no de manera genérica, los plazos de vigencia de los

copagos y de las retribuciones, sus condiciones y causales para proceder a su reajuste.

- k) Plan Mínimo de Atención.- Conjunto de intervenciones de salud que como mínimo deben otorgarse a los afiliados potestativos y que constan en el Anexo 2 del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- l) Reglamento.- Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA.
- m) Preexistencia.- Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a llenar y suscribir la Declaración Jurada de Salud.
- n) Emergencia.- Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención y procedimientos quirúrgicos y/o médicos inmediatos al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. La determinación de la condición de emergencia es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad.
- o) Periodo de Espera.- Es aquél donde se postergan algunas atenciones. En tal sentido para tener derecho a alguna de estas atenciones debe transcurrir el plazo establecido en el Plan de Salud, contado a partir de la incorporación a la EPS, el cual deberá ser consecutivo y sin periodos de morosidad.
- p) Cobertura Complementaria.- Comprende la atención de contingencias correspondientes a la capa compleja, no comprendidas en el Plan Mínimo de Atención, que permiten dar integridad, oportunidad y continuidad a las prestaciones de salud. Se encuentra sujeta a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes.
De ser otorgados los servicios tales como: médico a domicilio, programas de pacientes crónicos, orientación médica telefónica, y otros similares, deberán estar comprendidos en esta cobertura.
- q) Beneficios Adicionales.- Son servicios distintos a los beneficios comprendidos en el Plan Mínimo de Atención y cobertura complementaria, tales como: Sepelio, segunda opinión, excimer láser, entre otros, y están sujetos a los límites, prestaciones y condiciones estipulados libremente por las partes, se financiarán necesariamente mediante aportes adicionales.
- r) Red.- Conjunto de centros asistenciales de todos los niveles de complejidad y capacidad de resolución suficiente para atender las prestaciones cubiertas por el Plan de Salud; son articulados funcionalmente para asegurar la atención a la salud y enfermedad de “EL AFILIADO” y sus dependientes con oportunidad, calidad y calidez, en proporción a la complejidad y magnitud de la demanda en un ámbito geográfico poblacional determinado.

**CONDICIONES PARTICULARES DEL
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA AFILIADOS CONTRIBUTIVOS
INDEPENDIENTES**

“RIMAC SALUD EMPRENDEDORES”

CLÁUSULA DÉCIMO SETIMA.- SUSTITUCION DE PLANES

Para efectos del presente Contrato, las coberturas del Plan de Salud corresponden a las prestaciones descritas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA, el mismo que conforme al artículo 96° del Reglamento de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, reemplaza al Plan Mínimo de Atención detallado en el Anexo N° 2 del Decreto Supremo N° 009-97-SA.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA.- INICIO DE LA COBERTURA

Adicionalmente a lo indicado en la Cláusula Cuarta de las Condiciones Generales, la fecha de inicio de la cobertura del PEAS estará sujeta a lo siguiente:

- a) Si la suscripción del presente contrato se realiza durante los siete primeros días del mes en curso, la cobertura se iniciará el primer día del mismo mes.
- b) Si la suscripción del presente contrato se realiza posterior a los siete primeros días del mes en curso, la cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente.

En ambos casos, la cobertura del PEAS se activará siempre y cuando se haya realizado el pago de la mensualidad correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA.- DOCUMENTOS VALIDOS

Los documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes lo conforman el presente Contrato, sus eventuales addendums suscritos por ambas partes, el Plan de Salud contratado, así como también la Solicitud de Inscripción con su respectiva Declaración de Salud.

CLÁUSULA VIGÉSIMA.- DECLARACION DE SALUD

Las personas que se afilien al PEAS tienen la obligación de efectuar una Declaración de Salud en los formularios proporcionados por LA EPS. La declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte de “EL AFILIADO” y sus Dependientes.

LA EPS deja constancia que la referida Declaración de Salud no generará exclusiones en las coberturas del PEAS.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA.- DERECHO DE RECLAMO A TERCEROS

LA EPS al indemnizar uno o más beneficios cubiertos por el presente contrato, podrá reclamar directamente al tercero responsable del daño que ocasionó la(s) lesión(es) o la(s) enfermedad(es), el importe de los beneficios pagados por LA EPS a favor de “EL AFILIADO” o sus Dependientes (conforme a la definición que se precisa en la Cláusula Vigésimo Tercera).

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA.- GASTOS

Las partes acuerdan que cualquier gasto no contemplado en el presente contrato o que pudiera presentarse en un futuro como consecuencia de la entrada en vigencia de una norma, será asumido por quien corresponda, de acuerdo a lo establecido en la norma, ley o reglamento específico.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA.- DEPENDIENTES

Conforme a lo establecido en el artículo 82° del Reglamento de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, para efectos del presente Contrato, se considerarán Dependientes de “EL AFILIADO”:

- a) A sus derechohabientes, entendiéndose éstos como el cónyuge o concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente;
- b) A los hijos solteros mayores de 18 (dieciocho) años y menores de 24 (veinticuatro) años de edad al momento de la inscripción.

En ambos casos, será requisito indispensable que dependan económicamente de EL AFILIADO.

El límite de permanencia para los hijos referidos en el numeral b) precedente, será al cumplir los 25 (veinticinco) años de edad. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia del presente contrato, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de LA EPS.

No existen limitaciones de edad para EL AFILIADO, cónyuge o concubino/a.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN E INICIO DE COBERTURA DE LOS DEPENDIENTES

La(s) solicitud(es) de afiliación de los Dependientes, deberá(n) presentarse al momento de la inscripción de “EL AFILIADO”.

De conformidad con el numeral 4.4 de las condiciones generales, la incorporación de nuevos Dependientes se realizará de la siguiente manera:

- Dependientes señalados en el literal a) de la Cláusula Vigésimo Tercera precedente:

En el supuesto que “EL AFILIADO” (i) Inscriba a alguno de sus derechohabientes con posterioridad al inicio de la vigencia del contrato, o (ii) Solicite la exclusión de alguno de sus derechohabientes y decida incorporarlo nuevamente, la cobertura del PEAS se iniciará a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que “EL AFILIADO” comunicó a LA EPS su incorporación o reincorporación.

Esta condición no aplica si el dependiente a ser inscrito es recién nacido, en cuyo caso la cobertura del PEAS es inmediata previa presentación de una carta simple indicando

los datos básicos del menor para su afiliación; sin embargo, la formalización de su inclusión dentro del PEAS deberá realizarse dentro de los 30 primeros días posteriores al nacimiento a fin de adquirir cobertura de enfermedades congénitas. Para hacer efectiva la inclusión en el plan deberá llenarse la Solicitud de Afiliación (incluida la Declaración Personal de Salud) correspondiente.

- Dependientes señalados en el literal b) de la Cláusula Vigésimo Tercera precedente:

“EL AFILIADO” no podrá solicitar su incorporación con posterioridad al inicio de la vigencia del contrato, o reincorporación (en caso de haber sido excluido por “EL AFILIADO”), hasta la renovación del contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA.- BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Los beneficios cubiertos bajo el presente contrato serán pagados de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Salud.

LA EPS pagará, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Salud, los gastos derivados de atenciones ambulatorias y con hospitalización.

El Plan de Salud incluye todos los gastos médicamente sustentados, que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente sea con hospitalización o en forma ambulatoria.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

En caso de accidente de tránsito, las atenciones de “EL AFILIADO” y sus Dependientes serán cubiertas en primera instancia por el seguro obligatorio de ley (SOAT) y posteriormente, al consumir toda la cobertura del mismo, se procederá con la cobertura del PEAS.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉTIMA.- REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

LA EPS tiene el derecho a hacer examinar a “EL AFILIADO” y/o sus Dependientes cubiertos por el PEAS, por los médicos designados por ella, las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo.

“EL AFILIADO” y/o sus Dependientes deberán proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso, así como firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la obtención de información adicional que necesite LA EPS.

Cualquier reclamo fraudulento, hará perder a “EL AFILIADO” y/o sus Dependientes según el caso, todo derecho a indemnización, sin perjuicio que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA.- RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

LA EPS quedará relevada de toda responsabilidad y “EL AFILIADO” y/o sus Dependientes, según sea el caso, perderán todo derecho a los beneficios que les pudiera corresponder de acuerdo al PEAS, en los siguientes supuestos:

- a) Si “EL AFILIADO” y/o alguno de sus Dependientes, presentan una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas y/o reticencia de información.
- b) Si “EL AFILIADO” y/o alguno de sus Dependientes, y/o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación u obtener beneficios del PEAS.

CLÁUSULA VIGÉSIMO NOVENA.- PAGO DE RETRIBUCIONES

Ambas partes dejan expresa constancia que cualquier modificación que se produzca en la tasa del I.G.V., determinará el reajuste del importe de la retribución mencionada en las condiciones generales, generando un nuevo monto a ser facturado por LA EPS y cancelado por “EL AFILIADO”. Asimismo, convienen que cualquier otro tributo que afecte o pudiera afectar en el futuro el presente Contrato será asumido según establezca la norma correspondiente.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA.- TERMINACION DE LA COBERTURA

Las coberturas del PEAS terminarán para “EL AFILIADO” y/o sus Dependientes bajo el presente contrato, cuando se produzcan algunas de las siguientes situaciones:

- a) Para los Dependientes señalados en el inciso b) de la cláusula Vigésimo Tercera, al cumplir la edad límite de permanencia.
- b) Cuando “EL AFILIADO” hubiera solicitado la exclusión de alguno de sus Dependientes, éstos quedarán excluidos de las coberturas a partir del primer día del mes siguiente a la presentación de la solicitud de exclusión.
- c) Al momento de hacerse efectiva la resolución del presente contrato de acuerdo a lo señalado en las condiciones generales.

Ningún pago será efectuado bajo el presente contrato por gastos incurridos después de la terminación del mismo, con excepción de las atenciones que hubieran comenzado antes de la terminación del contrato y aún se encuentren en curso.

La terminación de la cobertura para “EL AFILIADO”, origina la terminación automática y simultánea del Plan de Salud para todos sus Dependientes.

CLÁUSULA TRIGÉSIMO PRIMERA.- DE LAS IPRESS

En el caso que LA EPS decidiera resolver el contrato de prestación de servicios de salud que mantiene suscrito con las distintas IPRESS, LA EPS informará a “EL AFILIADO” el cese del servicio con una anticipación no menor a cinco días hábiles.

CLÁUSULA TRIGÉSIMO SEGUNDA.- DEFINICIONES

Para efectos del presente documento se tomarán en cuenta adicionalmente a las definiciones incluidas en las Condiciones Generales, las siguientes:

- a) Afiliado Contributivo Independiente: Persona que no reúne los requisitos de afiliación contributiva dependiente o regular. En el marco de la Ley 29344, el término Afiliado Contributivo reemplaza al de Afiliado Potestativo de la Ley 26790.
- b) Aseguramiento Universal en Salud (AUS): El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del PEAS.
- c) PEAS.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud: Plan de aseguramiento en salud que contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).
- d) IAFAS.- Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud: son aquellas instituciones públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de salud a sus afiliados.
- e) Plan de Salud.- Es el documento que contiene el detalle de las prestaciones que debe brindar LA EPS a “EL AFILIADO” y sus Dependientes. Comprende, como mínimo, las prestaciones de la cobertura del PEAS. Debe incluir la descripción de los beneficiarios, establecimientos en los que se brindará la atención, los requisitos para la atención, la cobertura durante el periodo de latencia, las exclusiones y limitaciones.
- f) Exclusión.- Gasto no cubierto por el Plan de Salud.
- g) Derechohabientes.- Al cónyuge o concubino a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectúa ESSALUD.
- h) IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.- De acuerdo a la Ley N° 29344, las IPRESS son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud. Para poder ejercer esta función dentro del AUS están obligadas a registrarse ante la SUNASA.
- i) Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).- Se crea sobre la base de la SEPS como un organismo público adscrito al Ministerio de Salud que se encarga de registrar, autorizar, supervisar y regular a las IAFAS e IPRESS, así como cautelar el uso eficiente y oportuno de los fondos destinados al AUS.

- j) Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).- Al Organismo Técnico Especializado del Sector Salud que tuvo por objeto autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados. En virtud a la Ley N° 29344 amplía sus facultades incorporando bajo el ámbito de supervisión a las IAFAS, IPRESS y entidades que brindan coberturas de salud bajo pago regular y anticipado, adquiriendo la denominación de SUNASA.