

Condiciones Generales de Contratación De Seguros de Salud

**PRODUCTO: ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA – MODALIDADES
FORMATIVAS LABORALES**

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506410387

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

CONTRATANTE: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

VIGENCIA: DEL 01.11.2020 AL 31.10.2020

N° PÓLIZA: 4059-XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



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



**XIAOPING LUI
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 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.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO.
13. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
14. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
15. SUBROGACIÓN.
16. ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS.
17. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
19. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.
20. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA.
21. TRIBUTOS.

CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
23. PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
24. CATEGORÍAS DEL TRABAJO.
25. EXTENSIÓN DEL SEGURO.
26. PAGO DE PRIMAS Y MÉTODO DE REAJUSTE.
27. INDEMNIZACIONES A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE.
28. INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS.
29. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
30. COBERTURAS.
31. EXCLUSIONES.
32. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CRÉDITOS Y REEMBOLSOS.
33. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.
34. PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD
35. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO
36. AUDITORÍAS.

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.

El inicio de la cobertura se encontrará condicionado a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y al pago de la prima convenida o al momento de la ocurrencia del siniestro (antes de que ocurra el pago) lo que ocurra primero.

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 GARANTÍA: 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 a través de los centros colaboradores. La relación de diagnósticos CIE-10 se encuentra publicada en la página web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

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

COPAGO: Porcentaje del gasto que el **ASEGURADO** debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la **ASEGURADORA** en el momento en que se le brindan las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en 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 Deducibles 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 perteneciente 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 “Broker” 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 salvo en las excepciones previstas normativamente.

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.

DEDUCIBLE: Monto fijo que el **ASEGURADO** debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la **ASEGURADORA** en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Deducibles se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Coaseguros y Deducibles.

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 salvo en las excepciones previstas normativamente.

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 MÉDICAS 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 MÉDICAS 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.

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.

MUERTE ACCIDENTAL: Fin de la vida del ASEGURADO, ocasionado por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

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.

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.

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.

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**, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

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.

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).

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**. 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 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.
- 3.3. El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.4. 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.

- 3.5. 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, deducibles, 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 (deducibles, copagos y / o primas) 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, la **ASEGURADORA** se encuentra obligada de proporcionar la información suficiente al **CONTRATANTE**, éste asimismo deberá poner en conocimiento de los **ASEGURADOS**, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, en cualquier supuesto de modificación.

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 por escrito 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 causales:

- 6.1.** Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- 6.2.** Si el interés asegurado del **CONTRATANTE** desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

B. TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la terminación parcial del Contrato de Seguro, es decir, solo para el Certificado del **ASEGURADO** cuando ocurra alguna de las siguientes causales:

- 6.3.** Al fallecimiento del **ASEGURADO**.
- 6.4.** Si el interés asegurado del **ASEGURADO** desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

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

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

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. RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, cuando ocurra 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. Le corresponde a la **ASEGURADORA** la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

El CONTRATANTE tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución de la presente póliza.

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 resolver la misma en el supuesto que la **ASEGURADORA** rechace la solicitud de modificación. La resolución será efectiva pasados 30 días en que el **CONTRATANTE** la solicite,

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. EXCLUSIÓN DEL ASEGURADO DEL CONTRATO DE SEGURO (RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO): Implica la exclusión (retiro) de determinado(s) ASEGURADO(S) de la póliza cuando ocurra alguna de las siguientes causales:

7.4. 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. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución parcial.

Sin perjuicio de ello, el ASEGURADO tiene derecho a emplear los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la celebración de los contratos para solicitar la resolución del certificado.

7.5. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia por el ASEGURADO; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación, solo respecto de dicho ASEGURADO. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado, tiene derecho percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

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, sólo respecto de dicho ASEGURADO y percibir la prima por el periodo de seguro en curso. La resolución del certificado se hará efectiva el primer día del mes siguiente, y la comunicación de dicha resolución se realizará por escrito.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO no comunique 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 ASEGURADO incurre 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 de quince (15) días 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.

- 7.6. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados en caso aplique.

En esta situación, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario, 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 devengadas por el periodo efectivamente cubierto.

- 7.7 Si el Asegurado 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) del certificado, el cual deberá ser presentado 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. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La Aseguradora podrá resolver el certificado, 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.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato y/o Certificado de Seguro podrá ser solicitada por:

- a) El CONTRATANTE, en el caso de resolución de la póliza de seguro, y/o ASEGURADO, en el caso de resolución del certificado de seguro, en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1., 7.3. y 7.4. respectivamente.
- b) La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2., 7.5., 7.6 y 7.7. precedentes.

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

No habrá pago por concepto de cobertura una vez resuelto el contrato, sin perjuicio que se proceda a la devolución de la prima no devengada por parte de la ASEGURADORA.

En caso que la resolución haya sido ejercida por EL CONTRATANTE, en el caso de la póliza, o el ASEGURADO respecto al Certificado, y correspondiera devolución de primas no devengadas, EL CONTRATANTE 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 con que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud.

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.

Para los efectos del reembolso de prima, en caso corresponda, no aplicará penalidades u otro cobro de naturaleza similar.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO Y DEL 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, si el CONTRATANTE:

- 8.1. 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. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE el Contrato seguirá vigente.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad parcial del Contrato de Seguro, es decir, solo para el Certificado del ASEGURADO cuando el ASEGURADO:

- 8.4. 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. En caso que no medie dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO el Contrato seguirá vigente.

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 dicha causal, plazo que iniciará desde que la ASEGURADORA conoce la reticencia o declaración inexacta dolosa o con culpa inexcusable, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b) La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO realicen una declaración inexacta o reticente 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 el primer año de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

El Contratante 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 con que cuenta la ASEGURADORA para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el CONTRATANTE haya presentado la solicitud.

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**. Sin embargo No será causal de nulidad cuando las circunstancias omitidas fueron parte del contenido de una pregunta expresa no respondida en la declaración personal de salud y **LA ASEGURADORA** igualmente celebró el contrato. En este caso, la **ASEGURADORA** evaluará el nuevo riesgo identificado para determinar si será una enfermedad pre-existente o determinar si amerita el pago de una extra prima.

- 9.2. Si el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** realizan 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 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 (excluir a todos los asegurados) o excluir al(los) **ASEGURADO(s)**, según lo establecido en el numeral 7A y 7B del artículo 7 de las presentes condiciones generales, dependiendo de cada caso, 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 suma asegurada 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.** 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.
- 10.3.** 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.
- 10.4.** 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** en caso de siniestro.
- 10.5.** 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**.
- 10.6.** 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.
- 10.7.** 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.
- 10.8.** 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.

10.9. 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.

10.10. 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, quien se encarga de informar a los asegurados, i) que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima; y, ii) 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 (FINALIZACIÓN ANTICIPADA):** 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.

10.11. 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 o 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 que origine la rehabilitación. 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 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 bajo su complicidad o consentimiento.

El(los) ASEGURADO(s) o el(los) Beneficiario(s) que haya(n) realizado la conducta fraudulenta, pierde(n) el derecho a ser indemnizado(s), y se procederá a resolver el certificado de seguro. En este supuesto, la indemnización que le correspondía a éste(os), se redistribuirá en partes iguales entre los que tengan derecho al beneficio.

En el supuesto que quien cometió la conducta fraudulenta actué, contando con los poderes legales requeridos para ello, en nombre y representación de los demás ASEGURADOS o Beneficiarios, todos perderán el derecho a ser indemnizados.

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

ARTÍCULO 13º.- 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 del anterior detalle, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la ASEGURADORA a efectos de su evaluación.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no 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 Compañía 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 de aplicarse:

14.1. En caso que los **ASEGURADOS** soliciten a la **ASEGURADORA**, la emisión de Cartas de Garantía para la realización de exámenes auxiliares e imágenes, tales como resonancia magnética, tomografías y gammagrafías, también el asegurado deberá solicitar Carta de Garantía en caso de cirugías ambulatorias. **LA ASEGURADORA** bajo su cuenta y costo, podrá hacer revisar a los **ASEGURADOS** por facultativos designados por ella durante la atención médica, 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 y/o solicitud de la Carta de Garantía, previa coordinación respectiva, para lo cual el **ASEGURADO** tiene que otorgar las facilidades necesarias, caso contrario la **ASEGURADORA** no procederá a la emisión de la Carta de Garantía solicitada.

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

En caso la **ASEGURADORA** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el **ASEGURADO**, deberá solicitarlas dentro de los primeros 20 veinte días del plazo de 30 treinta días con los que cuenta la **ASEGURADORA** para pronunciarse acerca del consentimiento o rechazo del siniestro. Las aclaraciones o precisiones adicionales serán respecto a la documentación e información presentada inicialmente por el **ASEGURADO**.

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. De acuerdo a los numerales 7.4, 7.5 y 7.6 del presente condicionado.

ARTÍCULO 15°.- 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 o accidente producido y/u ocasionado 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** 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** y/o el **CONTRATANTE**, 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**.

Debe interponerse previamente el reclamo ante la **ASEGURADORA** para poder acudir a la Defensoría del Asegurado.

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

El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** 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**, **ASEGURADO** 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 consulta, denuncia 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**; 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°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

- 22.1.** Se denomina **ASEGURADO** a la persona incorporada como tal en esta Póliza siempre y cuando forme parte de una modalidad formativa laboral, sea mediante convenio de aprendizaje, convenio de formación laboral, convenio de prácticas pre profesionales, convenio de prácticas profesionales, convenio de capacitación laboral juvenil o cualquier otro convenio que tenga finalidad formativa laboral y que sea amparado por la normativa.
- 22.2.** La edad de ingreso de los **ASEGURADOS** será desde los catorce (14) años de edad al momento de la inscripción, y cumpla con los demás requisitos de inscripción.

ARTÍCULO 23°.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

- 23.1.** Los **ASEGURADOS**, podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que:
- a) Presente su DNI para peruanos o Carné de Extranjería para extranjeros.
 - b) Se encuentre activamente prestando servicios en una empresa a través de un convenio de modalidades formativas laborales, podrán inscribirse en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza previa comunicación del **CONTRATANTE** a la **ASEGURADORA**.
- 23.2.** El **CONTRATANTE** mantendrá vigente un registro de los **ASEGURADOS** bajo ésta póliza.
- 23.3.** El **CONTRATANTE** se obliga a informar a la **ASEGURADORA** la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen sean incorporadas en la presente Póliza. De igual forma comunicará a la **ASEGURADORA** respecto a los **ASEGURADOS** que deben ser excluidos.
- 23.4.** Las exclusiones de los **ASEGURADOS** surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.
- 23.5.** 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.
- 23.6.** 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 **ASEGURADORA** entregará una "liquidación de Prima" correspondiente al mes de vigencia dentro de los 10 (diez) primeros días del mes en curso.

Para todos los tipos de inscripción mencionados en este artículo, no se aplicarán periodos de Carencia y Espera.

ARTÍCULO 24°.- CATEGORÍAS DEL TRABAJO

Las Categorías tienen por finalidad adecuar las primas de acuerdo a la labor que se desempeña el **ASEGURADO**, entre ellas:

- a) **Trabajo Administrativo.-** Personas que se ocupan del trabajo de oficina, estudios, tiendas, almacenes de exhibición o venta al público, científicas y técnicas para enseñanza. No incluye a las que realizan trabajo manual, que viajan con frecuencia por sus deberes profesionales (más de una vez al mes) o efectúan visitas a clientes locales.
- b) **Manuales Técnicos.-** Personas con ocupaciones técnicas u otras, principalmente de Supervisión, con trabajo manual eventual, o que trabajen manualmente sin uso de maquinarias o que viajen constantemente y visitan fábricas, talleres y obras.
- c) **Alto Riesgo.-** Personas que tienen ocupaciones técnicas y/o manuales con uso de maquinarias o sustancias peligrosas o que manipulan conductos de alta tensión, explosivos y similares.

En caso el Plan de Beneficios especifique un solo tipo de prima, quedará sin efecto las primas diferenciadas.

ARTÍCULO 25°.- EXTENSIÓN DEL SEGURO:

El presente Seguro cubre contra las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes y enfermedad que pudieran ocurrir al **ASEGURADO** en ejecución de las siguientes actividades:

- A. En el ejercicio de la profesión u oficio declarados;
- B. En el curso de su vida privada;
- C. Durante la permanencia en la República del Perú;
- D. Durante el uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pertenezcan a una empresa comercial autorizada y recorran itinerarios regulares y fijos, y los que ocurran en el empleo regular, como conductor o pasajero, de vehículos automotores de uso particular;
- E. Durante la práctica como aficionado de las siguientes actividades: Atletismo, bochas, bolos, ciclismo, deporte náutico a vela, esgrima, frontón, fulbito, gimnasia, golf, handball, natación, patinaje, pesca (salvo submarina y/o en alta mar), remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, voleibol y waterpolo.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- A. La asfixia e intoxicación por vapores o gases o cualquier otra sustancia análoga, o por inmersión y obstrucción, y la electrocución;
- B. Los casos de rabia y epidemias, producidos por mordeduras de animales, picaduras de insectos venenosos o propagación de virus;
- C. El carbunco o tétanos de origen traumático;
- D. Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por la presente Póliza;
- E. Los causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico, como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices, hernias),
- F. Los que resulten del ejercicio de la legítima defensa del **ASEGURADO** legalmente establecida.
- G. Los accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza, tales como sismo, maremoto, creciente impetuoso de ríos y arroyos, alud, huaico, erupciones volcánicas, inundaciones y granizadas.

ARTÍCULO 26.- PAGO DE PRIMAS Y MÉTODO DE REAJUSTE:

- 26.1.** 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.
- 26.2.** La **ASEGURADORA** podrá, mediante notificación al **CONTRATANTE**, reajustar las primas, deducibles y/o copagos por evaluación de la siniestralidad, siguiendo el procedimiento establecido en los literales c y d del artículo 5 del presente Condicionado General.
- 26.3.** 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 Objetivo descrita en su 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 las proveedor 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.
- 26.4.** 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 27°.- INDEMNIZACIONES A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, la **ASEGURADORA** deducirá de la Suma Asegurada por Muerte la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

ARTÍCULO 28°.- INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS

Si el **ASEGURADO** sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente no podrán exceder en conjunto del 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada establecida como Beneficio Máximo Anual por **ASEGURADO**; pero las indemnizaciones por Gastos de Curación se pagarán independientemente y sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para los casos de Muerte y/o Invalidez Permanente.

ARTÍCULO 29°.- BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

La suma de todos los gastos cubiertos (gastos incurridos por el **ASEGURADO**, dentro de los parámetros de cobertura del plan de beneficios) 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 monto de la Suma Asegurada establecida como Beneficio Máximo Anual por **ASEGURADO**.

Todas las coberturas y cláusulas adicionales disminuyen la Suma Asegurada del Beneficio Máximo Anual por **ASEGURADO**.

ARTÍCULO 30°.- COBERTURAS:

Las coberturas de la presente Póliza se otorgarán conforme a los límites, condiciones, proveedores de servicios en salud y detalles establecidos en el Plan de Beneficios de la presente Póliza de Seguro. Las coberturas son las siguientes:

30.1. ATENCIONES HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS:

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.

30.2. CENTRAL DE EMERGENCIAS Y ASISTENCIAS:

La presente cobertura incorpora las siguientes:

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

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 Emergencias y Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.

Éste 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 Emergencias y 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, es decir a la cantidad de unidades disponibles en ese momento y al tiempo que tarda la unidad en llegar al domicilio del **ASEGURADO**.

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:

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.

No cubre certificados médicos de atención.

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

c) ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA:

La Central de Emergencias y 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.

30.3. GASTOS DE EMERGENCIAS :

- **EMERGENCIA ACCIDENTAL**

Ampara al 100% (cien por ciento) los gastos ambulatorios de Emergencias Médicas Accidentales, incurridos durante las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas de ocurrida la emergencia, 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 la cobertura de atención hospitalaria.

Todos los controles posteriores a una Emergencia Médica 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.

- **EMERGENCIA MÉDICA:**

En caso de emergencia médica (no producida por un accidente), se brindará atenciones en las redes de proveedores las cuales se detallan en el plan de beneficios.

30.4. OFTALMOLOGÍA:

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.

30.5. GASTOS DE SEPELIO:

En caso de fallecimiento de un **ASEGURADO** a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto en la presente póliza, se pagarán los Gastos de Sepelio conforme lo establecido en el Plan de Beneficios.

Para la atención de este beneficio se deberá solicitar la Carta de Garantía presentando el Certificado de Defunción y el presupuesto del Proveedor elegido.

En caso el Plan de Beneficios contemple el reembolso como forma de acceder al beneficio, cualquiera de los familiares directos del **ASEGURADO** que haya realizado el gasto, deberá presentar a la **ASEGURADORA** lo siguiente:

- Partida de Defunción del **ASEGURADO**.
- Facturas originales de los gastos incurridos.

30.6. ONCOLOGÍA:

Todos los **ASEGURADOS** gozarán de la cobertura integral para casos de cáncer, la cual cubre los gastos por diagnóstico clínicos y terapéuticos, así como tratamientos y cirugías incurridos en un proveedor de servicios en salud especializado para tratamiento del cáncer.

Para la evaluación de los procedimientos y medicamentos relacionados al tratamiento del cáncer se tomará como referente las guías clínicas aprobadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), los mismos que además deben estar sustentados en Medicina Basada en Evidencia Nivel "II A" o mayor.

Para terapia en fase de investigación en cáncer se dará cobertura para los estudios clínicos (Clinical Trials) de fases II y III, conforme a lo detallado en el Plan de Beneficios.

Este beneficio no cubre tratamientos oncológicos en el extranjero, inclusive de proveedores en servicios en salud del extranjero.

30.7. PREVENTIVO PROMOCIONAL:

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.

30.8. ACUPUNTURA :

El presente beneficio otorga la cobertura de Acupuntura conforme a las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios.

30.9. HOMEOPATÍA:

El presente beneficio otorga la cobertura de Homeopatía conforme a las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios.

30.10. ATENCIÓN MÉDICA PARA DESASTRES NATURALES:

El presente beneficio otorga la cobertura de atención médica (gastos médicos de curación y/o tratamiento médico) para los accidentes ocurridos en territorio nacional como consecuencia directa de desastres naturales.

La presente cobertura no incluye los siguientes beneficios:

- **Gastos de sepelio.**
- **Cobertura de Asistencia en Viaje.**
- **Transporte por evacuación.**

30.11. TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO:

La presente cobertura otorga a los **ASEGURADOS**, una consulta médica y terapia por cada sesión de tratamiento quiropráctico, de acuerdo a las condiciones detalladas el Plan de Beneficios.

30.12. INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL:

Si el **ASEGURADO** sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por la presente Póliza y se manifieste a más tardar dentro de los sesenta (60) días contados desde la fecha del accidente, la **ASEGURADORA** pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada por Muerte Accidental detallada en el Plan de Beneficios.

En caso de no haber tal designación de Beneficiarios, la indemnización será pagada a los herederos legales del **ASEGURADO** previa presentación del Testimonio o Sentencia Judicial firme de Testamento o

Sucesión Intestada, debidamente inscrita. Si fueren dos o más los Beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en su designación y en consecuencia en la Póliza, el importe del Seguro se dividirá y abonará por partes iguales.

30.13. INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL:

Si el **ASEGURADO** sufre un accidente que dé lugar a su Invalidez Permanente Total o Invalidez Permanente Parcial, siempre que la causa directa y única de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la Póliza, la **ASEGURADORA** pagará al **ASEGURADO** la Suma Asegurada correspondiente al grado de Invalidez Permanente, según lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente.

30.14. BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN EN EL EXTRANJERO Y NACIONAL:

En caso el **ASEGURADO** requiera de una segunda opinión para una cirugía ambulatoria u hospitalización quirúrgica, la **ASEGURADORA** cubrirá de acuerdo a lo establecido en el Plan de Beneficios el costo de una segunda consulta por un médico especialista a nivel nacional o extranjero, sin perjuicio del resultado de la segunda opinión.

Dicha consulta será evaluada y aprobada por un médico consultor de la **ASEGURADORA**, el cual brindará su opinión y sugerencias. Éste solicitará la historia clínica del **ASEGURADO** y exámenes auxiliares disponibles al centro médico en el cual se encuentra siendo atendido.

No se cubre bajo esta cobertura el viaje del ASEGURADO.

En caso el diagnóstico de la segunda opinión discrepe con el diagnóstico inicial, será íntegramente decisión del **ASEGURADO** decidir de acuerdo a la información brindada por cada médico tratante, el tratamiento a seguir. **No se cubrirá la opinión de un tercer médico.**

30.15. BENEFICIO DE PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Cubre el monto de la prótesis interna en caso que el **ASEGURADO** requiera reemplazar algún segmento de su cuerpo de acuerdo a lo establecido en el Plan de Beneficios. La cobertura está sujeta a que el evento que ocasionó la pérdida haya sido cubierto por la Póliza de Seguro y siempre no sea una situación excluida.

Se encuentran excluidas las prótesis externas.

ARTÍCULO 31º.- EXCLUSIONES:

No gozarán de cobertura en la presente Póliza, las causas, consecuencias y complicaciones como enfermedades, tratamientos y demás gastos según el detalle siguiente:

- a. **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 según Anexo 1 adjunto). No están cubiertas las curas de reposo o del sueño.**
- b. **Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicósomático).**
- c. **Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada.**
- d. **Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente amparado y cuyos gastos fueran cubiertos por la presente Póliza. No están cubiertas las cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos, escleroterapia en várices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso. Tampoco se cubren colocación o retiro de tatuajes ni piercings.**
- e. **Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, champús, cremas neutras y bloqueadores solares, a excepción de aquellos pacientes con diagnóstico documentado en la Historia Clínica de los CUE-10 L57, L58 o L59 (ver Anexo 1 adjunto). Tampoco se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome del ojo seco).**
- f. **Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésis, prótesis externas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés), equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y CPAP), audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de Polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de Apnea obstructiva del sueño, Narcolepsia o Insuficiencia Cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.**
- g. **No se cubren los siguientes equipos médicos durables: oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas.**

- h. No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o no sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia “II A” (ver definiciones). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.**
- i. Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción. No se cubren las complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.**
- j. Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultantes del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos.**

En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra.

En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

- k. Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados que requieran licencia según la normativa pertinente, sin tener el ASEGURADO dicha licencia vigente.**
- l. Compra de sangre, plasma, plaquetas, paquetes globulares y cualquier otro derivado, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Excepto, las pruebas de compatibilidad y los insumos necesarios para la transfusión de sangre.**
- m. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente trasfundidas.**

- n. **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.**
- o. **Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología 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 los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirá tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad de estos niños.**
- p. **Evaluaciones ni tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal, anorexia nerviosa, bulimia y los derivados de los anteriormente descritos.**
- q. **Todo tipo de trastorno de desarrollo, obesidad y raquitismo, así como los tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso, y los derivados o consecuencia de los anteriormente descritos. No se cubre la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa y otros métodos liporeductores.**
- r. **Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.**
- s. **Vitaminas y minerales, salvo las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, control prenatal y postnatal, osteopenia, osteoporosis y vitamina K en hemorragias, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos)**
- t. **Productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, psicotrópicos, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas fórmulas magistrales o suplementos nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.**
- u. **Productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia. No se cubrirá Vacunas salvo las indicadas en el Plan de Beneficios.**
- v. **Tratamiento de cuidados podiátricos y nutricionistas. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios**

y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud. No se cubre medicina no tradicional de cualquier tipo.

- w. En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.
- x. Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration-USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.
- y. Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y callos.
- z. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.
- aa. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- bb. Lesiones o enfermedades producidas por participación activa en actos de guerra, revoluciones, actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- cc. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica profesional de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, cuatrimotos, motos acuáticas, trimotos, y cualquier otro vehículo automotor (vehículo de más de dos ruedas que tiene motor y tracción propia), bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña, accidentes en avión no comercial (piloto y acompañantes), paseo en globo aerostático, accidentes producidos a bomberos por alta exposición al riesgo.
- dd. Lesiones producidas voluntariamente por el ASEGURADO o en estado mental insano del ASEGURADO, suicido, intento de suicido, peleas,

riñas, salvo en las que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, a través de una denuncia policial.

- ee. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros, aire acondicionado, escaleras mecánicas ayudas acústicas, piscinas.
- ff. Infección por VIH, Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), y el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), sus consecuencias y complicaciones.
- gg. Nimodipidino se cubre solo en casos de hemorragia subaracnoidea.
- hh. Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.
 - ii. Tratamientos realizados en el extranjero o medicamentos no comercializados a nivel nacional.
- jj. Ningún modificador de la respuesta biológica (salvo se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios). Tampoco cuentan con cobertura otros tratamientos biológicos (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios).

ARTÍCULO 32º.- 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:

- 32.1. CRÉDITO (antes):** Son los gastos a cargo del **ASEGURADO** directamente en un proveedor de servicios en salud, afiliado a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios, para poder acceder a las coberturas de la presente Póliza, los cuales se derivan en Deducibles y Copagos.

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

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

Los gastos en exceso de los Deducibles y Copagos serán asumidos con la **ASEGURADORA** directamente a dichos proveedores de servicios en salud solo hasta el límite de la Suma Asegurada. El procedimiento para crédito se encuentra detallado en el artículo 32 del presente condicionado.

32.2. REEMBOLSO (después): Aplica cuando el **ASEGURADO** ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad a través de crédito, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió.

En el reintegro de los gastos incurridos se le descontarán los montos por concepto de Deducible 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 la Tabla de Plan de Beneficios. El procedimiento para reembolso se encuentra detallado en el artículo 33 del presente condicionado.

Las coberturas al crédito establecidas en la presente póliza se otorgarán únicamente a través de aquellos proveedores que se encuentren detallados en el Plan de Beneficios. Las coberturas vía reembolso operarán para ambos casos, es decir a través de centros médicos afiliados y centros médicos o especialistas que no formen parte de nuestra red.

ARTÍCULO 33°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro el **ASEGURADO** deberá solicitarlo mediante las formas de Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

33.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA POR CRÉDITO: EI 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.

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora Dolosa. En caso de demora No Dolosa se puede reducir el monto de la prestación en salud por el perjuicio ocasionado en poder verificar o determinar las causas o circunstancias que generó la demora.

b) Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.

c) El médico de servicio al momento de la atención determinará el tipo de emergencia (accidental o no accidental).

33.2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU POR CRÉDITO: EI ASEGURADO tendrá que:

a) Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza, en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.

b) Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.

- c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de la cobertura, en caso corresponda. La atención ambulatoria tendrá una vigencia de siete (7) días calendario desde iniciada la consulta médica así como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención. Una vez cumplido el plazo indicado, el ASEGURADO deberá coordinar una nueva Atención Ambulatoria, abonando para este fin el monto del Deducible y Copago respectivo, en caso corresponda.
- d) En caso de Atención Hospitalaria, el proveedor de servicios en salud deberá solicitar a la ASEGURADORA una Carta de Garantía cuyo plazo máximo para la emisión es de 1 semana, 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. La Carta de Garantía será gestionada por el proveedor de servicios de salud. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Deducibles y Copagos respectivos.

33.3. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO: El ASEGURADO tendrá que:

- a) Una vez terminado 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: www.rimac.com.pe.
- 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 la historia clínica completa, original o copia fedateada, según corresponda y sea factible.

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: www.rimac.com.pe, ingresando a la opción Empresas, Formación Laboral Juvenil, y Solicitud de Reembolso.

- d) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de consulta, en los lugares indicados en el Resumen de la presente póliza.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, deberá solicitarlas 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 presente toda la documentación e información solicitada.

- e) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios, de haber recibido la documentación completa señalada en la póliza, se considera consentido el reembolso.
- f) Sin perjuicio de lo antes señalado, cuando la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficiente sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el ASEGURADO no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la ASEGURADORA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia dentro de los referidos treinta días.
- g) 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.
- h) 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.

33.4. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL: El CONTRANTE y/o Beneficiarios del ASEGURADO deberán:

- a) Dar aviso a la ASEGURADORA del fallecimiento del ASEGURADO en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, siempre que su causa adecuada fuera un accidente amparado por la presente Póliza. 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 se 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.

En el caso en que por dolo o culpa inexcusable se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro se libera de responsabilidad a La ASEGURADORA.

- b) Inmediatamente después de dar el aviso del siniestro, deberán presentar los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
 - i) Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO.
 - ii) Certificado de Defunción del ASEGURADO.
 - iii) Conclusión de la investigación Fiscal o policial, del ser el caso.
 - iv) Atestado policial (en caso corresponda).
 - v) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
 - vi) Protocolo de Necropsia (en caso corresponda).
 - vii) Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas (en caso corresponda).
 - viii) Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y fuera el ASEGURADO quien conducía el vehículo).
 - ix) Documento de Identidad de los Beneficiarios.
 - x) Certificado domiciliario de los Beneficiarios menores de edad (en caso de ausencia de ambos padres).
 - xi) Cualquier otro documento que la ASEGURADORA estime conveniente (según los plazo indicados en el inciso 32.3 d).Todos los documentos anteriores no deberán tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

- c) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, para lo cual son aplicables los literales e), f), g) y h) del numeral 32.3. precedente.

33.5. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL: El CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

- a) Dar aviso a la ASEGURADORA del accidente del ASEGURADO en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde producido el hecho o desde que se toma conocimiento del beneficio, siempre que su causa adecuada fuera un accidente amparado

por la presente Póliza. 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 se 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.

En el caso que por dolo o culpa inexcusable se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro se libera de responsabilidad a La ASEGURADORA.

- b) Inmediatamente después de dar el aviso del siniestro, deberán presentar los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada):
 - i) Documento de Identidad del ASEGURADO y sus Beneficiarios.
 - ii) Original del Dictamen de Invalidez de la Comisión Medica Evaluadora de Incapacidades del MINSA O ESSALUD.
 - iii) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
 - iv) Atestado Policial (en caso corresponda).
 - v) Dosaje Etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y fuera el ASEGURADO quien conducía el vehículo).
 - vi) Informe Médico completo e Historia Clínica del ASEGURADO (foliada y fedateada).Todos los documentos anteriores no deberán tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

- c) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, para lo cual son aplicables los literales e), f), g) y h) del numeral 32.3. precedente.

ARTÍCULO 34°.- 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** según lo dispuesto en el artículo 5 del Capítulo I del Condicionado General:

En caso dicha resolución se efectúe mientras la póliza se encuentre vigente, el comunicado se realizará con una anticipación no menor a 30 días desde la fecha en que surte efecto la resolución, y

En caso de la renovación de la póliza la ASEGURADORA lo comunicará con un plazo no menor a cuarenta y cinco (45) días vía correo electrónico a los CONTRATANTES en manera destacada.

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 a través de una circular enviada vía correo electrónico a los CONTRATANTES en manera destacada.

ARTÍCULO 35°.- 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 36°.- 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**.

ANEXO A

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

A) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de los ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie	100%

B) INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL:

CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

MIEMBROS SUPERIORES

	DER.	IZQ.
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	6%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

MIEMBROS INFERIORES

Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%

Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de la seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido, por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, cada falange, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la Suma Asegurada.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del **ASEGURADO**.

En caso de constar en la solicitud que el **ASEGURADO** ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

ANEXO 1**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 cardiacas y sus conexiones.
- Q21** Malformaciones congénitas de los tabiques cardiacos.
- Q22** Malformaciones congénitas de las válvulas pulmonar y tricúspide.
- Q23** Malformaciones congénitas de las válvulas aortica 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 aradiacion no ionizante.
- L73 Poiquilotermia de civatte.
- L58 Radio dermatitis.
- L59 Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con radiación.