

Condiciones Generales de Contratación De Seguros de Salud

PRODUCTO: ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVO

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506410043 (SOLES)

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

CONTRATANTE: XXXXXXXX

VIGENCIA: DEL XX.XX.XXXX AL XX.XX.XXXX

N° PÓLIZA: 4136-XXXX

TIPO DE PLAN: SALUD EMPRESARIAL.



**ROBERTO CARLOS LEON GAVONEL
RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**



**PABLO ANDRÉS YARMUCH FIERRO
RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS**

CONTRATANTE

INDICE **INTRODUCCIÓN**

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

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

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSION.
23. CAMBIO DE PLAN DE BENEFICIOS.
24. PAGO DE PRIMAS Y METODO DE REAJUSTE.
25. EXONERACIONES DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.
26. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
27. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS.
28. PROVEEDORES DE SERVICIO DE SALUD
29. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO
30. AUDITORIAS
31. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO
32. PERIODO DE CARENCIA Y ESPERA
33. COBERTURAS
34. EXCLUSIONES
35. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

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

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

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

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

ANTECEDENTES FAMILIARES: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia. También se llama antecedentes médicos familiares, Estos antecedentes serán considerados hasta el segundo grado de consanguinidad, es decir al padre, madre, hermanos y abuelos.

ASEGURADO: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

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

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

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

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

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

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

CERTIFICADO DE SEGURO: Documento que se emite en el caso de los seguros de grupo o colectivos vinculado a una Póliza de seguro determinada. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Certificado de Seguro en calidad de Anexo.

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

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

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

COASEGURO: Porcentaje de participación a cargo del **ASEGURADO** en el costo total de la prestación de los servicios de salud, que se encuentra fijado en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

COPAGO: Importe y/o monto dinerario que el **ASEGURADO** debe pagar directamente al proveedor de servicios en salud de la red de la **ASEGURADORA**, cada vez que asiste para obtener un servicio de salud, ya sea una atención ambulatoria o un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Copagos y Coaseguros.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. El **CONTRATANTE** es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas para regir los contratos pertenecientes a un mismo ramo o modalidad de seguro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tiene el mismo efecto que la *Culpa inexcusable*.

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

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

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

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales.

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

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

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

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

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

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

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

ENFERMEDADES CATASTROFICAS: Son aquellas enfermedades que generan severos daños en la salud de quien las padece. Se trata en general de enfermedades crónico-degenerativas o infectocontagiosas que se cronifican y que pueden ser causantes de discapacidad y muerte.

ENFERMEDAD COMPLEJA: Son aquellas enfermedades que generan severos daños en la salud de quien las padece. Se trata en general de enfermedades crónico-degenerativas o infectocontagiosas que se cronifican y que pueden ser causantes de discapacidad y muerte. Por ejemplo: malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas, cáncer, insuficiencia renal crónica, quemadura grave, malformación arteriovenosa complicada, aneurisma toraco abdominal.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y

diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

ETAPA PUERPERAL: Periodo de tiempo que transcurre desde el final del parto hasta las 6-8 semanas post parto.

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

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

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

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

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

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

NIVEL DE EVIDENCIA II A: Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina **NIVELES DE EVIDENCIA**, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño,

sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia “II A”, según la clasificación de la “Agency for Healthcare Research and Quality” (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia “II A” es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

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

Grado I: Sobrepeso entre 25 - 29.9 IMC.

Grado II: Obesidad 30 - 39.9 IMC.

Grado III: Obesidad mórbida mayor 40 IMC.

PLAN DE BENEFICIOS: Documento en donde constan las coberturas, primas, límites, redes, proveedores donde el TITULAR Y SUS DEPENDIENTES tendrá cobertura. Dicho documento será parte integral del Certificado.

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

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

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

PROVEDORES DE SERVICIOS EN SALUD: Son todos aquellos que prestan servicios en salud sean clínicas, hospitales o instituciones médicas, los cuales otorgan cobertura bajo las condiciones de la Póliza siempre que se encuentren

afiliados a nuestra red de proveedores en servicios en salud detallada en el Plan de Beneficios.

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

RETICENCIA: Omitir, describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el **CONTRATANTE** o **ASEGURADO**.

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

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

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

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

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

TARIFARIO RIMAC SEGUROS: Es el documento de referencia usado para establecer las unidades, costos fijos y consideraciones que se emplean en una liquidación de un reembolso de salud. Su desarrollo y actualización está bajo la administración de la Unidad Médica de RIMAC SEGUROS.

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

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

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

UCR: (Usual, Customary and Reasonable): Es el costo usual, acostumbrado y razonable por las prestaciones de salud en cada zona geográfica, el cual puede ser conocido por el **ASEGURADO** llamando al 411-3000 - Oficina de Atenciones Internacionales. Este costo aplica para atenciones en el extranjero, en caso no exista referencia del procedimiento en el Perú.

ARTÍCULO 2°. - COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

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

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

- 3.1. El **CONTRATANTE** se compromete a pagar la prima.
- 3.2. El **CONTRATANTE** se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro, de igual manera, el **ASEGURADO** con la

Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la **ASEGURADORA**.

- 3.3. El **CONTRATANTE** se comprometen a brindar a La **ASEGURADORA** toda la información pertinente para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de **LA ASEGURADORA**, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- 3.4. El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.5. El **CONTRATANTE** declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del **ASEGURADO** o **CONTRATANTE**, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la **ASEGURADORA** surten todos sus efectos con relación al **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.
- 3.6. El **ASEGURADO** se compromete a facilitar a la **ASEGURADORA** el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera **LA ASEGURADORA**.

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

La presente póliza tiene vigencia desde las cero horas (00:00) hasta las cero horas (00:00) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Seguro y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

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

En caso el **ASEGURADO** haya venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la **ASEGURADORA** modifique las primas,

coaseguro, copagos y proveedores de servicios en salud que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

ARTÍCULO 5°. - SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El **CONTRATANTE** puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendarios posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

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

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

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

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

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

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

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

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

La propuesta de cambio en condiciones contractuales durante la vigencia de la póliza se realizará en caso la siniestralidad del **CONTRATANTE** supere la siniestralidad objetivo especificado en las Condiciones Generales y Plan de Beneficios.

En este supuesto, el **CONTRATANTE** tendrá la obligación de poner en conocimiento de los **ASEGURADOS**, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, para lo cual y de manera previa, la **ASEGURADORA** proporcionará al **CONTRATANTE** la información suficiente para esta finalidad.

D. Renovación Automática de la Póliza:

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

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

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

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

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

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

- A. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes:
- 6.1.** Al fallecimiento (persona natural) / extinción (persona jurídica) del **CONTRATANTE**.
 - 6.2.** Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
 - 6.3.** Si el interés asegurado del **CONTRATANTE** desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.
- B. TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO:** Aplica la terminación de la vigencia del Certificado de Seguro cuando ocurra alguna de las siguientes causales:
- 6.4.** Al fallecimiento del **ASEGURADO DEPENDIENTE**, la terminación aplicará para aquel. Aunque, en caso falleciera el **ASEGURADO TITULAR** la terminación aplicará para todo el grupo familiar.
 - 6.5.** Si el interés asegurado del **ASEGURADO** desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.
 - 6.6.** En caso se cumpla la fecha límite de vigencia del Certificado.
 - 6.7.** Cuando la **ASEGURADORA** es comunicada del cese del **ASEGURADO TITULAR** en el centro de trabajo.

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

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

RESOLUCION CONTRACTUAL

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

- A. RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, de cumplirse alguna de las siguientes causales:
- 7.1** Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del **CONTRATANTE**, sin más requisito que una comunicación por escrito a la **ASEGURADORA**, con una anticipación no menor de treinta (30)

días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

- 7.2 Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación por escrito de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- 7.3 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolverla en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro. El contrato quedará resuelto a los 30 días de comunicada su decisión a la ASEGURADORA. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.4 Si el Contratante realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión (reajuste de primas y/o de cobertura) de la póliza la cual deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computado desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que el CONTRATANTE de respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución

En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

B. RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

- 7.5** Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.6** Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA por escrito en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con el Certificado de Seguro, podrá proponer al CONTRATANTE, modificaciones al Certificado de Seguro, dentro de los límites de la póliza contratada, sujeto al cobro de una extra prima.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. Para efectos de la resolución, La ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución.

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

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

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

- 7.7** Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, en cuyo caso LA COMPAÑÍA tendrá derecho a resolver el Certificado de seguro. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en el presente numeral, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al ASEGURADO, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

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

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

- a) El CONTRATANTE (respecto de la Póliza de Seguro) y/o ASEGURADO (respecto del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1. y 7.5. Asimismo, EL CONTRATANTE podrá solicitar la resolución del Contrato de Seguro, en caso se presente la causal descrita en el numeral 7.3. precedente.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.4., 7.6, 7.7 y 7.8 precedentes.

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

En caso que la resolución se haya producido por parte de la ASEGURADORA y corresponda el reembolso de las primas a favor del CONTRATANTE, la ASEGURADORA deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por el ASEGURADO y/o EL CONTRATANTE, según corresponda, éste último deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la ASEGURADORA indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que se haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La ASEGURADORA se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda. Por tanto, la ASEGURADORA no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato o del Certificado de Seguro.

En todos los casos que el ASEGURADO o la ASEGURADORA soliciten la resolución del Certificado de Seguro, la ASEGURADORA deberá informar al CONTRATANTE de dichas resoluciones de certificados, de forma adicional a la comunicación que se realice al ASEGURADO.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO Y CERTIFICADO DE SEGURO:

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

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, en los siguientes casos:

- 8.1. Si el CONTRATANTE hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.2. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si

la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro en los siguientes casos:

- 8.4. Si el ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Sin perjuicio de la comunicación dirigida al ASEGURADO comunicando la nulidad de su CERTIFICADO DE SEGURO, se comunicará al CONTRATANTE dicha nulidad; ello en virtud a su calidad de CONTRATANTE del Seguro.

Para los casos descritos en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar de manera fehaciente dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO y/o HEREDERO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO y/o HEREDERO hubiesen recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedarán automáticamente obligados a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses) dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la nulidad, excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración falsa o inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

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

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

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

9.2. Si el **CONTRATANTE** realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

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

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del **CONTRATANTE**, la **ASEGURADORA** podrá resolver la Póliza totalmente, según lo establecido en el numeral 7.A del artículo 7 de las presentes condiciones generales, , mediante una comunicación dirigida al **CONTRATANTE**, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la **ASEGURADORA** las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Es responsabilidad del **CONTRATANTE** hacer del conocimiento de los **ASEGURADOS** las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea que corresponda el reajuste de primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

(ii) **Constatación DESPUÉS que se produzca el siniestro:** La **ASEGURADORA** reducirá la indemnización a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

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

- 10.1.** Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares o del Certificado de Seguro.
- 10.2.** El pago de la prima se realizará de acuerdo a lo establecido en el Condicionado Particular.
- 10.3.** La prima es debida por el **CONTRATANTE** a la **ASEGURADORA** desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del **CONTRATANTE**, el **ASEGURADO** y el Beneficiario.
- 10.4.** El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.
- 10.5.** La **ASEGURADORA** podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al **ASEGURADO** o Beneficiario en caso de siniestro.
- 10.6.** Asimismo, el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la **ASEGURADORA** provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** con la **ASEGURADORA**, sin la expresa y previa aceptación de la **ASEGURADORA**.
- 10.7.** El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la **ASEGURADORA** o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.8.** Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la **ASEGURADORA**. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.
- 10.9.** La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios,

siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.

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

10.11. EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:

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

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

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

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

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

10.12. Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el

presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la **ASEGURADORA** no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el **CONTRATANTE** podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos debidamente justificados. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la **ASEGURADORA** responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

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

- 12.1. El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 12.2. Si en cualquier tiempo el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** o terceras personas que obren por cuenta de éstos o en su representación, expresa y debidamente autorizadas por éstos, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 12.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

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

ARTÍCULO 13°.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

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

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

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

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no se considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una ASEGURADORA de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;
- (ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,
- (iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias

ARTÍCULO 14º.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS:

En caso aplicarse:

14.1. La **ASEGURADORA**, bajo su cuenta y costo, podrá hacer revisar a los **ASEGURADOS** por facultativos designados por ella durante el internamiento o atención médica de aquellos en los proveedores de servicios en salud elegidos, o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, la que deberá realizarse dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la **ASEGURADORA** para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que se presente toda la documentación e información solicitada.

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

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

14.2. Si cualquier información referente a un **ASEGURADO** o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el **ASEGURADO** todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la **ASEGURADORA** inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual.

ARTÍCULO 15º.- SUBROGACIÓN:

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

El **CONTRATANTE** y **ASEGURADO** se obligan a facilitar toda la información y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de la **ASEGURADORA** así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias

de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

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

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

ARTÍCULO 16°.- ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS:

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

- 16.1. Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro o en el Certificado.
- 16.2. Por escrito:** Mediante carta dirigida a la **ASEGURADORA** la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza o en el Certificado.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 17°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El **ASEGURADO**, el **CONTRATANTE** y el(los) Beneficiario(s), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del **ASEGURADO**, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la **ASEGURADORA** sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del **ASEGURADO**, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para la **ASEGURADORA**.

ARTÍCULO 18°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y/o los Beneficiarios y la **ASEGURADORA** establecen que los mecanismos directos de comunicación

serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado de Seguro.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

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

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

ARTÍCULO 20°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

ARTÍCULO 21°.- TRIBUTOS

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

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 22°.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

22.1. Los **ASEGURADOS TITULARES** y **DEPENDIENTES** podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que:

- i) Cumplan con los requisitos para ser **ASEGURADO TITULAR** o **DEPENDIENTES**, según corresponda, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 31° de las presentes Condiciones Generales.
- j) Llenen completamente la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la **ASEGURADORA**.
- k) Presentar su DNI para peruanos o Carné de Extranjería para extranjeros.
- l) Para **ASEGURADOS DEPENDIENTES** en calidad de cónyuges, es necesario se presente el Acta o Partida de Matrimonio emitida con una antigüedad no mayor de treinta (30) días; para convivientes es necesario se presente la Declaración Jurada de Convivencia no menor a 2 años, firmada por ambos convivientes emitida con una antigüedad menor a 60 días.

22.2. El **CONTRATANTE** mantendrá vigente un registro de los **ASEGURADOS TITULARES Y DEPENDIENTES** bajo esta póliza.

22.3. El **CONTRATANTE** se obliga a informar a la **ASEGURADORA** la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el **ASEGURADO**.

De igual forma comunicará a la ASEGURADORA respecto a los ASEGURADOS que deben ser excluidos.

- 22.4. Los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán ASEGURADOS a partir de la fecha establecida en el Endoso o el Certificado de Seguro correspondiente, previa aceptación de la ASEGURADORA. La Solicitud de incorporación de los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES deberá acompañar en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO.
- 22.5. Las exclusiones de los ASEGURADOS surtirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.
- 22.6. En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO, se puede solicitar su nueva inscripción quedando ASEGURADO a partir de la fecha establecida en el Endoso o el Certificado de Seguro correspondiente, sujeto a previa aceptación de la ASEGURADORA que se evidenciará con la emisión del Endoso o Certificado correspondiente.
- 22.7. La fecha límite del CONTRATANTE para informar de los movimientos de ASEGURADOS será hasta el día 24 (veinticuatro) de cada mes, (en caso el día 24 sea sábado, domingo o feriado se aplicará como fecha de cierre el día hábil anterior más cercano al día 24 hasta las 17:00 horas).
La COMPAÑÍA entregará una "liquidación de Prima" correspondiente al mes de vigencia dentro de los 10 (diez) primeros días calendario del mes en curso.

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

ARTÍCULO 23º.- CAMBIO DE PLAN DE BENEFICIOS:

- 23.1. Los cambios de Plan de Beneficios no podrán realizarse por ningún motivo durante la vigencia de la Póliza; dichos cambios solo podrán hacerse efectivos al momento de la renovación.
- 23.2. Los **ASEGURADOS, TITULARES y DEPENDIENTES**, deberán encontrarse siempre en el mismo Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 24°.- PAGO DE PRIMAS Y MÉTODO DE REAJUSTE:

- 24.1. Las primas especificadas en esta Póliza, serán pagaderas por el **CONTRATANTE** por adelantado. El monto a pagar, será la suma de las primas que corresponda de cada uno de los **ASEGURADOS** incluidos en esta Póliza.
- 24.2. La **ASEGURADORA** podrá, mediante notificación al **CONTRATANTE**, reajustar las primas, copagos y porcentajes de coaseguros por evaluación de la siniestralidad, siguiendo el procedimiento establecido en los literales c y d del artículo 5 del presente documento.
- 24.3. La evaluación de la siniestralidad se realizará semestralmente, pudiendo la **ASEGURADORA** realizar el reajuste a partir del primer día del séptimo mes de vigencia de acuerdo a la siniestralidad presentada, siempre y cuando esta sea mayor al porcentaje de siniestralidad fijado en el Plan de Beneficios (Siniestros + Reserva / Primas). El presente reajuste podrá realizarse por la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de los proveedores de servicios en salud y siniestros incurridos no reportados. El reajuste aplicará para todos los **ASEGURADOS** que en aquel momento que se encuentren incorporados en la Póliza.
- 24.4. Para el reajuste la **ASEGURADORA** deberá cursar al **CONTRATANTE**, con una anticipación no menor a treinta (30) días hábiles previos a la aplicación del reajuste, una comunicación escrita informándole su intención de reajustar las primas, porcentaje de coaseguro, y/o copagos. El contratante tendrá el derecho de aceptar o no la modificación propuesta.
- 24.5. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del Contrato de Seguro, en cuyo caso se deberá respetar los términos en los que el Contrato fue acordado.
- 24.6. La estimación referencial de la evolución en el tiempo conforme se establece en el numeral 10.9. del artículo 10° del Capítulo I de las Condiciones Generales será meramente referencial, por cuanto las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según la aplicación del método de reajuste establecido en el presente artículo.

ARTÍCULO 25°.- EXONERACIÓN DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

- 25.1. Los Periodos de Carencia no regirán para los **ASEGURADOS DEPENDIENTES** cuyo nacimiento hubiere sido amparado por la Póliza, siempre y cuando fueren inscritos en la Póliza en calidad de tales, dentro

de un periodo máximo de treinta (30) días, contados a partir de su nacimiento.

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

En los casos que aplique la continuidad de cobertura de Enfermedades Preexistentes, bajo las condiciones estipuladas en la presente Póliza (penúltimo párrafo del artículo 13° de las presentes Condiciones Generales), solo aquellas enfermedades preexistentes que gocen de dicha continuidad tendrán exoneración de los Períodos de Carencia y Espera (solo de maternidad) en la inscripción del **ASEGURADO** en la Póliza.

25.3. Exoneración de Carencia y Espera (Solo de maternidad) para el caso que el ASEGURADO cuente con una Póliza de Seguro anterior a la fecha de vigencia sin diagnóstico de enfermedad o condición durante la vigencia de alguna Póliza de Seguro anterior).

Si el ASEGURADO hubiere tenido contratada anteriormente otra póliza de Asistencia Médica por un periodo no menor de un año (considera también si la suma parcial de distintos productos de naturaleza similar suman UN AÑO por ejemplo AMI+AMC =1 AÑO) y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de esta Póliza, LA COMPAÑIA exonerará al ASEGURADO de los periodos de carencia y espera de maternidad.

Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la Solicitud de inscripción del Seguro, copia de la Póliza de Seguro anterior y el detalle de los siniestros incurridos.

25.4. Para los casos donde el Período de Carencia o Espera sea mayor al de la vigencia de la Póliza se realizará una sumatoria de plazos hasta su cumplimiento contabilizados a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de la Póliza. Esta sumatoria de plazos para el cumplimiento de los Períodos de Carencia o Espera quedará inactiva cuando se resuelva la Póliza por alguna causal establecida en la presente y se genere una nueva Póliza de Seguro o cuando se excluya a un **ASEGURADO DEPENDIENTE y se solicite una nueva inscripción.**

ARTÍCULO 26°.- BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

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

En cada renovación de la Póliza se rehabilitará automáticamente el Beneficio Máximo Anual por **ASEGURADO**.

Todas las coberturas disminuyen la suma asegurada.

Cada cobertura o el Plan de Beneficios especificarán el tipo de beneficio aplicable.

ARTÍCULO 27º.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CRÉDITOS Y REEMBOLSOS:

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

27.1. CRÉDITO (antes): Son los gastos que el **ASEGURADO**, realiza directamente en un proveedor de servicios en salud para poder acceder a las coberturas de la presente Póliza.

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

Es factible que para algunas coberturas, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía por parte de la **ASEGURADORA**, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Coaseguros y Copagos a cargo del **ASEGURADO**.

Los gastos que superen el porcentaje del coaseguro a cargo del **ASEGURADO** serán asumidos por la **ASEGURADORA** directamente con dichos proveedores de servicios en salud

27.2. REEMBOLSO (después): Aplica cuando el **ASEGURADO** ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió. Aplica en los casos en que el proveedor este afiliado o no a la red de proveedores de salud incluidos en el Plan de Beneficios.

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

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el **ASEGURADO**, de conformidad con lo indicado en el Plan de Beneficios.

No se reconocerán honorarios por encima de la tarifa pactada en el Plan de Beneficios. Tampoco se reconocerán sobrecostos de medicamentos,

insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por la ASEGURADORA.

Todas las coberturas son al crédito salvo que se indique lo contrario en el plan de beneficios.

ARTÍCULO 28°.- PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

En caso que se produzca la resolución de contrato de prestación de servicios de salud con cualquiera de los proveedores de salud descritos en el Plan de Beneficios, la **ASEGURADORA** deberá informar de tal hecho al **CONTRATANTE**, quien se encuentra obligado a informar el mismo hecho a los **ASEGURADOS**. En caso dicha resolución se efectúe durante la vigencia de la póliza, el comunicado se realizará con una anticipación no menor a 30 días desde la fecha en que surte efectos la resolución, en caso la póliza se encuentre vigente y próxima a renovar la **ASEGURADORA** lo comunicará con un plazo no menor a cuarenta y cinco (45) días utilizando los medios de comunicación pactados.

No obstante lo antes indicado, en caso que –por caso fortuito a la **ASEGURADORA**, el proveedor de servicios de salud deje de prestar servicios de forma intempestiva, la **ASEGURADORA** se obliga a comunicar inmediatamente este hecho, en forma escrita, a través de los mecanismos directos de comunicación, o por medio de su página web a los contratantes o a través de una circular enviada vía correo electrónico a los **CONTRATANTES** en forma destacada.

ARTÍCULO 29°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

En caso de accidente de tránsito, las indemnizaciones y prestaciones en salud a los **ASEGURADOS** y/o Beneficiarios, serán cubiertas en primera instancia y con preferencia del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y posteriormente, luego de haberse consumido la cobertura del mismo, se procederá con la cobertura de la presente Póliza, siempre que se cumplan sus términos y condiciones aquí descritos.

ARTÍCULO 30°.- AUDITORÍAS

EL CONTRATANTE no podrá realizar inspecciones o auditorías, directamente o a través de un tercero, sobre los expedientes o documentos recepcionados, liquidados u observados por **LA ASEGURADORA** relativos a las prestaciones médicas brindadas a **LOS ASEGURADOS** y/o Beneficiarios, ni podrá realizar auditorías concurrentes en casos de hospitalizaciones de **LOS ASEGURADOS** y/o Beneficiarios, sin la autorización previa y por escrito de éstos y previa coordinación con **LA ASEGURADORA**.

Las partes reconocen que **LA ASEGURADORA** tiene absoluta libertad para establecer tarifas o factores con las Entidades Vinculadas, pudiendo **LA ASEGURADORA** no informar al **CONTRATANTE** del contenido y características de dicha relación contractual.

ARTÍCULO 31°. - REQUISITOS DE LOS ASEGURADOS TITULARES Y DEPENDIENTES:

31.1 Se denomina **ASEGURADO TITULAR** a la persona incorporada como tal en esta Póliza. La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años de edad para los **ASEGURADOS TITULARES**.

31.2 Sólo en el caso que su Plan de Beneficios lo indique:

a) Se denominará **ASEGURADO DEPENDIENTE**:

- Al cónyuge del **ASEGURADO TITULAR**, a quien no se le aplicará edad mínima de ingreso siempre que el matrimonio entre ambos sea legalmente reconocido bajo las leyes peruanas. No se le aplicará igualmente edad máxima de permanencia.
- Al conviviente del **ASEGURADO TITULAR** y siempre que acredite su convivencia conforme a ley.
- A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del **ASEGURADO TITULAR**, siempre que no hayan cumplido los veintinueve (29) años de edad al momento de la inscripción.
- A los padres del **ASEGURADO TITULAR**, siempre que no hayan cumplido los setenta (70) años de edad al momento de la inscripción, salvo que se haya pactado una edad distinta en el Plan de Beneficios, y siempre que la Póliza contemple un Plan de padres, previo acuerdo con el **CONTRATANTE**.

31.3 En los casos que la edad límite de permanencia de(l)(los) hijo(s) o padres del **ASEGURADO TITULAR** se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al mes siguiente del cual cumplió la edad límite de permanencia, sin necesidad de mediar aviso previo de la **ASEGURADORA**. En este caso, la **ASEGURADORA** solo tendrá derecho a percibir la prima correspondiente hasta la fecha en que ellos alcanzaron la edad límite de permanencia.

31.4 Cuando el **ASEGURADO DEPENDIENTE** pierda su calidad de tal, los beneficios del Seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.

ARTÍCULO 32°. - PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

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

Para las coberturas de la presente Póliza, inclusive para las Cláusulas Adicionales que le sean aplicables, se tendrá un Período de Carencia de un (01) mes(es), contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

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

Para la presente Póliza aplica el Período de Espera siguiente:

A. Para la cobertura de Maternidad será de diez (10) mes(es) contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

Las Emergencias y las atenciones derivadas de una Emergencia Médica Accidental no están sujetas al periodo carencia y/o de espera.

ARTÍCULO 33º.- COBERTURAS:

Las coberturas que aplicarán a la presente Póliza, se encuentran detalladas en el Anexo que forma parte de las presentes Condiciones Generales, las cuales han sido elegidas por CONTRATANTE.

Las sumas aseguradas aplicables a cada una de las coberturas elegidas por el CONTRATANTE se detallan en el Plan de Beneficios que forma parte integrante de la presente Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 34º.- EXCLUSIONES:

Este seguro no cubre los siguientes eventos, ni ninguna consecuencia, complicación de un tratamiento médico y/o quirúrgico a causa de:

- a) Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de los siguientes trastornos de refracción: miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. No se cubren monturas ni cristales.**
- b) Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 de la OMS (a excepción de los diagnósticos F00 al F09. Ver anexo 2 adjunto). No están cubiertas las curas de reposo o del sueño.**
- c) Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.**

- d) **Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (ver anexo 2 adjunto), manifestados en cualquier etapa de la vida (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios).**
- e) **Enfermedades Preexistentes al inicio de la vigencia y de la cobertura del presente contrato, excepto aquellos casos en los que aplique la ley de preexistencias conforme a lo señalado en la Ley N°28770 y el artículo N°13 de las condiciones generales, así como los riesgos asociados a estas enfermedades y los riesgos asociados a las condiciones declaradas en la Declaración Personal de Salud (obesidad, tabaquismo y antecedentes familiares), los cuales se detallarán en el Certificado De Seguro.**
- f) **Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, salvo lo estipulado en el Plan de Beneficios. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias y empleo.**
- g) **Cirugía o Dermatología estética, cosmética o plástica, a excepción de los casos necesarios de cirugía reconstructiva, como consecuencia de un accidente que haya sido indubitablemente informado y aceptado por LA COMPAÑIA para efectos de la presente excepción (de aplicar la excepción se cubrirá la reconstrucción dental con materiales que no incluyan titanio). No se cubre cirugía reconstructiva en ningún otro caso, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica. No se cubre ningún tratamiento médico ni quirúrgico de várices con fines estéticos. No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos. No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular.**
- h) **Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de Tatuajes ni piercing.**
- i) **Sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares a excepción de aquellos pacientes con diagnóstico documentado en la Historia Clínica de los CIE-10 L57, L58 o L59 (ver anexo 2 adjunto). No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco).**
- j) **Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.**
- k) **Enfermedades y tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o uso excesivo de alcohol en forma aguda o**

crónica; así como, las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl). Los límites de alcohol en la sangre establecidos se aplicarán para la totalidad de accidentes que pueda sufrir el asegurado.

- l) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.**
- m) Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, a través de una denuncia policial.**
- n) Sangre y derivados (plasma, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad y los insumos necesarios para la transfusión. Las pruebas de laboratorio realizadas a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente trasfundidas.**
- o) Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la Historia Clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños.**
- p) Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento. Tampoco evaluaciones ni tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de estos diagnósticos. No se cubren la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.**
- q) Cuidado por enfermeras, técnicas o auxiliares de enfermería adicionales a las ofrecidas en la clínica durante la estancia hospitalaria, ni en el domicilio. Para otros servicios paramédicos como Medicina Física y rehabilitación se requiere de la indicación y supervisión del Médico especialista colegiado. Salvo lo indicado en la cobertura de Gastos de Enfermera Acompañante.**

- r) **Comida y cama para acompañantes. Todo tipo de servicios de confort personal durante la hospitalización, como radios, televisores, teléfonos, batas. Todo tipo de transporte o alojamiento no especificado en el Plan de Beneficios. Salvo lo indicado en la cobertura Alimentación Acompañante Hospitalario.**
- s) **Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.**
- t) **Todos los gastos efectuados por concepto de vitaminas y minerales, salvo las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteopenia, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.**
- u) **Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).**
- v) **Suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.**
- w) **Vacunas distintas a las ofrecidas en el Plan de Beneficios de LA COMPAÑÍA.**
- x) **No se cubre inmunoterapia ni lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes.**
- y) **En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.**
- z) **Acupuntura, quiropraxia, cuidados podiátricos (a excepción de los brindados a través del Programa CUIDATE Diabetes) y tratamientos de rehabilitación en gimnasios. No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.**
- aa) **Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos X sin supervisión médica.**

- bb) Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de las siguientes actividades y/o deportes: carrera de automóviles y motos terrestres y acuáticas, prácticas hípicas, escalamiento de montañas o rocas, pesca submarina, puenting, bungee, ala delta, parapente, downhill, snowboarding y cacería de fieras.**
- cc) Trasplante de órganos y tejidos, y su costo. No están cubiertos tampoco los implantes cocleares ni los implantes de células madre en cualquier zona anatómica.**
- dd) Infección por VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA) y el Síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.**
- ee) Equipos médicos como glucómetros (equipo y tiras). En el caso de los asegurados pertenecientes al Programa CUIDATE Diabetes, se cubre el examen bioquímico de glucosa sérica. No se cubren termómetros, tensiómetros, equipos de oxigenoterapia, nebulizadores, CPAP o similares, por considerarse de uso personal.**
- ff) Estudios, pruebas y tratamientos genéticos a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.**
- gg) Todo equipo, fármaco, insumo o procedimiento médico de reciente implementación o nueva tecnología deberá tener el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes (Medicina Basada en Evidencias, nivel de Evidencia Ila de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) y deberá ser presentado por el proveedor de salud y contractualmente aprobado por LA COMPAÑÍA para poder ser cubierto. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.**
- hh) No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia Ila de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). No se cubren tampoco, los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobado por la FDA para la indicación específica que es solicitada.**
- ii) Modificadores de la respuesta biológica tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, y anticuerpos monoclonales (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios). Tampoco cuentan con cobertura otros**

tratamientos biológicos como inhibidores de tirosinkinasa, anti angiogénicos, inhibidores del proteosoma (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios).

- jj) Nimodipidino se cubre solo en casos de hemorragia subaracnoidea.
- kk) Ecografías 3D y 4D. Sólo se cubrirán un máximo de 3 ecografías 3D adicionales en el caso de diagnóstico ecográfico de Malformación Congénita en la ecografía bidimensional.
- ll) Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.
- mm) No están cubiertas las prótesis ortopédicas y las ortesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos.
- nn) Tratamientos realizados en el extranjero o medicamento no comercializados a nivel nacional.
- oo) Tratamiento y operaciones derivadas a Halux valgus, pie plano, varo valgo.
- pp) Gastos por alquiler de unidades de calefacción, equipo purificador de aire, equipo motorizado de transporte, escaleras mecánicas, ayudas acústicas, piscinas, teléfonos, artefactos eléctricos ni gastos de acompañantes. Salvo lo indicado en la cobertura Alimentación Acompañante Hospitalario.
- qq) No se cubren atenciones hospitalarias ni atenciones de emergencia, ni atenciones relacionadas a maternidad ni odontológicas. No se cubren ningún tipo de cirugía ambulatoria, incluyendo cirugías relacionadas a maternidad ni odontológicas. No se cubren gastos que tenga que asumir el ASEGURADO en farmacia ni por otros procedimientos no descritos en el plan de beneficios.
- rr) No están cubiertas las atenciones y/o tratamientos –ya sean ambulatorios u hospitalarios- relacionados a diagnósticos oncológicos, salvo que el Plan de Beneficios que forma parte de la presente Póliza, lo contemple expresamente.

ARTÍCULO 35°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro, el ASEGURADO podrá solicitar la atención del mismo, bajo las modalidades de Crédito o Reembolso descritos en el presente Artículo, según se haya pactado en los términos de cada cobertura, y conforme a lo establecido en el Plan de Beneficios que forma parte integrante de la Póliza de Seguro, salvo que se haya señalado un

procedimiento en caso de siniestro distinto en la descripción de las coberturas contratadas.

SOLICITUD DE COBERTURA BAJO LA MODALIDAD DE CRÉDITO

A continuación, se detalla el procedimiento que deberás seguir en caso que las coberturas que formen parte de la presente Póliza, se haya contratado bajo la modalidad de CRÉDITO:

- a) Coordinar previamente la cita con cualquier proveedor de servicios de salud descritos en el Plan de Beneficios. La fecha de la cita debe corresponder a una fecha dentro del período de vigencia de la Póliza.
- b) Presentarse en la fecha de la cita en el proveedor de servicios en salud.
- c) Presentar su documento de identidad.
- d) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Copago de la cobertura.

El pago de Copago tendrá una vigencia de siete (7) días calendario tanto para la consulta médica como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial.

- e) En caso de Atención Hospitalaria deberá solicitar a la ASEGURADORA, a través del proveedor de servicios en salud, una Carta de Garantía, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Coaseguros y los Copagos respectivos.

SOLICITUD DE COBERTURA BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

A continuación, se detalla el procedimiento que deberás seguir en caso que las coberturas que formen parte de la presente Póliza, se haya contratado bajo la modalidad de REEMBOLSO:

- a) Una vez terminada la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: http://www.rimac.com.pe/wps/portal/rimac/inicio/seguros/empresas/para_el_personal/AMC-Medico

- b) **El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar una copia fedateada de la historia clínica completa. Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.**
- c) **Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web http://www.rimac.com.pe/wps/portal/rimac/inicio/seguros/empresas/para_el_personal/AMC-Medico, y en caso de reembolsos por atenciones en el extranjero cuya referencia no se encuentren registradas en el tarifario de Rimac se utilizará los costos UCR en el Perú para un caso similar.**
- d) **La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud o desde que se conoce el beneficio.**

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa o debida a culpa inexcusable; salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro, para el caso en que la demora se deba a culpa inexcusable. Asimismo, en caso la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

- e) **La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:**
 - i) **Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.**
 - ii) **Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.**
- f) **Asimismo, cuando la aseguradora requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias**

suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, podrá solicitar al ASEGURADO la extensión del plazo antes señalado y; en caso, éste no apruebe dicha ampliación, la aseguradora podrá presentar una solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.

- g) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el siniestro.
- h) Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.

En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.

ANEXO

Las coberturas aplicables son:

ATENCIONES AMBULATORIAS (CRÉDITO O REEMBOLSO)

Atención Ambulatoria: Prestación de salud que se ofrece fuera del domicilio del paciente, en las instituciones prestadoras de servicios de salud, sin estar ingresado éste en ninguna institución residencial u hospitalaria. Se conforma principalmente por las consultas médicas más los servicios médicos de apoyo.

Para acceder a la presente cobertura, el ASEGURADO tendrá que seguir el procedimiento que corresponda a la modalidad de atención elegida por el CONTRATANTE, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 35° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

ATENCIONES HOSPITALARIAS (CRÉDITO O REEMBOLSO)

Atención Hospitalaria: Internamiento en una institución hospitalaria por indicación médica y a consecuencia de un deterioro en la salud del paciente cuyo tratamiento requiere la permanencia en el centro.

Los gastos cubiertos amparados por el beneficio hospitalario son los siguientes:

- 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) Alquiler de silla de ruedas, pulmón de acero y otros aparatos o dispositivos médicos, siempre que un médico ratifique que tal alquiler es necesario para el tratamiento respectivo del ASEGURADO.
- d) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario o ambulatorio, por ayudantía y por anestesista.

Para acceder a la presente cobertura, el ASEGURADO tendrá que seguir el procedimiento que corresponda a la modalidad de atención elegida por el CONTRATANTE, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 35° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

CENTRAL DE ASISTENCIAS
TELEFONO DE LA CENTRAL DE ASISTENCIAS
411-1111

La presente cobertura incorpora las siguientes:

a) **MÉDICO A DOMICILIO: ATENCIÓN AMBULATORIA PARA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES (CRÉDITO)**

Las atenciones de Médico a Domicilio se otorgarán exclusivamente para atenciones ambulatorias respecto de enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad.

Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones ambulatorias de su Plan de Beneficios.

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse con la ASEGURADORA llamando a los teléfonos de la Central de Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.

Las citas deberán ser coordinadas llamando a la Central de Asistencias y se otorgará la cobertura según disponibilidad.

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

El médico irá al domicilio del asegurado y luego de la consulta médica emitirá una receta.

El asegurado deberá pagar el copago detallado en el Plan de Beneficios.

Las medicinas serán enviadas vía delivery, cuya coordinación será realizada por el médico tratante.

Este beneficio no cubre emergencias y sólo debe usarse para diagnósticos de baja complejidad como resfriados o dolor de estómago.

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

Las citas con su Médico Tratante del Staff médico de la Central de Asistencias también podrán ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado. La

derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicio de nuestros proveedores.

La cobertura se otorga de acuerdo a los límites geográficos, horario y especialidades especificadas en el Plan de Beneficios. Sujeto a disponibilidad del proveedor.

b) GASTOS DE TRASLADO TERRESTRE POR EMERGENCIA: SERVICIO DE AMBULANCIA SOLO LIMA (CRÉDITO)

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

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

En caso de encontrarse en una situación de emergencia, el asegurado deberá comunicarse con la ASEGURADORA llamando a los teléfonos de la Central de Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.

El operador solicitará el número del DNI del asegurado y si el Plan de Beneficios considera la presente cobertura coordinará el envío de la ambulancia al lugar donde se encuentre el asegurado.

La cobertura del presente beneficio es al 100%.

c) ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA (CRÉDITO)

La Central de Asistencias es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atender a los ASEGURADOS de la ASEGURADORA las 24 (veinticuatro) horas del día, todos los días del año.

Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro o en su Plan de Beneficios y nuestro personal atenderá sus consultas.

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

ATENCIONES DE EMERGENCIAS: **ACCIDENTALES**

Son consideradas como emergencias accidentales aquellas que se derivan de un accidente (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) y que pone en peligro la salud del **ASEGURADO**, la determinación de la condición de emergencia accidental la realiza el médico a cargo en el tópico de emergencia.

La cobertura es amparada al 100% (cien por ciento) para los gastos ambulatorios, siempre que el **ASEGURADO** no requiera hospitalización ni sea intervenido quirúrgicamente de manera ambulatoria en cuyo caso serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de atención ambulatoria u hospitalaria.

Todos los controles posteriores a una Emergencia Accidental se cubrirán al 100% (cien por ciento) hasta por un periodo de noventa (90) días. Se entiende por controles posteriores a los controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos, sesiones de terapia física, retiro de puntos y retiro de yeso.

Considerar que toda atención es a crédito y en el mismo centro médico en que se atendió la emergencia inicial.

Pasados los noventa (90) días, cualquier control posterior se atenderá de acuerdo a la cobertura ambulatoria del Plan de Beneficios de la Póliza.

La **ASEGURADORA** cubrirá las atenciones derivadas de una Emergencia Médica Accidental para los **ASEGURADOS** que se encuentren en período de carencia o espera, bajo las condiciones de la cobertura correspondiente sea ambulatoria y/o hospitalaria o similar.

Para acceder a la presente cobertura, y en tanto sea bajo la modalidad de Crédito, el ASEGURADO tendrá que comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud.

Adicionalmente, el ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.**
- b) Presentar su documento de identidad.**
- c) El médico de servicio al momento de la atención determinará si el tipo de emergencia es accidental.**

En caso de Reembolso de Atenciones Médicas por Emergencias Accidentales, la ASEGURADORA cubrirá los gastos generados por la emergencia accidental, siempre y cuando el ASEGURADO se encuentre en

una zona alejada en provincia en donde no exista proveedor de salud incluido en el Plan de Beneficios.

En caso se brinde la cobertura vía reembolso en una zona alejada en provincia, se deberá tomar en cuenta que el plazo para dar aviso del siniestro y solicitar el reembolso es de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de consulta, en los lugares indicados en el Resumen de la presente póliza.

ATENCIONES DE EMERGENCIAS: **NO ACCIDENTALES**

Son consideradas como emergencias no accidentales aquellas que no se producen por un accidente. Esta cobertura se brindará bajo las condiciones del Plan de Beneficios a través de las redes de proveedores que se detallan en el mismo.

Para acceder a la presente cobertura, y en tanto sea bajo la modalidad de Crédito, el ASEGURADO tendrá que comunicarse con la Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud.

Adicionalmente, el ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.
- b) Presentar su documento de identidad.
- c) El médico de servicio al momento de la atención determinará el tipo de emergencia es no accidental.

En caso de Reembolso de Atenciones Médicas por Emergencias No Accidentales, la ASEGURADORA cubrirá los gastos como una atención ambulatoria/hospitalaria por la emergencia no accidental, siempre y cuando el ASEGURADO se encuentre en una zona alejada en provincia en donde no exista proveedor de salud incluido en el Plan de Beneficios.

En caso se brinde la cobertura vía reembolso en una zona alejada en provincia, se deberá tomar en cuenta que el plazo para dar aviso del siniestro y solicitar el reembolso es de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de consulta, en los lugares indicados en el Resumen de la presente póliza.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA **(CRÉDITO Y REEMBOLSO, SEGÚN CONDICIONES DE LA PÓLIZA)**

Este beneficio cubre lo siguiente:

- a) Examen oral inicial.
- b) Radiografías.
- c) Profilaxis general.
- d) Flúor y sellantes (hasta los 12 años).
- e) Restauraciones:
 - Amalgamas.
 - Resinas en piezas delanteras y posteriores.
 - Resina con luz alógena.
 - Terapia Radicular (endodoncia).
 - Pulpectomía.
 - Apiceptomía.
- f) Extracciones.

Para acceder a la presente cobertura, el ASEGURADO tendrá que seguir el procedimiento que corresponda a la modalidad de atención elegida por el CONTRATANTE, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 35° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

En caso de la solicitud de cobertura por REEMBOLSO, el ASEGURADO deberá obtener una solicitud de reembolso en el departamento de Recursos Humanos del CONTRATANTE o en las oficinas de la ASEGURADORA y deberá:

- 1. Detallar claramente los datos en la solicitud de reembolso al momento de la entrega: Datos completos del titular y del paciente, número de carné, tipo de atención, especialidad.**
- 2. El médico tratante debe incluir los siguientes datos en la solicitud de reembolso: Diagnóstico(s), exámenes auxiliares, procedimientos realizados, tratamientos especiales y terapéutica, fecha(s) de consulta(s), tiempo de enfermedad, firma y sello del médico tratante.**
- 3. Los documentos, a excepción de los recibos por honorarios, deberán ser presentados en original y con sello de cancelado a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con número de RUC 20100041953.**
- 4. Presenta los documentos detallados en la siguiente sección**

MEDICAMENTOS:

Recetas originales de los medicamentos adquiridos.

La receta debe incluir:

- **Nombre del medicamento y cantidad prescritos, fecha y firma del médico tratante.**

- **Factura original expedida a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS con sello de cancelado.**

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

La solicitud de reembolso firmada y sellada por el odontólogo tratante, debe ir acompañada del odontograma, donde debe estar indicado el tratamiento por cada pieza y el costo correspondiente a cada una.

Si se facturó una radiografía es necesario adjuntar la factura.

Si se presentan atenciones por obturaciones proximales (entre diente y diente) deben ser sustentadas con una radiografía antes del tratamiento.

En los casos de tratamientos de ortodoncia o prótesis (si tu plan lo contempla) deben ser aprobados previamente por RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, a través de una auditoría clínica.

Si se presentara una endodoncia dentro de los tratamientos es necesario adjuntar al expediente tres placas: radiografía de diagnóstico, radiografía de conductometría y radiografía de control.

En caso presentara gastos por pulpectomía es necesario adjuntar dos placas: una diagnóstica y otra de control.

El deducible y coaseguro es por cada pieza tratada y terminada.

ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA **(CRÉDITO Y REEMBOLSO, SEGÚN CONDICIONES DE LA PÓLIZA)**

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

Para acceder a la presente cobertura, el ASEGURADO tendrá que seguir el procedimiento que corresponda a la modalidad de atención elegida por el CONTRATANTE, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 35° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL **(CRÉDITO)**

La presente cobertura sólo aplica vía crédito de acuerdo al Programa Preventivo, según lo establecido en el Plan de Beneficios.

Este beneficio cubre Evaluación y Control de Riesgos por edad/sexo e Inmunizaciones de acuerdo al Plan de Beneficios.

Para acceder a la presente cobertura, el ASEGURADO tendrá que seguir el procedimiento que corresponda a la modalidad de atención elegida por el CONTRATANTE, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 35° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

ATENCION MATERNIDAD (CRÉDITO Y REEMBOLSO, SEGÚN CONDICIONES DE LA PÓLIZA)

Gozarán de este beneficio las mujeres ASEGURADAS sea TITULAR, CASADA, SOLTERA o DEPENDIENTE en calidad de cónyuge, conviviente o hija (siempre que el TITULAR se encuentre cubierto bajo la misma póliza). El periodo de espera para gozar de este beneficio es de diez (10) meses consecutivos.

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

También serán cubiertos gastos por concepto de Controles Pre Natales, Post Natales y Control de Niño Sano.

Para acceder a la presente cobertura, el ASEGURADO tendrá que seguir el procedimiento que corresponda a la modalidad de atención elegida por el CONTRATANTE, los mismos que se encuentran descritos en el Artículo 35° de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro.

INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER (COBERTURA INDEMNIZATORIA)

La presente cobertura se registrará por las consideraciones siguientes y, en todo lo que no esté expresamente establecido en ésta, por lo estipulado en el Plan de Beneficios de la Póliza.

A efectos de la presente cobertura, el Cáncer significa la presencia de un tumor maligno que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal.

1. Beneficio máximo por persona:

Esta cobertura otorga una indemnización al ASEGURADO ascendente a la Suma Asegurada establecida en el Plan de Beneficios. Una vez otorgada la indemnización correspondiente, esta cobertura se extingue de manera definitiva, toda vez que la indemnización se otorga una única vez durante la vigencia de la Póliza.

2. No aplicación de la presente cobertura en el caso de **exoneración del periodo de carencia y espera**:

La presente cobertura no será de aplicación en caso de que la Póliza se haya emitido con Exoneración de Carencia y Espera, de conformidad a lo establecido en el Artículo 25° de las Condiciones Generales.

3. Riesgos a indemnizar:

Esta cobertura otorga una indemnización al **ASEGURADO** hasta el monto al que se hace referencia en el punto 1 precedente, exclusivamente por el primer diagnóstico de cáncer que presente el **ASEGURADO** durante la vigencia de la Póliza.

El otorgamiento de la indemnización procederá únicamente frente al primer diagnóstico de cáncer del **ASEGURADO**, luego de finalizado el período de carencia descrito en el Artículo 32° de las Condiciones Generales y siempre y cuando dicho diagnóstico se encuentre cubierto por la Póliza.

Esta cobertura considera los estándares médicos internacionales comprendidos dentro de las recomendaciones de la National Cancer Comprehensive Network (NCCN) o por el National Cancer Institute (NCI).

Es indispensable para el análisis del siniestro que el **ASEGURADO** presente el Informe Anátomo Patológico o el Informe Histopatológico que sustente el diagnóstico de cáncer.

4. Enfermedades, tratamientos, accidentes y otros gastos no cubiertos:

La presente cobertura es de naturaleza indemnizatoria y no cubre los gastos originados por prestaciones médicas (pruebas de diagnóstico, estadiaje, tratamiento oncológico, cirugías, todo tipo de radioterapia, complicaciones derivadas de tratamiento o la misma enfermedad, ni tratamientos paliativos).

Tampoco se otorga cobertura si el diagnóstico de cáncer fuera consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente, relacionadas o causadas por:

- a) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio de vigencia de la presente Póliza.
- b) Enfermedades que se hayan diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura definida en el Artículo 32° de las Condiciones Generales.
- c) Cirugía estética o plástica o reconstructiva.
- d) Se excluyen los siguientes tumores:
 - Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como pre-malignos.
 - Micro-carcinoma papilar de la tiroides.

- Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrita como TaN0M0 o con una clasificación menor.

5. Aviso de siniestro:

Se deberá dar aviso del siniestro a la **ASEGURADORA** dentro de los plazos conforme al siguiente detalle:

- a) Dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes a la fecha de conocido el primer diagnóstico de cáncer por el **ASEGURADO**; o
- b) En caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, dentro de los siete (7) días calendario desde que los Beneficiarios tienen conocimiento de la existencia del beneficio.

El incumplimiento de los plazos antes señalados, no será motivo para que sea rechazado el siniestro, sin embargo, en caso de culpa leve, la **ASEGURADORA** podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la **ASEGURADORA**.

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

6. Procedimiento de solicitud de cobertura:

Para atender las solicitudes de cobertura se deberán presentar a la **ASEGURADORA**, los documentos siguientes:

- a. Original o Copia fedateada del Informe Anátomo Patológico y/o del Informe Histopatológico que sustente el diagnóstico de cáncer.
- b. Copia fedateada de la Historia Clínica del **ASEGURADO** donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados y que sustenten la cobertura en evaluación.

- c. Copia simple del Documento Nacional de identidad del **ASEGURADO**, o de otro Documento Oficial de Identidad en el caso de ciudadanos extranjeros.
- d. En caso de fallecimiento del **ASEGURADO** posterior al periodo de carencia y antes de la liquidación del siniestro, los herederos legales, adicionalmente, deberán presentar los documentos detallados a continuación:
- Copia Certificada del Acta de Defunción emitida por RENIEC.
 - Certificado de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción, emitido por el médico tratante.
 - Copia simple de los Documentos Nacionales de Identidad de los Beneficiarios. Si fueran extranjeros copia simple del Carné de Extranjería o en su defecto del Pasaporte.
 - Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Testimonio de la Sucesión Intestada o Testamento, y copia simple del asiento donde conste la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento en los Registros Públicos.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben encontrarse legalmente constituidos y autorizados para prestar servicios de salud.

7. Pago de Siniestro:

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación antes mencionada, la **ASEGURADORA** deberá pronunciarse sobre la aprobación o rechazo del siniestro.

En caso la **ASEGURADORA** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el **ASEGURADO** y/o sus Beneficiarios, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo de atención del siniestro hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso la **ASEGURADORA** no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, se entenderá que el pago de la indemnización ha quedado consentido, salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la **ASEGURADORA** para aprobar o rechazar el siniestro.

Cuando la **ASEGURADORA** requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, o en caso de que sobrevenga alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, podrá solicitar al **ASEGURADO** y/o Beneficiarios, según corresponda, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la **ASEGURADORA** solicitará a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (en adelante “SBS”) la prórroga del plazo para el consentimiento de siniestros, de acuerdo al procedimiento 91º establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la SBS.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la SBS debe comunicarse al **ASEGURADO** y/o beneficiarios, según corresponda, dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la SBS deberá comunicarse al **ASEGURADO** y/o Beneficiarios, según corresponda, en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la **ASEGURADORA** haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Durante el período prorrogado, y en caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, la determinación de la cobertura será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte. Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de diez (10) días calendario para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los siete (07) días calendarios siguientes, a un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de siete (07) días calendarios posteriores a su designación.

Si el tercer perito médico concluye que el diagnóstico no forma parte de la cobertura contratada, el siniestro será rechazado (los honorarios del perito serán asumidos por la **ASEGURADORA**). Si el **ASEGURADO** y/o los Beneficiarios, no están de acuerdo con el rechazo, podrá aplicar cualquiera de los mecanismos de solución de controversias establecidos en la Póliza.

Si una de las partes omitiese designar a su perito médico dentro del octavo día de requerida por la otra o, en caso corresponda, si el tercer perito no fuese electo en el plazo establecido anteriormente, la parte más diligente – previa intimación a la otra – procederá a su designación.

Los honorarios de los peritos médicos serán de cargo de las partes que los nombren, respectivamente, y los honorarios del tercero perito médico, en caso corresponda, serán asumidos por la parte a quien el dictamen final le resulte desfavorable.

Una vez aprobado o rechazado el siniestro, la **ASEGURADORA** cuenta con treinta (30) días para proceder con el pago de la indemnización.

8. Vigencia de disposiciones:

Las demás disposiciones establecidas en la Póliza, que no hayan sido modificadas expresamente por la presente cobertura, mantendrán su plena vigencia y eficacia legal.

INDEMNIZACIÓN POR DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN (COBERTURA INDEMNIZATORIA)

La presente cobertura otorga un pago indemnizatorio por la cantidad de días en que el **ASEGURADO** permanezca hospitalizado a causa de una enfermedad o accidente, hasta por el monto y límites establecidos en el plan de beneficios, y siempre que dicha hospitalización no sea causada por algún evento excluido por la presente póliza.

Para activar esta cobertura, el **ASEGURADO** deberá haber permanecido hospitalizado en una institución hospitalaria autorizada para internamiento (Superior a Categoría I-4 del 1er Nivel de atención) por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, por más de veinticuatro (24) horas continuas.

Para poder obtener la indemnización, se deberán presentar los documentos que se detallan a continuación:

Si la hospitalización es de 0-7 días:

- a) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del informe de hospitalización o constancia, emitido por la institución hospitalaria donde se brindó la atención médica al **ASEGURADO**, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización, fecha de “alta” y el diagnóstico que originó la hospitalización.
- b) Copia simple del Documento Nacional de Identidad del **ASEGURADO**, o de otro Documento Oficial de Identidad en el caso de ciudadanos extranjeros.

Si la hospitalización es mayor a 7 días:

Adicionalmente a los documentos antes indicados, se deberá presentar:

- a) Copia Fedateada y Foliada de la historia clínica y Epicrisis, correspondiente a la institución hospitalaria donde se brindó la atención médica al **ASEGURADO**, en la cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización, fecha del “alta” y el diagnóstico que originó la hospitalización.

En caso que el **ASEGURADO** fallezca antes de poder recibir la indemnización, los herederos legales del **ASEGURADO** deberán presentar adicionalmente:

- a) Copia Literal de la Partida Registral donde se encuentra inscrita en forma definitiva, la sucesión intestada o testamento en los Registros Públicos.
- b) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción emitido por el médico tratante.
- c) Copia simple del Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios solicitantes. Si fuera extranjero copia simple del Carné de Extranjería o en su defecto del Pasaporte.

- d) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de necropsia (con resultados de análisis étlicos y toxicológicos), en caso corresponda, el mismo que deberá haberse tramitado bajo los procedimientos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.
- e) Copia Certificada del Atestado policial completo, emitido por la dependencia policial respectiva, en caso corresponda; y/o Informe de Fiscalía con las conclusiones de los hechos.

Los documentos pueden ser enviados vía electrónica a la casilla de solicitudsiniestrospersonas@rimac.com.pe, siempre que cumplan con los requisitos y los documentos sean legibles. Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de hacer recibido la totalidad de la documentación antes mencionada, la **ASEGURADORA** deberá pronunciarse sobre si procede o no el pago de la indemnización (aprobación o rechazo del siniestro).

En caso la **ASEGURADORA** requiera aclaraciones o precisiones respecto de la documentación e información presentada por el **ASEGURADO** y/o sus beneficiarios, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo descrito en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo de atención del siniestro hasta que se presente la documentación e información solicitada.

En caso la **ASEGURADORA** no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días antes indicado, se entenderá que el pago de la indemnización ha quedado consentido, salvo que se presente una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la **ASEGURADORA** para aprobar o rechazar el siniestro.

Cuando la **ASEGURADORA** requiera un plazo adicional para realizar nuevas investigaciones u obtener evidencias relacionadas con el siniestro, o la adecuada determinación de la indemnización o prestación a su cargo, puede solicitar al **ASEGURADO** y/o beneficiarios, la extensión del plazo antes señalado.

Si no hubiera acuerdo, la **ASEGURADORA** solicitará a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (en adelante la SBS) la prórroga del plazo para el consentimiento de siniestros, de acuerdo al procedimiento 91° establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos de la SBS.

La presentación de la solicitud de prórroga efectuada a la SBS debe comunicarse al **ASEGURADO** y/o beneficiarios, según corresponda, dentro de los tres (3) días siguientes de iniciado el procedimiento administrativo. Asimismo, el pronunciamiento de la SBS deberá comunicarse al **ASEGURADO** y/o beneficiarios, según corresponda, en el mismo plazo antes señalado, contado a partir de la fecha en que la **ASEGURADORA** haya tomado conocimiento del pronunciamiento correspondiente.

Una vez aprobado o consentido el siniestro, la **ASEGURADORA** cuenta con treinta (30) días para proceder con el pago de la indemnización.

ANEXO 2

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- F01 Demencia vascular.
- F02 Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte.
- F03 Demencia, no especificada.
- F04 Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.
- F05 Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física.
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS EXCLUIDAS

- Q00 Anencefalia y malformaciones congénitas similares.
- Q01 Encefalocele.
- Q02 Microcefalia.
- Q03 Hidrocéfalo congénito.
- Q04 Otras malformaciones congénitas del encéfalo.
- Q05 Espina bífida.
- Q06 Otras malformaciones congénitas de la medula espinal.
- Q07 Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso.
- Q10 Malformaciones congénitas de los párpados, del aparato lagrimal y de la órbita.
- Q11 Anoftalmia, microftalmia y macroftalmia.
- Q12 Malformaciones congénitas del cristalino.
- Q13 Malformaciones congénitas del segmento anterior del ojo.
- Q14 Malformaciones congénitas del segmento posterior del ojo.
- Q15 Otras malformaciones congénitas del ojo.
- Q16 Malformaciones congénitas del oído que causan alteración de la audición.
- Q17 Otras malformaciones congénitas del oído.
- Q18 Otras malformaciones congénitas de la cara y del cuello.
- Q20 Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y sus conexiones.
- Q21 Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos.
- Q22 Malformaciones congénitas de las válvulas pulmonar y tricúspide.
- Q23 Malformaciones congénitas de las válvulas aórtica y mitral.
- Q24 Otras malformaciones congénitas del corazón.
- Q25 Malformaciones congénitas de las grandes arterias.
- Q26 Malformaciones congénitas de las grandes venas.
- Q27 Otras malformaciones congénitas del sistema vascular periférico.
- Q28 Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio.

- Q30 Malformaciones congénitas de la nariz.
- Q31 Malformaciones congénitas de la laringe.
- Q32 Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios.
- Q33 Malformaciones congénitas del pulmón.
- Q34 Otras malformaciones congénitas del sistema respiratorio.
- Q35 Fisura del paladar.
- Q36 Labio leporino.
- Q37 Fisura del paladar con labio leporino.
- Q38 Otras malformaciones congénitas de la lengua, de la boca y de la faringe.
- Q39 Malformaciones congénitas del esófago.
- Q40 Otras malformaciones congénitas de la parte superior del tubo digestivo.
- Q41 Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino delgado.
- Q42 Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino grueso.
- Q43 Otras malformaciones congénitas del intestino.
- Q44 Malformaciones congénitas de la vesícula biliar, de los conductos biliares y del hígado.
- Q45 Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo.
- Q50 Malformaciones congénitas de los ovarios, de las trompas de Falopio y de los ligamentos anchos.
- Q51 Malformaciones congénitas del útero y del cuello uterino.
- Q52 Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales femeninos.
- Q53 Testículo no descendido.
- Q54 Hipospadias.
- Q55 Otras malformaciones congénitas de los órganos genitales masculinos.
- Q56 Sexo indeterminado y pseudohermafroditismo.
- Q60 Agenesia renal y otras malformaciones hipoplásicas del riñón.
- Q61 Enfermedad quística del riñón.
- Q62 Defectos obstructivos congénitos de la pelvis renal y malformaciones congénitas del uréter.
- Q63 Otras malformaciones congénitas del riñón.
- Q64 Otras malformaciones congénitas del sistema urinario.
- Q65 Deformidades congénitas de la cadera.
- Q66 Deformidades congénitas de los pies.
- Q67 Deformidades osteomusculares congénitas de la cabeza, de la cara, de la columna vertebral y del tórax.
- Q68 Otras deformidades osteomusculares congénitas.
- Q69 Polidactilia.
- Q70 Sindactilia.
- Q71 Defectos por reducción del miembro superior.
- Q72 Defectos por reducción del miembro inferior.
- Q73 Defectos por reducción de miembro no especificado.
- Q74 Otras anomalías congénitas del (de los) miembro(s).
- Q75 otras malformaciones congénitas de los huesos del cráneo y de la cara.

- Q76 Malformaciones congénitas de la columna vertebral y tórax óseo.
- Q77 Osteocondrodisplasia con defecto del crecimiento de los huesos largos y de la columna vertebral.
- Q78 Otras osteocondrodisplasias.
- Q79 Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte.
- Q80 Ictiosis congénita.
- Q81 Epidermolisis bullosa.
- Q82 Otras malformaciones congénitas de la piel.
- Q83 Malformaciones congénitas de la mama.
- Q84 Otras malformaciones congénitas de las faneras.
- Q85 Facomatosis, no clasificada en otra parte.
- Q86 Síndromes de malformaciones congénitas debidos a causas exógenas conocidas, no clasificados en otra parte.
- Q87 Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados que afectan múltiples sistemas.
- Q89 Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte.
- Q90 Síndrome de down.
- Q91 Síndrome de edwards y síndrome de patau.
- Q92 Otras trisomias y trisomias parciales de los autosomas, no clasificadas en otra parte.
- Q93 Monosomias y supresiones de los autosomas, no clasificadas en otra parte.
- Q95 Reordenamientos equilibrados y marcadores estructurales, no clasificados en otra parte.
- Q96 Síndrome de Turner.
- Q97 Otras anomalías de los cromosomas sexuales, con fenotipo femenino, no clasificadas en otra parte.
- Q98 Otras anomalías de los cromosomas sexuales, con fenotipo masculino, no clasificadas en otra parte.
- Q99 Otras anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS POR EXPOSICIÓN A RADIACIÓN EXCLUIDAS

- L57 Cambios de la piel debidos a exposición crónica a radiación no ionizante.
- L73 Poiquiloterma de Civatte.
- L58 Radio dermatitis.
- L59 Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con radiación.