

## **DEFINICIONES**

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

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Registro de las relaciones entre los miembros de una familia hasta el segundo grado de consanguinidad (abuelos, padres y hermanos) junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia y son evaluados al momento de la suscripción cuando se evalúa la solicitud de seguro y declaración personal de salud. También se llama antecedentes médicos familiares.

**ASEGURADO:** Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

**ASEGURADORA:** Rímac Seguros y Reaseguros.

**ATENCION 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.

**ATENCION 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 CLÍNICO RELEVANTE:** Es el beneficio adicional que puede tener un nuevo tratamiento en comparación con una terapia estándar, de efectividad ya probada. Los estudios clínicos realizados para probar un nuevo tratamiento tienen que demostrar que éstos tienen mayor efectividad/seguridad que el tratamiento estándar.

**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 artículo 27°; este importe incluye el Impuesto General a la venta. Al renovarse el plan de beneficio se rehabilitará el beneficio máximo anual.

**BUENA SALUD:** No adolecer de enfermedad preexistente.

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

**CERTIFICADO MÉDICO DE ATENCION:** 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 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/>

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

**COASEGURO:** Porcentaje 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 Coaseguro se especifican en el Plan de Beneficios.

**CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de ASEGURADO. 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.

**CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO:** Documento en el que consta el compromiso por parte del CONTRATANTE de pagar la prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.

**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.

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

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

**COPAGO:** 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 Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afectada a Copagos y Coaseguros.

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

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

Tiene el mismo efecto que la *Culpa inexcusable*.

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

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

**EMEA (EUROPEAN MEDICINES AGENCY):** Organización europea que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, de forma similar a la FDA.

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

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** 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.

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).

**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.

### **HONORARIOS MEDICOS**

Se entienden como honorarios médicos exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otros profesionales.

**INDEMNIZACIÓN:** Es el importe que figura descrito en el Plan de Beneficios, y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o Beneficiario en caso que ocurra un siniestro.

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

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

**NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI):** El NCI, que forma parte de los Institutos Nacionales de Salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América (National Institutes of Health of the United States Department of Health and Human Services) es el organismo principal del Gobierno Federal para la investigación del cáncer. El NCI conduce, coordina y financia la investigación en cáncer, la capacitación, la diseminación de información de salud y otros programas relacionados con la causa, el diagnóstico, la prevención y el

tratamiento de cáncer. Se puede visitar el portal de Internet del NCI en <http://www.cancer.gov>. También se llama Instituto Nacional del Cáncer.

**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.

**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 NETA:** Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

**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.

**SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA:** Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

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

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

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

**TARIFARIO RIMAC:** En el tarifario Rimac se establecen los límites que la COMPAÑÍA reconocerá por cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes proveedores de servicios en salud del Perú en

caso la atención se presente por reembolso. El Tarifario Rímac se encuentra disponible en nuestra página web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe), ingresando al link de Temas Relacionados y a continuación, al link de Reembolsos.

**TASA DE COSTO EFECTIVO ANUAL (TCEA):** Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el CONTRATANTE, con el monto por concepto de Prima Comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

**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).

**TRASPLANTE:** El trasplante de un órgano sólido, tejido o de células stem hematopoyéticas de humano a humano, es el servicio médico a través del cual se realiza la remoción, preservación, transporte y recepción de éstos, y está sujeto a todos los términos condiciones, limitaciones, exclusiones establecidos por la Póliza de Seguro.



**TRATAMIENTO MÉDICAMENTE NECESARIO:** Indicación médica sustentada por medicina basada en evidencia.

**UCR: (Usual, Customary and Reasonable)** Es el costo usual, acostumbrado y razonable por las prestaciones de salud en cada zona geográfica, el cual puede ser conocido por el ASEGURADO en nuestra página web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe) para costos en el Perú.