

PREGUNTAS FRECUENTES:

¿En caso de emergencia a qué números debo comunicarme?

En caso de emergencias podrás comunicarte con nuestra central de Emergencias y Asistencias al 411 – 1111 para Lima y (0800) 41-111 en caso de provincia.

¿Quiénes se pueden asegurar a la póliza de Asistencia médica Colectiva?

Se podrán asegurar a la póliza de Asistencia Médica Colectiva trabajadores de una empresa, miembros de organizaciones, clubes o asociaciones.

El Titular podrá asegurar a:

- Conyugue o conviviente: sin límite de edad de ingreso o permanencia
- Hijos reconocidos legalmente: hasta los 25 años de edad al momento de la inscripción y con permanencia máxima de 26 años.
- Padres: Siempre que el plan de beneficios contratado contemple un plan de padres. Estos no deberán haber cumplido los 70 años al momento de la inscripción y podrán permanecer en la póliza hasta los 85 años.

¿Cómo puedo afiliar a un dependiente?

Deberás presentar:

- Llenar la solicitud de afiliación y declaración personal de salud.
- Presentar copia de DNI para peruanos y Carné de Extranjería para extranjeros.
- En caso de cónyuges se deberá presentar copia del Acta de Matrimonio con una antigüedad no mayor a 30 días. .

Así mismo, deberás considerar lo siguiente:

- Los dependientes podrán inscribirse bajo en la póliza, siempre que no hayan excedido la edad límite fijada para la inscripción
- Los nuevos dependientes que se inscriban después de entrar en vigencia del contrato, quedarán asegurados a partir del primer día del mes siguiente al que se solicite la inscripción.
- En los casos en que el titular hubiera retirado un dependiente, podrá solicitar su re- inscripción, sujeta a la previa aceptación de **Rimac Seguros**, y quedará asegurado a partir del primer día del mes siguiente al que solicite la reinscripción.

¿Cómo puedo afiliar a un recién nacido?

Para incluir a un recién nacido solo deberás presentar la Declaración Personal de Salud debidamente llenada, el DNI o partida de nacimiento.

¿Qué es una preexistencia?

Llamamos preexistencia a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un médico colegiado y que es conocida por el asegurado. Esta condición aún no ha sido resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Por el contrario a las enfermedades preexistentes, se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad.

¿Qué es el periodo de Carencia?

Es el periodo inicial en el cual, las enfermedades que le ocurran o le sean diagnosticadas al asegurado no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la póliza ni en sus renovaciones. Este periodo es de 30 días a partir de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza de Asistencia Médica Colectiva, a excepción de emergencia accidental y los siguientes diagnósticos: apendicitis, accidente cerebro vascular, torsión testicular e infartos al miocardio.

¿Qué es el periodo de Espera?

Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no están activas. Culminado este periodo, Rimac otorgara cobertura de atenciones. Por ejemplo, el tiempo de espera de Maternidad es de 10 meses

¿Me puedo exonerar del periodo de carencia?

Los asegurados podrán exonerarse del periodo de carencia si cumple con las siguientes condiciones:

- En caso de renovación automática de la póliza no aplicarán los periodos de carencia ni espera.
- Asegurado Dependiente cuyo nacimiento hubiere sido amparado por la Póliza de Asistencia Médica Contratada y siempre que fuera inscrito en la Póliza, dentro de un periodo máximo de treinta (30) días, contados a partir de su nacimiento.
- En caso el asegurado hubiere tenido contratada anteriormente otra Póliza de Asistencia Médica, por un periodo no menor de un año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de

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

¿Los recién nacidos tienen periodo de carencia?

Al inscribir a un recién nacido dentro del plan de beneficios, éste podrá gozar de la exoneración del periodo de carencia y cobertura de enfermedades congénitas, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Nacimiento dentro de la vigencia del Plan de Salud
- Inscripción del Recién Nacido dentro de los 30 días (calendarios)

Si el recién nacido es inscrito en fecha posterior a los 30 días, ingresaría como una afiliación NUEVA, es decir deberá adjuntar la ficha de DPS y tendrá periodo de carencia y de espera.