

SALUD GLOBAL

CONDICIONES GENERALES SALUD GLOBAL

SALUD GLOBAL

CONDICIONES GENERALES

¡Bienvenido!

Has contratado la Póliza de Salud Global que otorga las coberturas principales descritas en estas Condiciones Generales, además de las coberturas contenidas en las Cláusulas Adicionales que optativamente hayas contratado. En adelante, al conjunto de documentos que has recibido se les denominará la Póliza.

Recuerda que, según lo indicado en tu proceso de solicitud de este seguro, este producto cubrirá las enfermedades que continúan bajo tratamiento médico (no resueltas), siempre que las hayas informado en tu Declaración Personal de Salud y en tanto hayan estado cubiertas en una Póliza de Seguro y/o Plan de Salud EPS anterior. No obstante lo antes indicado, las condiciones y límites de las sumas aseguradas que corresponderán a la atención de estas enfermedades estarán sujetas a los términos de la Póliza de Seguro y/o Plan de Salud EPS anterior, y siempre que dentro de las condiciones de esta Póliza incluyan su atención.

Por tanto, en caso que las enfermedades declaradas en la Declaración Personal de Salud (DPS) no hayan estado cubiertas bajo una Póliza de Seguro o Plan de Salud EPS, estas no serán materia de cobertura bajo la presente Póliza. (Ver numeral 11 de las presentes Condiciones Generales).

Para la lectura de tu Póliza de Seguro, te sugerimos revisar nuestro **Glosario de Términos**.

1. ¿CUÁLES SON LAS COBERTURAS PRINCIPALES?

1.1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

La Central de Emergencias y Asistencias es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atenderte las 24 (veinticuatro) horas del día, todos los días del año. Sólo tienes que llamar al teléfono que figura en el Resumen de la Póliza de Seguro y nuestro personal atenderá sus consultas.

No se cubren medicamentos, exámenes auxiliares o certificados de atención.

1.2. VIDEOCONSULTA

Esta cobertura se brinda a través de videollamada y está orientada al manejo de enfermedades agudas de baja complejidad y para las especialidades descritas en las Condiciones Particulares de tu Póliza.

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro. **El horario en el que está disponible es de lunes a sábado de 08:00**

horas a 20:00 horas. Esta cobertura incluye la entrega de medicinas en caso te encuentres en Lima Metropolitana (a través de Delivery) y en caso te encuentres en Provincias, deberás recoger las medicinas en la cadena de farmacias indicadas en tu Póliza (sujeto a restricciones y según Zonas de Cobertura).

Es importante indicar que esta cobertura es brindada por un profesional de la salud que recopilará información relevante mediante una entrevista respecto al motivo de consulta, síntomas y/o antecedentes de importancia; y quien, además, cuenta con las competencias para indicar el tratamiento o continuidad del mismo, en los casos que corresponda. Asimismo, tiene la facultad de decidir sobre aquellos casos que precisan más investigación (examen físico completo o pruebas auxiliares de ayuda al diagnóstico) o requieren de atención en un servicio médico de emergencias o presencial.

Esta cobertura no tiene como finalidad sustituir la consulta médica presencial (donde se incluye examen físico), la cual podrá ser requerida por profesional de la salud para los casos que éste considere pertinente de acuerdo a la información proporcionada por el Asegurado.

2. ¿QUÉ DEBO HACER PARA ACCEDER A MIS COBERTURAS?.

El modo de acceder a las coberturas principales se encuentra descritas en los numerales 1.1. y 1.2. precedentes.

Adicionalmente, en caso esta Póliza incluya coberturas adicionales, estas serán atendidas bajo la modalidad de “CRÉDITO”, por lo que a continuación te detallamos el procedimiento que deberás seguir para solicitarlas según lo indicado en tu Plan de Beneficios que forma parte de tu Póliza.

2.1. En caso de contar con atenciones ambulatorias EN EL PERÚ, deberás:

- a. Reservar tu cita para la atención en cualquiera de las Clínicas descritas en tu Plan de Beneficios.
- b. Acudir a la Clínica en la fecha asignada para tu cita e identificarte con tu documento de identidad.
- c. Recuerda que, de corresponder, deberás pagar Copagos o Deducibles, los cuales sirven para activar la cobertura o cubrir parte de los gastos, respectivamente, conforme las condiciones de cada una de tus coberturas.

Ten en cuenta que, en los casos de atención Hospitalaria y en algunas atenciones previamente programadas por tu médico tratante de manera ambulatoria, deberás, además de lo indicado en el párrafo anterior:

- a. Coordinar con el centro médico en el cual te estés tratando, la gestión para solicitar la Carta de Garantía a RIMAC, presentando la orden respectiva emitida por tu médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto correspondiente.
- b. Una vez aprobada la Carta de Garantía, podrás continuar con tu tratamiento, abonando, al momento de alta o término del servicio, los gastos no cubiertos, Deducibles y el Copago respectivo, en caso corresponda.

2.2. En caso de contar con atenciones ambulatorias EN EL EXTRANJERO, deberás:

- a. Contactarte con RIMAC y solicitar una Pre-Certificación, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anterioridad a la atención en salud, vía correo electrónico a atencionalciente@rimac.com.pe, adjuntando:
 - Formato de pre-certificación, el cual forma parte de tu Plan de Beneficios.
 - Informe Médico completo cuyos requisitos se encuentran en tu Plan de Beneficios.

- b. **RIMAC -a través su operador internacional- realizará las coordinaciones para verificar si el centro de salud donde te pretendes atender en el extranjero, trabaja con seguros internacionales.**
 - **En caso que el centro de salud donde te pretendes atender en el extranjero acepta la garantía de pago de nuestro operador internacional bajo la modalidad de CRÉDITO, se procederá con la emisión del Formato de Beneficios (VOB para los Estados Unidos de Norteamérica y/o LOA formato correspondiente para el resto del mundo), a través del cual se reconocerá los gastos cubiertos por atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero mediante la modalidad de crédito, según lo establecido en el Plan de Beneficios, esto con la intervención del operador internacional, según corresponda.**
 - **En caso de que el proveedor de servicios en salud en el extranjero elegido no acepte la garantía de pago de nuestro operador internacional se realizará la atención a través de la modalidad de reembolso, bajo los términos y condiciones del Plan de Beneficios.**
- c. **Acudir a la clínica para la atención con el Formato de Beneficios antes indicado y el carné digital del operador internacional.**

En caso que tu atención médica no siga el proceso de pre-certificación antes citado, se aplicarán las condiciones de reembolso, bajo las condiciones, límites y términos establecidos en tu Plan de Beneficios.

3. ¿DESDE CUÁNDO SE PUEDEN USAR MIS COBERTURAS?.

Las coberturas principales descritas en el numeral 1. pueden usarse inmediatamente después de haber contratado la Póliza (no les aplica un período de carencia).

No obstante, todas las demás coberturas contenidas en las cláusulas adicionales que formen parte de la presente póliza cuentan con un Período de Carencia de 30 días calendarios. Adicionalmente, las coberturas adicionales contratadas podrían contar con un Periodo de Espera el cual está indicado en el texto de dicha cláusula, por lo que te sugerimos que las revise.

El Periodo de Carencia no aplica en caso de accidentes o para las siguientes enfermedades (en su episodio agudo): apendicitis, accidente cerebro vascular, hemorragia por aneurisma, torsión testicular e infartos al miocardio.

4. EXCLUSIONES

- a. **Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) 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 los Asegurados 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.**
- d. **Las enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio de cobertura del presente seguro, conforme lo señala el numeral 10 de las presentes Condiciones Generales.**
- e. **Tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la tabla de Beneficios.**

- f. Cirugía estética o plástica o reconstructiva. Cirugías por mamoplastia reductora ni por ginecomastia.
- g. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por RIMAC.
- a. Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis o implantes dentales, equipos mecánicos, eléctricos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y GPAP), 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.
- j. No se cubre la adquisición de los siguientes equipos médicos durables: oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas, bombas de infusión.
- k. 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.
- xx. Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción: miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. 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.

IIIIIIII. 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 de 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.

- n. Las afectaciones del estado de salud del Asegurado a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al Asegurado.
- o. Compra de Sangre y derivados, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, sí están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas por su necesidad médica.
- p. Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.
- q. Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa, y los derivados de los anteriormente descritos.

- r. Cuidado de enfermeras, enfermeros, técnicos o técnicas de enfermería adicionales a los brindados por el proveedor durante una hospitalización, con excepción de las primeras 48 horas posteriores a una intervención quirúrgica, mientras el paciente se mantenga hospitalizado, sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con RIMAC. No se cubren cuidados de enfermería en domicilio.
- s. Tratamientos 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.
- t. Vitaminas, minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos); leches maternizadas, 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. Vacunas, no especificadas en el Plan de Beneficios, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoterapia.
- e. Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drug Administration – EEUU)
- w. Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y callos.
- j. 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, evidenciados a través de exámenes de imágenes para lo cual se aplicará la cobertura adicional de Odontología, en tanto haya sido contratada. En casos de accidentes no estarán cubiertas las prótesis o implantes dentales con los que contaba el Asegurado.
- y. 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.
- z. Lesiones o enfermedades producidas en actos de guerra, revoluciones, participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- aa. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y 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 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.
- bb. La Circuncisión ni Postectomía, salvo en los siguientes diagnósticos debidamente documentado en la historia clínica: Fimosis adquirida, Parafimosis, Balanopostitis recurrente, e infección del tracto urinario, y salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura

de esta Póliza, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendarios desde el nacimiento.

- cc. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).
- dd. No se cubre sepelio de los No-natos.
- ee. Lesiones producidas voluntariamente por el Asegurado o en estado mental insano del Asegurado o suicido, intento de suicido, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.
- ff. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros, aire acondicionado.

5. ¿CÓMO TRATAMOS LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES?.

Esta póliza brindará continuidad de atenciones a las enfermedades preexistentes, siempre que esta se haya generado o que haya recibido cobertura durante la vigencia de un Plan de Salud y/o Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior; siempre y cuando:

- a. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 120 días calendario contados desde el término de la Póliza de Seguro anterior que cubrió el período inmediatamente anterior.
- b. Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 60 días calendario contados desde el término del Plan de Salud de EPS anterior que cubrió el período inmediatamente anterior.
- c. Se hayan declarado las preexistencias a RIMAC mediante la correspondiente Declaración Personal de Salud.

Recuerda: Si la Póliza de Seguro y/o Plan de Salud bajo la cual se presentó la Enfermedad Preexistente tiene solo coberturas indemnizatorias, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes. Asimismo, esta Póliza de Seguro cubrirá las enfermedades preexistentes conforme lo antes citado, siempre que la presente póliza cuente con las coberturas que permitan el otorgamiento de las atenciones requeridas.

6. EN CASO ALGUNA DE LAS COBERTURAS DETALLADAS EN LAS CLÁUSULAS ADICIONALES CUENTE CON UN PERIODO DE CARENCIA Y/ ESPERA, ¿PODRÍAN EXONERARME DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y/O ESPERA?

Sí, siempre que durante los últimos doce (12) meses previos a la contratación de esta Póliza, hayas estado cubierto de forma ininterrumpida por una o varias Póliza de Seguro y/o Plan de Salud que haya cubierto prestaciones médicas. Desde la terminación de tu Póliza de Seguro y/o Plan de Salud anterior tienes treinta 30 días para contratar esta Póliza y así gozar de la exoneración de Periodos de Carencia y Espera.

Para gozar de la exoneración antes indicada es requisito indispensable que presentes:

- a. Solicitud de inscripción del Seguro
- b. Copia de la/las Póliza y/o Plan de Salud anteriores que sumen en su totalidad la vigencia de doce (12) meses calendario previos a la contratación de la presente Póliza
- c. Copia de los comprobantes de pago cancelados correspondientes al pago de la prima u aporte conforme corresponda
- d. Detalle de los siniestros incurridos

Las condiciones y coberturas que se hayan activado bajo su Póliza y/o Plan de Salud anterior (bajo sus condiciones y hasta sus límites Asegurados, siempre que no sean mayores a las de la presente Póliza de Seguro), y siempre que dichas coberturas también se encuentren incluidas en esta Póliza de Seguro, y en

tanto dichos diagnósticos o condiciones no sean considerados como excluidos de cobertura por parte de RIMAC.

7. ¿QUÉ SUCEDE SI ME DIAGNOSTICAN UNA ENFERMEDAD DURANTE LA VIGENCIA DE MI PÓLIZA Y LUEGO QUIERO HACER UN CAMBIO DE PLAN?

Las enfermedades o diagnósticos cubiertos durante la presente vigencia del plan, seguirán siendo cubiertos en la renovación de esta póliza con las mismas coberturas y condiciones que estaban vigentes al momento del diagnóstico de la enfermedad. Esto quiere decir que, en caso de que realices un cambio de plan, las nuevas condiciones del plan destino serán aplicables a nuevos diagnósticos y no a aquellos diagnósticos que se presentaron previamente. De igual forma en caso de que adquieras coberturas adicionales, estas solo serán aplicables a nuevos diagnósticos y no a aquellos diagnósticos presentados antes de la contratación de las nuevas coberturas adicionales.

8. ¿PODRÍAN VARIAR LAS CONDICIONES DE MI PÓLIZA DE SEGURO A LA RENOVACIÓN DE LA VIGENCIA?

Sí. Recuerda que la renovación de tu póliza es automática por lo que podríamos proponerte modificaciones a tu póliza de seguro a la renovación en caracteres destacados, las cuales debemos informártelas con 45 días de anticipación (como mínimo) a la fecha en que culmine la vigencia en curso. Recuerda que tienes 30 días previos al vencimiento de la vigencia en curso a fin de manifestar tu aceptación o rechazo a las mismas. Si manifiestas tu rechazo, la vigencia de tu póliza no se renovará y finalizará cuando culmine la vigencia en curso. Si no manifiestas tu rechazo, entenderemos que has aceptado las nuevas condiciones planteadas y se te remitirá tu nueva póliza de seguro para tu próxima anualidad destacando las modificaciones.

Asimismo, si esta Póliza de Seguro se ha renovado por 5 años consecutivos, esta Póliza de Seguro se renovará indefinidamente con las mismas coberturas. No obstante, y conforme lo indicado en el párrafo previo, podremos proponerte algunas modificaciones a tu Póliza de Seguro cuando corresponda la renovación de su vigencia.

9. ¿HASTA CUÁNDO PUEDO ESTAR CUBIERTO POR MI PÓLIZA?

Esta Póliza no tiene límite de edad de permanencia.

10. ¿PUEDO AGREGAR A OTROS ASEGURADOS DESPUÉS DEL INICIO DE VIGENCIA DE MI PÓLIZA?

Sí, puedes agregar a nuevos Asegurados en tu póliza, los cuales se llamarán Asegurados Dependientes. La Solicitud de Inclusión de los nuevos Asegurados Dependientes deberá estar acompañada de la correspondiente Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por los nuevos Asegurados Dependientes (en caso de que los Asegurados Dependientes sean menores de edad estos serán llenados por sus padres).

Asimismo, podrás solicitar el retiro de Asegurados Dependientes de tu póliza en el momento que creas conveniente. Para todos los tipos de inscripción mencionados en este artículo, será de aplicación los Periodos de Carencia y Espera estipulados en la presente Póliza.

11. ¿PUEDO ARREPENTIRME DE LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO?

Si es que esta póliza de seguro ha sido adquirida a través de Comercializadores (incluido Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia (por ejemplo: web, telemarketing, entre otros), podrás arrepentirte de la contratación de esta Póliza de Seguro, dentro

de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibiste este documento o una nota de cobertura provisional.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado 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 tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI.

Esta póliza de seguro se considerará resuelta (anulada) desde la fecha en que recibimos tu comunicación y siempre que no hayas hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. Resuelta la póliza de seguro procederemos a devolverte la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de 30 días contados partir de la fecha en que te hayas arrepentido.

Tener en cuenta que el derecho de arrepentimiento no aplica en caso la presente Póliza de Seguro haya sido adquirida a través de Corredores de Seguros (Brokers) o Fuerza de Ventas de RIMAC, salvo que la adquisición se haya realizado a través de Sistemas de Comercialización a Distancia.

12. ¿QUÉ SUCEDE SI NO REALIZO EL PAGO DE MI PRIMA?

Si no realizas el pago de alguna de las cuotas de la prima, te informaremos dicho incumplimiento a tu correo electrónico (de manera cierta), y te indicaremos:

- La fecha en que venció el plazo para el pago.
- El plazo que dispones para pagar la prima a fin de no suspender tu cobertura, y la fecha en que se suspenderá tu cobertura en caso no realices el pago.

Si transcurren 30 días desde la fecha en que venció el plazo para el pago, y no has realizado el pago de la prima, se procederá a suspender la cobertura de tu Póliza.

Recuerda que no tendrás cobertura durante el periodo que dure la suspensión. Recuerda que una vez suspendida tu Póliza, si no regularizas los pagos, tu Póliza podría resolverse. Para esto, RIMAC te comunicará por escrito dicha decisión y la resolución se dará luego de 30 días contados desde esta comunicación.

La suspensión de cobertura no procederá en caso que se haya pagado una prima igual o mayor al período corrido de la Póliza de Seguro.

13. ¿CÓMO REACTIVO LA COBERTURA DE MI SEGURO?

Para reactivar la cobertura de tu seguro, debes realizar el pago de todas tus cuotas vencidas. La cobertura se reactivará a las 0:00 horas del día siguiente de la fecha de pago.

Desde la fecha de inicio de la suspensión de la cobertura de tu seguro, solo tienes 60 días calendario para realizar el pago total de las cuotas vencidas. Si no realizas el pago en dicho plazo, esta póliza se extinguirá (anulará). No obstante lo antes indicado, y antes que se extinga tu seguro conforme lo indicado en el párrafo precedente, RIMAC podrá resolver esta póliza luego de producida la suspensión de la cobertura, para lo cual te enviaremos una comunicación escrita informándote sobre dicha decisión. La resolución se producirá una vez que haya transcurrido 30 días desde que recibiste dicha comunicación.

14. ¿QUÉ PASA SI LOS DATOS QUE DECLARÉ PARA CONTRATAR MI PÓLIZA, NO SON EXACTOS O REALES?

Si la declaración que hiciste fue inexacta con dolo o culpa inexcusable, tu seguro es nulo, y te devolveremos las cuotas pagadas. La nulidad te la comunicaremos por correo electrónico dentro de los 30 días siguientes desde la fecha en que conocimos dicha situación. RIMAC conservará las primas correspondientes al primer año de vigencia a título indemnizatorio

15. ¿QUÉ SUCEDE SI REALIZO FRAUDE PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA?

Es muy importante que sepas que, en caso de presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, se perderá el derecho a recibir las coberturas de tu Póliza.

En este caso, RIMAC responderá la solicitud de cobertura emitiendo la correspondiente Carta de Rechazo, y además, tendrá derecho a resolver la Póliza, para lo cual te remitiremos una comunicación escrita dentro del mismo plazo legal con el que contamos para pronunciarnos sobre el rechazo de tu siniestro y surtirá efectos transcurridos 15 días calendarios desde la fecha de la recepción de dicha comunicación. Una vez resuelta (anulada) la Póliza, RIMAC quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

RIMAC conservará las primas correspondientes al período cubierto, y te devolveremos la prima correspondiente al período no corrido de vigencia dentro de los 30 días siguientes a la fecha de resolución.

16. ¿PUEDO ANULAR ANTICIPADAMENTE ESTA PÓLIZA DE SEGURO? (RESOLUCIÓN SIN EXPRESIÓN DE CAUSA)

En cualquier momento de la vigencia, podrás anular (resolver) tu Póliza sin más requisito que una comunicación por escrito a RIMAC la misma que surtirá efectos de manera inmediata desde el día de dicha solicitud; sin perjuicio de ello, podrás ejercer la resolución unilateral empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que utilizaste para la contratación del seguro. Le corresponde a RIMAC la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Una vez anulada (resuelta), RIMAC no será responsable de brindar las coberturas descritas en la presente Póliza. De producirse la anulación, RIMAC procederá a devolver la prima correspondiente al período no cubierto, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el Asegurado haya solicitado la resolución de la presente Póliza de Seguro, y en tanto corresponda.

17. ¿QUÉ ES EL DERECHO DE SUBROGACIÓN?

Si como consecuencia de un accidente producido y/u ocasionado por un tercero, el Asegurado sufre un deterioro en su salud física y/o psicológica cuyas consecuencias son atendidas por RIMAC, éste último podrá repetir contra los terceros responsables de dicho deterioro y/o el médico (solo para casos de negligencia médica, mala praxis o complicaciones médicas no esperadas), los gastos realizados por las atenciones médicas del Asegurado.

El Asegurado deberá facilitar toda la información y documentos necesarios para que RIMAC pueda ejercer este derecho así como concurrir a las citaciones y demás diligencias requeridas por ley para estos efectos.

El Asegurado será responsable ante RIMAC por 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 RIMAC, obligándose en éste caso a devolver lo pagado por RIMAC hasta por el monto recibido por dicho tercero responsable.

18. ¿DÓNDE PRESENTO MIS RECLAMOS Y/O REQUERIMIENTOS?

Podrás presentarlas por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en tu Póliza; o Por escrito: Por carta dirigida a RIMAC la cual deberás presentarla en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención; o mediante un correo electrónico, ambos señalados en tu Póliza. Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de quince (15) días contados desde la fecha de su recepción.

En caso esta Póliza de Seguro haya sido comercializada por Comercializadores y/o Bancaseguros, las comunicaciones cursadas a estos, tienen los mismo efectos como si se hubiesen realizado a RIMAC, aplicando el mismo plazo descrito en el párrafo precedente.

19. ¿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 RIMAC.

20. ¿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 domicilia o donde domicilian los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante o el Asegurado 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, Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, entre otros.

21. ¿CUÁL 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, o en el caso de fallecimiento del Asegurado, desde que el beneficiario conoce la existencia de dicho beneficio.

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

Los avisos y comunicaciones relacionados a esta Póliza se remitirán por medios virtuales y/o electrónicos y/o telefónicos, salvo que la norma exija su envío físico. Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de dichos mecanismos de comunicación, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos. En caso varíe sus datos de contacto o los del Asegurado (en caso de ser persona distinta), deberán informarnos para actualizar sus datos. En caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio solo surtirá efectos para comunicaciones posteriores a dicha fecha.

En caso esta Póliza de Seguro haya sido comercializada por Comercializadores y/o Bancaseguros, las comunicaciones que les remita, tienen los mismos efectos como si se hubiesen realizado a RIMAC.

23. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

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).

Asegurado o Asegurado Dependiente: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el contratante del Seguro.

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.

Beneficio máximo anual por Asegurado: Es la suma límite que RIMAC asumirá durante la vigencia anual de la Póliza por cada Asegurado, el cual está indicado en el Plan de Beneficios del Condicionado Particular. Las coberturas adicionales y Beneficios Adicionales podrán tener sus propios límites los mismos que estarán descritos en el Plan de Beneficios. Al término de cada año de vigencia de la Póliza, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por Asegurado.

Carta de garantía: Es el documento de autorización de cobertura al Asegurado tramitado por proveedor de servicios en salud y emitido por RIMAC, quien es la encargada de su aprobación. Los procedimientos no contemplados en la Carta de Garantía serán pagados por el Asegurado.

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. Dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>)

Cláusula adicional: Aquellas condiciones especiales y opcionales, que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

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.

Copago: Porcentaje del gasto que el Asegurado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de RIMAC 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 Copagos.

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 RIMAC, pudiendo encontrarse como parte de la Solicitud de Seguro.

Deducible: Monto fijo que el Asegurado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de RIMAC 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 Copagos y Deducibles.

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.

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.

Emergencia: Es una condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente, por ejemplo, puede ser un sangrado que no cese, dificultad para respirar, dolor en el pecho, desmayo, ingestión de una sustancia tóxica, caída de altura, convulsión, entre otros.

Emergencia accidental: 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: Traumatismo, Heridas cortantes de cualquier etiología, Quemaduras de cualquier etiología, Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

Emergencia no accidental: Son todas aquellas emergencias que no derivan de un accidente y que también ponen en peligro la salud del Asegurado como por ejemplo: Cardiovasculares, Respiratorias, Abdominales, Renales, Neurológicos, Síndrome febriles, Hemorragias, Intoxicaciones.

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 RIMAC y el contratante, según corresponda.

Enfermedades Agudas de Baja Complejidad: Son aquellas enfermedades de mayor frecuencia y poca complejidad que tienen una duración no mayor a 7 días calendarios aproximadamente, y que pueden ser atendidas por un Médico General ya que no necesitan consulta especializada, alta tecnología diagnóstica, hospitalizaciones prolongadas, medicación muy específica, ni intervenciones quirúrgicas mayores y definida por el Médico tratante.

Establecimiento de Salud categoría I-4: Es un establecimiento de salud, que pertenece al primer nivel de atención, con capacidad resolutoria para la recuperación, rehabilitación de problemas de salud y que cuenta con la autorización para realizar internamientos y/o hospitalizaciones de pacientes.

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.

Gastos cubiertos: Gastos Cubiertos se refiere a los gastos normales y razonables, incurridos por un Asegurado, en razón de un accidente, enfermedad o beneficio adicional amparado por esta Póliza, y tomando como base el tarifario UCR (Usual, Customary and Reasonable) para coberturas en el extranjero y el Tarifario RIMAC para un caso similar para coberturas que se brinden en territorio nacional, bajo los términos, condiciones y hasta los límites señalados en el Plan de Beneficios.

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.

Operador Internacional: Son los representantes de RIMAC en el extranjero cuya función principal es coordinar las atenciones internacionales y brindar el soporte necesario a los Asegurados en relación a los proveedores de servicios en salud en el extranjero.

Periodo de Carencia: Periodo inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que 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. Culinado este periodo a diferencia del Periodo de Carencia, RIMAC otorgará la cobertura a aquellas atenciones.

Pre-Certificación: Es el proceso que permite la validación médica y administrativa previa a la realización de una prestación de salud en el extranjero y tiene como finalidad reconocer una atención en el extranjero bajo las consideraciones establecidas en el Plan de Beneficios. Es de suma importancia ya que le brinda al Asegurado una respuesta de acuerdo a la información que éste envíe para la evaluación de esta prestación en salud, por parte de RIMAC.

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 establecidas por la Póliza de Seguro.

UCR: (Usual, Customary and Reasonable) Es el costo usual, acostumbrado y razonable por las prestaciones de salud en cada zona geográfica.

Urgencia médica: Alteración del estado de salud que, en primera instancia, no pone en riesgo la vida del Asegurado, pero que debe ser atendida en un plazo no mayor a 6 horas.

SALUD GLOBAL

CONDICIÓN ESPECIAL DE PREVENCIÓN

1. Descripción de la Condición Especial de Prevención

La presente cláusula adicional brinda la cobertura de chequeo médico preventivo, una vez por vigencia anual, el cual es otorgado tomando en consideración la edad y sexo del Asegurado.

El beneficio cubierto se brinda únicamente en la red de clínicas detallada en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

1. Procedimiento para solicitar el Chequeo Preventivo.

El procedimiento para solicitar la presente cobertura se encuentra descrita en el numeral 2.1. y 2.2. de las Condiciones Generales de tu Póliza, según se señala en el Plan de Beneficios de tu Póliza

SALUD GLOBAL

CONDICIÓN ESPECIAL DE REEMBOLSO

IMPORTANTE: Para reembolsos de atenciones en Perú, solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (RUC No 20100041953) y los recibos por honorarios necesariamente deberán ser girados a nombre del asegurado respectivo. Para el caso de los documentos emitidos en el extranjero, estos deberán estar emitidos a nombre del Asegurado respectivo que recibió la atención.

1. Descripción de la Condición Especial

La presente condición especial resulta aplicable en caso el Contratante la haya solicitado expresamente y RIMAC, por su parte, la haya incluido dentro del contenido de su Póliza de Seguro.

Esta condición especial consiste en que RIMAC reembolsará al Asegurado -bajo las condiciones y términos de esta condición especial descritas en el Plan de Beneficios de su Póliza de Seguro- los gastos en los que haya incurrido el Asegurado por recibir una atención o prestación en salud en un proveedor de servicios en salud ya sea que forme parte o no de la red de proveedores de servicios en salud de RIMAC. En el reembolso de los gastos incurridos por el Asegurado, se le descontarán los montos por concepto de Deducible y Copagos objeto de la cobertura, y hasta el límite porcentual de los gastos totales indicados en el Plan de Beneficios.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al Tarifario RIMAC, disponible en nuestra página <https://www.rimac.com/salud/seguro-salud?rfid=publica:producto-salud-completo:menu-principal:link>. Los gastos incurridos por atenciones médicas en el extranjero cubiertos y reconocidos en base a los costos UCR de la zona en la que se presta el servicio.

2. Procedimiento para solicitar la activación de la Condición Especial

Es necesario que:

Una vez que hayas culminado tu atención en salud, des aviso a RIMAC sobre este hecho y presentes la Solicitud de Reembolso, cuyo formato será proporcionado por RIMAC. El aviso a RIMAC y la solicitud de reembolso deberán ser presentados en cualquiera de Plataformas de Atención descritas en el Resumen de la póliza o a través de www.rimac.com (zona privada).

Deberás adjuntar copia simple de: los comprobantes de pago de los gastos incurridos, del informe del médico tratante, de las indicaciones y recetas médicas, de los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido. En caso de atención hospitalaria, se debe presentar adicionalmente copia fedateada y foliada de la historia clínica completa.

RIMAC debe pronunciarse respecto de procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso. Durante dicho período RIMAC podrá:

Solicitar aclaraciones o precisiones adicionales sobre la documentación presentada, y solo dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes indicado. Desde la fecha en que RIMAC solicitó la información aclaratoria, se suspende el cómputo del plazo de treinta (30) días hasta la presentación de dicho documento, en cuyo caso, se reactiva el cómputo del plazo.

En caso de que RIMAC requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la documentación presentada, o para la adecuada determinación de su monto, se te presentará una solicitud de ampliación del plazo descrito en el párrafo precedente. En caso no apruebes la ampliación de dicho plazo, RIMAC podrá presentar dicha solicitud debidamente justificada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, y esta solicitud se te informará dentro de los tres (03) días siguientes de iniciado este procedimiento.

Si RIMAC no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso. Una vez consentido el reembolso RIMAC tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar tus gastos.

SALUD GLOBAL

CONDICIÓN ESPECIAL DE RETORNO DE PRIMA O CASHBACK

1. Descripción de la Condición Especial

Esta cobertura otorga la posibilidad de recibir una devolución parcial o un porcentaje de las primas pagadas a RIMAC tras el periodo de un año de vigencia de la póliza, según el monto indicado en el Plan de Beneficios.

Esta devolución se dará únicamente al cumplir con las condiciones durante la vigencia anual del seguro detalladas en el Plan de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares de tu Póliza.

2. Procedimiento para solicitar la devolución.

Solicita la presente cobertura escribiéndonos a la casilla de atención al cliente atencionalcliente@rimac.com.pe o contáctanos a través de nuestros canales digitales.