

SEGURO RED SALUD PREFERENTE

RESUMEN

1. DATOS DE LA EMPRESA ASEGURADORA:

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

- **Oficina Principal:** Av. Las Begonias N° 475, San Isidro, Lima.
- **Plataformas de Atención al Cliente:**
 - ❖ Lima:
Av. Paseo de la República N° 3082, San Isidro.
Av. Comandante Espinar N° 689, Miraflores.
 - ❖ Arequipa:
Pasaje Belén N° 103, Urb. Vallecito, teléfono (054)-381700.
 - ❖ Trujillo:
Av. América Oeste N° 750 Locales A-1004 y A- 1006 - Mall Aventura Plaza, Urbanización El Ingenio, teléfono (044)-485200.
- **Central de Emergencias Aló Rímac (Perú):** (01) 411-1111.
- **Central de Emergencias Aló Rímac (extranjero):** (01) 512-5010.
- **Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111.
- **Correo Electrónico para Atención de Reclamos:**
reclamos@rimac.com.pe
- **Correo Electrónico para Atención al Cliente:**
atencionalcliente@rimac.com.pe.
- **Página Web:** www.rimac.com.

2. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO:

SEGURO RED SALUD PREFERENTE

3. VIGENCIA DEL SEGURO:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

4. MONTO DE LA PRIMA COMERCIAL:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

5. CANALES DE ORIENTACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

Conforme a lo indicado en el punto 1 de este documento, los canales de orientación son:

- Cualquiera de nuestras Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias.
- Centrales telefónicas, correos electrónicos y página web.

En caso este producto se comercialice a través de comercializadores, la solicitud de cobertura podrá ser presentada directamente a éstos.

6. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

En el Condicionado Particular se establecerá la forma (que podrá ser fraccionada) y el lugar de pago.

7. MEDIOS Y PLAZOS PARA EL AVISO DEL SINIESTRO

El aviso de siniestro se encuentra descrito en el Artículo 32 del Condicionado General.

8. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO:

Se encuentra detallado en los artículos 31 y siguientes del Capítulo II del Condicionado General.

9. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

Los mecanismos de solución de controversias y, asimismo, las instancias para presentar reclamos se encuentran detallados en el artículo 20 del Capítulo I del Condicionado General.

10. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, CONSULTAS Y DENUNCIAS:

Son las siguientes:

- **Defensoría del Asegurado:**

www.defaseg.com.pe

Lima: (01) 421-0614.

Calle Amador Merino Reyna 307, piso 9, San Isidro, Lima.

- **INDECOPI:**

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777.

Teléfono gratuito de Provincias: 0-800-4-4040.

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS:**

www.sbs.gob.pe

Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú | Teléfono (511) 630-9000 /

Fax: (511) 630-9239.

AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. - PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y Denuncias: 0800-10840 | (511) 630-9000 y (511) 2001930
Anexo 9

- **Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD:**

www.gob.pe/susalud

Av. Nicolás de Piérola N° 529, Cercado de Lima

Teléfono: (511) 433-3737

11. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el ASEGURADO o CONTRATANTE se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado, conforme lo estipula el artículo 7 del Capítulo I del Condicionado General

12. RIESGOS CUBIERTOS:

Los principales riesgos cubiertos son las coberturas de atenciones hospitalarias y ambulatorias.

La totalidad del detalle de los riesgos cubiertos se encuentran detallados conforme lo establece el artículo 28 del Capítulo II del Condicionado General.

13. EXCLUSIONES:

Las exclusiones son las detalladas en el artículo 30 del Capítulo II del Condicionado General.

La presente Póliza no cubre causas, consecuencias ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por esta Póliza, así como los gastos relacionados con lo siguiente:

- a. Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza, salvo lo dispuesto en el artículo 14° de las Condiciones Generales) y gastos derivados de causas relacionadas de acuerdo al CIE-10. dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos de ASEGURADOS DEPENDIENTES cuyo nacimiento fuera amparado por la Póliza y que fueran inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.**
- b. Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.**

c. No se cubren estudios o pruebas genéticas.

14. ASEGURADOS Y PERMANENCIA EN EL SEGURO:

Los límites de ingreso y permanencia en la presente Póliza se encuentran detallados en el artículo 23 del Capítulo II del Condicionado General.

15. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

En caso la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado por el CONTRATANTE a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto “Derecho de arrepentimiento”) o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando nombres, apellidos completos y el número del DNI del CONTRATANTE.

La póliza de seguro quedará resuelta (anulada) desde la fecha de recepción de la solicitud de derecho de arrepentimiento y la ASEGURADORA procederá a devolver la totalidad de la prima pagada en caso no se haya hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. La devolución de lo pagado se realizará al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud del derecho de arrepentimiento.

16. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

El procedimiento y plazo para solicitar la resolución contractual se encuentra estipulado en el artículo 7 del Capítulo I del Condicionado General, adicionalmente, el mismo señala que el CONTRATANTE podrá unilateralmente y sin expresión de causa resolver el Contrato de Seguro.

17. MODIFICACIONES CONTRACTUALES:

Durante la vigencia del contrato la ASEGURADORA no puede modificar unilateralmente los términos contractuales pactados, salvo en caso que se proceda con lo establecido en el literal C. del artículo 5 del Capítulo I del Condicionado General, en cuyo caso se deberá contar con la aceptación del CONTRATANTE.

El CONTRATANTE tiene derecho a no aceptar las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la ASEGURADORA, durante la vigencia del contrato, en orden con lo dispuesto en el numeral 16.1, inciso 1)

del artículo 16° del Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado por la Resolución SBS N° 4143-2019.

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.

Póliza XXXXXXXXXX Nro. Póliza xxxx-xxxxx Código SBS: XXX	Plan (Código y Descripción) Trámite N°: Operación N°:
---	--

Condiciones Particulares	
Aseguradora: Rímac Seguros y Reaseguros	
RUC: 20100041953	Página web: www.rimac.com.pe
Dirección: Las Begonias 475 Piso 3, San Isidro, Lima	Telefono: (01) 411-1111

CONTRATANTE:	
RUC/DNI:	Telefono:
Dirección:	
Distrito:	Correo Electrónico:
Representante Legal:	DNI:

Comercializador/Corredor:	
Nombre:	RUC/DNI:
Dirección:	Teléfono:
Código Corredor:	Correo electrónico:

Vigencia del XX/XX/XXXX al XX/XX/XXXX de 12m a 12m horas. Renovación: XXXXXXXX

Moneda:

Materia del Seguro:
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 presentes Condiciones Particulares y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Adicionales y Endosos, que en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. El Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo. Las coberturas que se aplicarán, las cuales estarán detalladas en el Plan de Beneficios, serán aquellas que el ASEGURADO contrate para cada caso en particular.

Los ASEGURADOS DEPENDIENTES hijos del ASEGURADO TITULAR serán retirados de la presente Póliza, una vez que lleguen a la edad límite de permanencia descrita en las Condiciones Generales de la presente Póliza.

Relación de ASEGURADOS:					
Apellidos y Nombres	Parentesco	Fec. Nac.	Edad	F. Ingreso	C
ASEGURADO 1					
ASEGURADO 2					

C = Continuidad de Carencia y Período de Espera de diez (10) meses para diagnósticos especificados en el Condicionado General.
Para período de espera de maternidad, enfermedades congénitas y transplantes, aplican condiciones del Condicionado General
S = Si , N = No

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas):		
Plan	Conformación	Cantidad

RELACION DE ASEGURADOS CON CONDICIONES ESPECIALES	
Las siguientes preexistencias, riesgos asociados a las Preexistencias y riesgos asociados a las Condiciones Médicas y Antecedentes familiares no gozarán de cobertura bajo la presente Póliza.	
Apellidos y Nombres	Parentesco
XXX	XXX

Preexistencia	Observación	Exclusión (Riesgos asociados a la preexistencia)	Observación
XXX	XXX	XXX	XXX

Condición Médica y Antecedente Familiar	Observación	Riesgos asociados a las Condiciones Médicas y	Observación
XXX	XXX	XXX	XXX

Primas por Conformación (Medios de pago según consolidado de primas)				
Plan	Conformación	Cantidad	Prima Comercial	Prima Comercial + IGV

Consolidado de Primas:	
Facturación: Prima Comercial IGV Prima Comercial + IGV XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX	
Prima Comercial + IGV no incluye intereses de financiamiento	
La prima comercial total incluye cargos: De agenciamiento por la intermediación de corredores de seguros; o, Por la contratación de promotores de seguros; o, Por la contratación de comercializadores.	
Las bonificaciones, premios u otros beneficios que se otorguen a los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, por la intermediación de la presente póliza de seguros, serán determinadas en base a las condiciones comerciales, que son las siguientes: XXX	

TCEA: Tasa de Costo Efectivo aplicable a la prima fraccionada: XXXX %			
CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:			
N° de cuota	Cuota de Prima Comercial (incluye TCEA e IGV)	Fecha de Vencim.	Documento
1			
2			

Puedes efectuar el pago:

- En ventanilla o a través de la web de los siguientes canales: Banco BBVA Perú, Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank y Cadenas Wong y Metro (www.bbvaabancocontinental.com; www.viabcp.com; www.scotiabank.com.pe; www.interbank.com.pe);
- En las oficinas del Comercializador, cuyos locales se detallan a continuación:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- Afiliando tu cuenta bancaria o tu tarjeta de crédito al sistema de débito automático;
- O, pagando directamente en nuestras Plataformas de Atención al Cliente, cuya relación se encuentra detallada en el Resumen de la Póliza.

El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta:

En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO decida no hacer uso de los servicios de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.

Existen productos de seguros que solamente se comercializarán a través de corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros.

Las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el Artículo 10 de en las Condiciones Generales de la Póliza. Asimismo, se ha realizado en el Plan de Beneficios una estimación de la evolución de la prima pero teniendo como único criterio la edad del ASEGURADO. Sin perjuicio de ello, la ASEGURADORA podrá tomar adicionalmente criterios técnico – financieros y supuestos actuariales para el ajuste de las primas, los mismos que no pueden ser definidos en la Póliza toda vez que son variables en el tiempo.

TIPO DE CAMBIO REFERENCIAL: S/ XXXXX. En caso que la prima comercial sea pactada en Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

• **Cuando el marco regulatorio permita la oferta de esta póliza a través de comercializadores y se hubiera utilizado dicho canal:**

(i) La ASEGURADORA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

(ii) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

(iii) Las comunicaciones cursadas por los CONTRATANTES, ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la ASEGURADORA.

(iv) Los pagos efectuados por los CONTRATANTES del Seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a la ASEGURADORA.

• Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el CONTRATANTE/ASEGURADO que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del Contrato de Seguro.

• El CONTRATANTE y/o ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la misma puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido

relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento. La ASEGURADORA remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE/ASEGURADO, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la ASEGURADORA en forma adicional a la comunicación electrónica.

- Instrucciones de Uso del correo electrónico: i) En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique/anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al (01) 411-1111; y, i) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.

- Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS:

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("La Aseguradora"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS:

• La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO en los términos estipulados por la ASEGURADORA, en tanto el CONTRATANTE o ASEGURADO hubieran proporcionado información veraz.

• El CONTRATANTE/ASEGURADO suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lima, XX de XXXXXXXX de 20XX

**RIMAC SEGUROS Y
REASEGUROS**

CONTRATANTE

ASEGURADO
**(En caso de ser una persona
distinta del CONTRATANTE)**

Plan de Beneficios

XXXXX

PLAN SALUD RED PREFERENTE XXXX

Beneficio Máximo Anual por asegurado	
Beneficio Máximo Anual por persona	XXXXXXXX
Enfermedades o accidentes a consecuencia de catastrófes naturales	XXXXXX
Atencion Hospitalaria (*)	
Crédito	
Atención hospitalaria en Red 1 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX% Para los primeros S/ XX,XXX Exceso cubierto al XXX.XX%
Atención hospitalaria en Red 2 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX% Para los primeros S/ XX,XXX Exceso cubierto al XXX.XX%
Atención hospitalaria en Red 3 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX% Para los primeros S/ XX,XXX Exceso cubierto al XXX.XX%
Atencion Ambulatoria	
Crédito	
Atención ambulatoria en Red 1 en Lima	Ded. por Consulta S/ XX Cubierto al XX.XX%
Atención ambulatoria en Red 2 en Lima	Ded. por Consulta S/ XX Cubierto al XX.XX%
Atención ambulatoria en Red 3 en Lima	Ded. por Consulta S/ XX Cubierto al XX.XX%
Emergencias Ocurridas por Accidente (por crédito)	
Crédito	
Emergencia Accidental en Lima: - Ocurridas por accidente y asistidas dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la ocurrencia. - Gastos Ambulatorios (sin hospitalización) al XX%. - Gastos Hospitalarios según condiciones de hospitalización en Red elegida. Emergencia Accidental en Provincia: - Ocurridas por accidente y asistidas dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la ocurrencia. - Gastos en el tópico de emergencia.	
Continuación Emergencia Accidental (Sólo crédito)	

Cobertura de Continuidad de Emergencia Accidental Ambulatoria hasta noventa (90) días: Se extiende la presente cobertura hasta un periodo máximo de noventa (90) días para aquellas emergencias que fueron atendidas dentro del tópico de emergencia del mismo establecimiento donde se dio la cobertura inicial.

La cobertura mencionada, dentro de este periodo, será cubierta al XX% para las siguientes intervenciones: Controles ambulatorios, exámenes de laboratorio de control, exámenes radiológicos de control, sesiones de terapia física, retiro de puntos y yeso.

Emergencias no ocurridas por Accidente

Crédito

De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria.

Orientación Médica Telefónica

Para comunicarse solo tiene que llamar a nuestra Central de Consultas y Reclamos (01) 411-1111 Lima y 0800 41100 Provincias y nuestro personal atenderá sus consultas médicas las veinticuatro (24) horas del día.

Atención Médica a Domicilio para situaciones de Emergencias - Servicio de Ambulancia

Crédito

SERVICIO DE AMBULANCIA POR EMERGENCIAS - SOLO LIMA	Cubierto al XXX.XX%
--	---------------------

Llamar a la Central de Emergencias Aló Rímac al teléfono XXXXX. Los límites de traslado son los siguientes:

Por el Sur: XXXXX

Por el Este: XXXXX

Por el Oeste: XXXXX

Por el Norte: XXXXX

Traslado en Situaciones de Emergencia

Crédito

Gastos de Traslado Terrestre por Emergencia al XX%	Cubierto al XXX.XX%
--	---------------------

Llamar a la Central de Emergencias Aló Rímac al teléfono XXXXX Lima

Ambulancias por Emergencias - Sólo Lima

Radio de Acción:

Por el Sur: XXXXX

Por el Este: XXXXX

Por el Oeste: XXXXX

Por el Norte: XXXXX

La derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicios de nuestros proveedores.

Gastos de Traslado Terrestre por Emergencia, cubierto al XX%. Llamar a la Central de Emergencias Aló Rímac al teléfono XXXXX Provincias. Ambulancias por Emergencias en Provincias Radio de Acción: TRUJILLO por el Norte : XXXXX por el Sur : XXXXX por el Este : XXXXX por el Oeste : XXXXX AREQUIPA por el Norte : XXXXX por el Sur : XXXXX por el Este : XXXXX por el Oeste : XXXXX CUZCO por el Norte : XXXXX por el Sur : XXXXX por el Este : XXXXX La derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicios de nuestros proveedores.	Cubierto al XXX.XX%
Programas Cuidate	
Crédito	
Control y seguimiento para pacientes con Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes y Asma, los mismos que estarán sujetos a evaluación médica previa, así como las características y restricciones del programa.	Cubierto Al XXX%
Prevención	
Chequeos Médicos	
Crédito	
CHEQUEOS MÉDICOS PREVENTIVOS - LIMA	Tarifas y descuentos especiales Para consultar las tarifas, descuentos especiales y proveedores ingresar a nuestra pagina web: www.rimac.com.pe
VACUNAS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN DEL MINSA En XXXXX en Lima En el centro de vacunación Vacunas: XXXXX (*) El esquema vacunal es referencial en las edades de vacunarse.	Cubierto al XXX.XX%

VACUNAS EN RED DE CENTROS DE INMUNIZACIÓN Vacuna Neumococo: Al crédito en XXXXX para personas de sesenta (60) años a mas. Vacuna Influenza: Al crédito en XXXXX para personas de sesenta (60) años a mas.	Cubierto al XXX.XX%
Optometría	
Medida de vista, fondo de ojo y presión ocular, una vez por vigencia. En Red Oftalmológica afiliada en Lima.	Cubierto al XXX.XX%
Maternidad (**) - En Lima	
Las sumas aseguradas contempladas en el beneficio de maternidad son aplicables en cada embarazo, no se renuevan anualmente.	
Crédito	
Parto normal, parto multiple, cesárea.	Cubierto al XX.XX%
Complicaciones organicas y quirúrgicas del embarazo, Aborto y/o amenaza de aborto.	Hasta S/ X,XXX Cubierto al XX.XX%
Control del niño sano, una vez al mes durante el primer año de vida en clínicas afiliadas. (Beneficio exclusivo para niños nacidos al amparo de la póliza e inscritos dentro los sesenta (60) días después de haber nacido)	Cubierto al XXX.XX%
Consultas pre/post natales en en clínicas afiliadas. - Incluye Laboratorio, Ecografías y Vitaminas	Cubierto al XXX.XX%

Maternidad - (Enfermedades del Recién Nacido)	
Para Partos Múltiples de tres (03) niños(as) o mas el límite para Enfermedades del Recién Nacido dentro de la vigencia de la póliza durante los primeros xx meses de vida, sera cubierto hasta S/ XXXX. De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria.	
Enfermedades Congénitas para nacidos en póliza - (Beneficio Máximo Anual XXX)	
Crédito	
De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria. - Beneficio Máximo por año y por persona hasta S/ XXXX. - Solo para nacidos bajo la cobertura de la póliza.	
Oncología (Beneficio Máximo Anual S/ XXXX)	
Crédito	
Oncología ambulatorio en Red Oncológica 1 en Lima	Ded. por Consulta S/ XX Cubierto al XX.XX%
Oncología hospitalario en Red Oncológica 1 en Lima	Ded. Hospitalario XX Cubierto al XX.XX%
Prótesis Internas Quirúrgicamente necesarias	
Crédito	
Prótesis Internas quirúrgicamente necesarias (se excluyen prótesis dentales)	Cubierto al XX% Hasta US\$XXXX de por vida.
Atenciones Oftalmológicas en Lima	
Crédito	
Atenciones oftalmológicas en clínicas afiliadas.	Según condiciones de red elegida
Atenciones oftalmológicas en Red Oftalmológica.	Según condiciones de Red 2
Atenciones Odontológicas en Lima	
Crédito	
Odontología en Red Odontologica en Lima Deducible por pieza tratada y terminada.	Ded. x Pieza Tratada S/ XX Cubierto al XX.XX%
Beneficio Odontológico a) Examen oral inicial. b) Radiografías. c) Profilaxis general. d) Flúor y sellantes (hasta los 12 años). e) Restauraciones: • Resina (piezas anteriores y posteriores) • Resina con luz alógena. • Terapia Radicular (endodoncia). • Pulpectomía. • Apiceptomía. f) Extracciones. Para gozar del Beneficio Odontológico, se requiere haber estado asegurado en la Póliza, un mínimo de dos (2) meses consecutivos.	
Gastos de Sepelio	

Sepelio en Red Agencias Funerarias Paquete clásico solo al crédito.	Cubierto al XXX.XX%
Beneficios Adicionales	
Programa de Descuentos y Beneficios Rímac	
1. Descuentos por enfermedades preexistentes.	Tarifas y descuentos especiales Para consultar las tarifas, descuentos especiales y proveedores ingresar a nuestra pagina web: www.rimac.com.pe
2. Quiropraxia.	
3. Descuentos en la adquisición de lentes y cristales.	
4. Cirugía de Excimer Laser.	
5. Talleres Post Parto.	
6. Yoga y Pilates.	
OBSERVACION	
(*) Se deja constancia que : Para la Cobertura Hospitalaria en el Perú, se considera como un evento hospitalario hasta un máximo de treinta (30) días; a partir del día 31 se deberá consumir otros S/ XXXXX aplicando nuevamente el coaseguro de la red elegida. (**) Periodo de Espera: - Maternidad para el cónyuge del titular o titular con cónyuge es de dieciocho (18) meses. - Maternidad para la titular mujer sin cónyuge es de dieciocho (18) meses. (Sin cobro de extra prima, aplica para pólizas nuevas).	

PLAN SALUD RED PREFERENTE XXXX

XXXXX

Primas (no incluye gastos e impuestos)

CONFORMACION	SEXO	EDAD MIN.	EDAD MAX.	APORTE SOLES (S/)
Titular	Ambos	0	30	XXXX.XX
Titular	Ambos	31	35	XXXX.XX
Titular	Ambos	36	40	XXXX.XX
Titular	Ambos	41	45	XXXX.XX
Titular	Ambos	46	50	XXXX.XX
Titular	Ambos	51	55	XXXX.XX
Titular	Ambos	56	56	XXXX.XX
Titular	Ambos	57	57	XXXX.XX
Titular	Ambos	58	58	XXXX.XX
Titular	Ambos	59	59	XXXX.XX
Titular	Ambos	60	60	XXXX.XX
Titular	Ambos	61	61	XXXX.XX
Titular	Ambos	62	62	XXXX.XX
Titular	Ambos	63	63	XXXX.XX
Titular	Ambos	64	64	XXXX.XX
Titular	Ambos	65	65	XXXX.XX
Titular	Ambos	66	66	XXXX.XX
Titular	Ambos	67	67	XXXX.XX
Titular	Ambos	68	68	XXXX.XX
Titular	Ambos	69	69	XXXX.XX
Titular	Ambos	70	70	XXXX.XX
Titular	Ambos	71	200	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	0	30	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	31	35	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	36	40	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	41	45	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	46	50	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	51	55	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	56	56	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	57	57	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	58	58	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	59	59	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	60	60	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	61	61	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	62	62	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	63	63	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	64	64	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	65	65	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	66	66	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	67	67	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	68	68	XXXX.XX

Cónyuge	Ambos	69	69	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	70	70	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	71	200	XXXX.XX
Hijo	Ambos	0	5	XXXX.XX
Hijo	Ambos	6	15	XXXX.XX
Hijo	Ambos	16	26	XXXX.XX

Nota: Las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el Artículo 10 de las Condiciones Generales de la Póliza. Asimismo, se ha realizado una estimación de la evolución de la prima pero teniendo como único criterio la edad del ASEGURADO. Sin perjuicio de ello, la ASEGURADORA podrá tomar adicionalmente criterios técnico – financieros y supuestos actuariales para el ajuste de las primas, los mismos que no pueden ser definidos en la Póliza toda vez que son variables en el tiempo.

PLAN SALUD RED PREFERENTE

XXXX

XXXXXX

Clinicas Afiliadas

CENTRO MEDICO	DIRECCION	TELEFONO	PROVINICIA/ DISTRITO
Provincia			
Red 1			
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Red 3			
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Otras redes			
Lima			
Red 1			
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Red 2			
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Red 3			
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX
Otras redes			
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX