

ACCIDENTES PERSONALES SALUD

Condiciones Generales Accidentes Personales Salud

¡Bienvenido!

Has contratado nuestro Seguro de Accidentes Personales.

Si tienes alguna duda de los términos que usamos, te invitamos a revisar nuestro Glosario de Términos. A continuación, podrás encontrar las características de tu seguro:

1. VIGENCIA:

La vigencia de esta póliza inicia a las 00.00 horas y finaliza a las 23.59 horas de los días establecidos en las Condiciones Particulares. **Esta Póliza de Seguro se renueva automáticamente. Recuerda que para que proceda la renovación automática es condición indispensable que te encuentres al día en el pago de tu prima.**

Ten en cuenta que, a la renovación, podríamos proponerte modificaciones, las cuales te informaremos por escrito, 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.

Recuerda que, en caso no estés de acuerdo con la propuesta, tienes un plazo de 30 días para manifestarlo enviándonos un correo electrónico a atencionalcliente@rimac.com.pe; en caso contrario, entenderemos que estás de acuerdo con las nuevas condiciones propuestas y emitiremos la póliza consignando en caracteres destacados las modificaciones realizadas.

2. ¿QUÉ SUCEDE SI NO PAGO LA PRIMA?

Si no realizas el pago de la prima en la fecha establecida, te informaremos por escrito. Una vez que transcurran 30 días desde la fecha del incumplimiento, procederemos a suspender la cobertura de esta póliza. RIMAC no será responsable por los siniestros ocurridos durante el período de suspensión.

3. ¿CÓMO REACTIVO MI COBERTURA?

Para rehabilitar tu cobertura suspendida, debes realizar el pago de todas las primas adeudadas. La cobertura se rehabilita a las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago.

3. ¿CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA REACTIVAR MI COBERTURA?

Desde la fecha de suspensión, solo tienes 60 días calendario para realizar el pago total de las primas adeudadas. Si no lo realizas en dicho plazo, esta póliza se extinguirá.

La extinción de la póliza será aplicable siempre que no hayamos reclamado el pago de las primas adeudadas por la vía judicial o arbitral, de conformidad a la normativa vigente.

5. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO Y PERMANECER EN EL SEGURO:

Podrán ser asegurados las personas que cumplan con los requisitos límites de edad establecidos en las Condiciones Particulares. No aplica edad máxima de permanencia.

6. ¿QUÉ ES PERIODO DE CARENCIA?

Es un espacio de tiempo en el cual, si es que se presentan siniestros dentro de este período, dichos eventos y sus consecuencias no serán cubiertos por la póliza. Para esta póliza el Período de Carencia es de 48 horas contados desde la fecha de pago de la prima.

7. ¿CUALES SON MIS COBERTURAS?

Gastos Médicos de Curación:

Cubre los Gastos de Curación siempre que su causa fuera un accidente únicamente producido a nivel nacional que no se encuentre excluido en la presente póliza y cuya atención sea solicitada por el Asegurado en una Clínica Afiliada, dentro de las 48 horas de ocurrido el accidente, bajo los términos y condiciones detallados en el Plan de Beneficios.

Se entiende por Gastos de Curación por Accidente a los gastos efectivamente realizados por concepto de honorarios médicos, gastos hospitalarios, cirugías, medicamentos, rehabilitación, pruebas y exámenes médicos, requeridos por el asegurado y que no se encuentren excluidos en la presente Póliza. En caso que el accidente deba ser cubierto por una Póliza de Seguro Obligatoria o de Ley, la cobertura que otorga la presente Póliza se aplicará para los gastos de curación en exceso de los gastos no cubiertos por los seguros obligatorios, siempre que dichos gastos no estén expresamente excluidos o no cubiertos según los términos y condiciones de esta Póliza.

Las situaciones que serán cubiertas por esta póliza son:

Emergencia Accidental.- Rimac pagará directamente a la Clínica Afiliada, la totalidad de los costos que demanden la curación y/o estabilización del Asegurado atendido producto del accidente, según corresponda, además de exámenes auxiliares complementarios para la evaluación, enyesado, vendas y otros gastos similares, así como procedimientos que ayuden a la estabilización del asegurado.

Atención Hospitalaria a consecuencia del accidente: Rimac pagará directamente a la Clínica Afiliada, la totalidad de los costos que demanden la atención hospitalaria producto del accidente, incluyendo lo siguiente:

- a. Habitación estándar unipersonal o bipersonal (no suite) y alimentación según la disponibilidad del proveedor (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. Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario por ayudantía y por anestesista.
- d. Pernos, clavos, placas, prótesis internas necesarias.

Atención Ambulatoria a consecuencia del accidente: Rimac pagará directamente a la Clínica Afiliada, la totalidad de los costos que demanden la atención ambulatoria producto del accidente. Incluye los gastos de curación, además de exámenes auxiliares complementarios para la evaluación, enyesado, vendas y otros gastos similares, así como procedimientos que ayuden a la estabilización del asegurado.

NO ES MATERIA DE COBERTURA:

Aparatos y equipos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para várices, audífonos, implantes dentales de titanio. No se cubren equipos médicos tales como oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas. Asimismo, no se cubre el cuidado por enfermeras y/o técnicas o auxiliares de enfermería fuera de los ofrecidos en los ambientes hospitalarios por el proveedor.

Cirugía plástica o estética incluyendo tratamiento de cicatrices que loide producto del accidente.

8. SI ESTOY RECIBIENDO ATENCIÓN POR UN ACCIDENTE ¿CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA?

Puede terminar en los siguientes casos:

- A. Cuando los gastos pagados por RIMAC a la Clínica Afiliada donde se realizó la atención, alcancen el monto fijado como “Beneficio Máximo por Accidente y por Asegurado” indicado en el Plan de Beneficios. Todos los gastos pagados por un mismo accidente disminuyen el “Beneficio Máximo por Accidente y por Asegurado”. **Una vez que el Beneficio Máximo por Accidente y por Asegurado se agote, se entenderá que la suma asegurada se ha reactivado para otro accidente que pueda suceder en el futuro.** o;
- B. Cuando se determine médicamente el alta del Asegurado por el accidente cubierto. La cobertura de Gastos de Curación permanecerá vigente para nuevos accidentes hasta el monto del Beneficio Máximo contratado.

9. ¿QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTE?

Para acceder a las coberturas que otorga la presente Póliza, es **OBLIGATORIO** que acudas a la Clínica Afiliada más cercana dentro del plazo máximo de 48 horas de producido el accidente a fin de recibir atención por **EMERGENCIA POR ACCIDENTE** de manera inmediata, para lo cual deberás presentar tu Documento Nacional de Identidad o Documento Oficial de Identidad (Carné de Extranjería o Pasaporte).

Posteriormente a la atención por **EMERGENCIA POR ACCIDENTE**, y en caso requieras continuar con la atención ya sea de manera **HOSPITALARIA** o **AMBULATORIA**, deberás acudir a la misma Clínica Afiliada donde recibiste la atención por **EMERGENCIA POR ACCIDENTE**, presentando (i) original del Documento nacional de Identidad (DNI) o Documento Oficial de Identidad (Carné de Extranjería o Pasaporte) y la (ii) Copia simple de la Denuncia Policial si fuera el caso de accidente de tránsito o producto de un ilícito penal como robo, terrorismo, entre otros.

En caso no hayas recibido atención por **EMERGENCIA POR ACCIDENTE**, recuerda que las coberturas por **ATENCIÓN HOSPITALARIA O AMBULATORIA** por accidente **NO SERÁN ACTIVADAS**.

10. ¿CUÁLES SON LAS EXCLUSIONES?

Queda fuera de la cobertura de esta póliza las lesiones o accidentes que el asegurado sufra a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- Cualquier enfermedad física o mental y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes conforme la presente Póliza.
- Enfermedades congénitas y sus complicaciones de acuerdo al CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).
- Las consecuencias de hernias y obstrucciones, de insolaciones, intoxicaciones y envenenamientos. Intoxicaciones alimenticias o las causadas por reacciones adversas a medicamentos que hubiesen resultado de la toma de éstos por causas no relacionadas a diagnósticos de causa accidental cubierta por la presente Póliza.
- Las complicaciones médicas de embarazos o partos. No obstante, en el caso que un accidente produzca complicaciones médicas que deriven en un aborto, los gastos del mismo, incluyendo el legrado uterino como consecuencia de éste, será materia de cobertura de esta Póliza. De otro lado, en el caso que un accidente provoque el parto sea natural o por cesárea, los gastos incurridos no serán materia de la cobertura de este Seguro.
- Las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez bajo influencia de drogas registradas en la historia clínica. La situación de embriaguez se determinará de acuerdo a los límites legales de alcohol en la sangre y la normativa vigente. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.

- Participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos; peleas planificadas, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- Auto mutilación o autolesión intencional.
- Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil.
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado.
- Los accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosas, realizadas de manera profesional o no profesional cuando haya sido practicada o desarrollada en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípcas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina 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.
- Conducción de autos, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas y cualquier otro vehículo motorizado en incumplimiento de la normatividad vigente aplicable a los conductores, pasajeros o vehículos motorizados, en la vía pública.
- 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.
- Sangre y derivados (plasma, albúmina, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad. No están cubiertos las pruebas a los donantes. Están excluidos los equipos de auto transfusión.
- El uso de los siguientes insumos o procedimientos: autoinjerto tendón rotuliano, injertos óseos (aloinjerto o hueso desmineralizado), instrumentación columna (salvo en los casos que esté aprobado por RIMAC, jaulas inter somáticas, malla nazca, malla safyre, mapeo cerebral, nucleoplastia, radiofrecuencia bipolar, rapid lock, Transfix, Rigidfix etc.
- Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas relacionadas al virus HIV positivo.
- Cualquier tipo de accidente que ocurra debido al incumplimiento de las Normas y Reglamentos de Seguridad establecidos por las autoridades competentes, siempre que dicho incumplimiento sea la causa del siniestro.
- No se cubre ningún tipo de trasplante de órganos, así esto fuera derivado de un accidente cubierto por la presente Póliza.
- No se cubren gastos de transporte por evacuación en avión ni por concepto de traslado en ambulancias como consecuencia de rehabilitación del Asegurado.

Si la aseguradora ya hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en el presente artículo, la aseguradora no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura una vez identificado el error.

11. ¿PUEDO ARREPENTIRME DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA O DAR POR FINALIZADA ANTICIPADAMENTE ESTA PÓLIZA?:

- **Derecho de Arrepentimiento**

Podrás arrepentirte de la contratación de esta Póliza sin penalidad alguna, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibiste esta Póliza de Seguro. En este caso, te

devolveremos la totalidad de lo pagado en caso no hayas hecho uso de alguna de las coberturas y/o beneficios.

- **Finalización de la Póliza (Resolución)**

En cualquier momento de la vigencia podrás solicitar la finalización de esta póliza. En este caso te devolveremos la prima pagada que corresponda a la vigencia que aún no ha transcurrido.

- Procedimiento

En cualquiera de los casos deberás escribir a atencionalcliente@rimac.com.pe solicitando la terminación del seguro (incluyendo en el asunto "Derecho de arrepentimiento" o "Finalización", según corresponda), indicando el nombre del producto, nombre del Asegurado y su DNI.

El ejercer el "Derecho de Arrepentimiento" trae como consecuencia la finalización de la Póliza desde la fecha en que recibimos el correo respectivo. En caso de "Finalización" esta se hace efectiva en el primer día calendario del mes inmediato siguiente a la fecha de haberse solicitado.

Una vez finalizada anticipadamente la vigencia de la Póliza, en cualquiera de los casos antes descritos, RIMAC no será responsable de brindar las coberturas descritas en la presente póliza.

En el caso de "Finalización", la devolución de las primas, de corresponder, se realizará al medio de pago utilizado para tomar este seguro, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de finalización de la Póliza de Seguro, no siendo necesario que se realice una gestión adicional. En el caso de "Derecho de Arrepentimiento", la devolución de las primas se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de presentación de la solicitud de ejercicio de dicho derecho.

12. ¿DÓNDE PRESENTO MIS QUEJAS Y/O RECLAMOS?

Puedes presentarlas por vía telefónica: a través de la Central de Emergencias Aló RIMAC (01) 411-1111 en Lima o al 0800-41111 en provincia, o por escrito: mediante carta dirigida a RIMAC la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención al Cliente o mediante un correo electrónico a atencionalcliente@rimac.com.pe. Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

13. ¿EN QUÉ CASOS ACUDO A LA DEFENSORÍA DEL ASEGURADO?:

En caso no te encuentres de acuerdo con nuestra respuesta a la queja o reclamo, tienes el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicado en Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, distrito de San Isidro, Lima, Teléfono 01-421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan 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 nuestra Compañía.

14. ¿CÓMO SE REALIZARÁN LAS COMUNICACIONES REFERENTES A ESTA PÓLIZA?:

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes se remitirán por medios virtuales y/o electrónicos y/o telefónicos, salvo que la ley disponga alguna formalidad distinta para las comunicaciones. Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos. Usted y/o el Asegurado, según corresponda, deberán informarnos 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.

15. ¿CUALES SON LOS MECANISMOS 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 Usted domicilia y/o los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

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

16. ¿CUAL ES EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA?

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro, conforme lo establecido en la normatividad vigente.

ACCIDENTES PERSONALES SALUD

Glosario de Términos

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.

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).

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, este último de ser el caso.

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

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

EMERGENCIAS MÉDICAS: Son todas aquellas derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) o factores endógenos que ponen en peligro la salud del Asegurado.

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

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.

PLAN DE BENEFICIOS: documento en donde constan las coberturas, primas, límites, y datos del proveedor de salud.