



## AVISO DE EMERGENCIA

- 1. En el Perú: La ASEGURADORA brindará atención, siempre que ésta haya sido declarada dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o se haya presentado en el proveedor de servicios en salud.**
- 2. En el Extranjero: La ASEGURADORA brindará atención, siempre que ésta haya sido declarada dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrida a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 512-5010.**

**Cobertura a nivel mundial las veinticuatro (24) horas del día, todo el año.**

### FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CRÉDITOS Y REEMBOLSOS:

Las formas de acceder a la cobertura de la Póliza, sea a través de crédito o reembolso, se delimitarán por cada cobertura y estarán detalladas en el Plan de Beneficios, pues en caso de no encontrarse descritas en dicho documento no será posible acceder a través de dicha forma de cobertura. Aquellas son las siguientes:

#### 1. CRÉDITO (antes):

Son las atenciones por las que el asegurado asume los Deducibles y Copagos, y los gastos o excesos no cubiertos por la póliza, debiendo pagarlos directamente al proveedor de servicios. Los gastos cubiertos en exceso de los Deducibles y Copagos serán asumidos directamente por la ASEGURADORA, quien se encargará del pago del servicio a dichos proveedores siempre que haya pertinencia médica.

Cada atención médica corresponde a un acto médico y por lo tanto, cada atención está sujeta al pago de un Deducible, y Copagos de ser necesario.

Es factible que para algunas coberturas, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía por parte de la ASEGURADORA, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Deducibles y Copagos a cargo del ASEGURADO.

- 2. REEMBOLSO (después):** Aplica cuando el ASEGURADO ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió.

En el reintegro de los gastos incurridos se le descontarán los montos por concepto de Deducible y Copagos objeto de la cobertura.

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar (se tomará como referencia el tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe)).

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el extranjero serán cubiertos y reconocidos en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se presta el servicio, (disponible llamando al 411-3000 - Oficina de Atenciones Internacionales).



## PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

En caso de siniestro el ASEGURADO deberá solicitarlo mediante las formas de Crédito o Reembolso, bajo las siguientes consideraciones:

### 1. ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA: EL ASEGURADO tendrá que:

- a) De ocurrir la emergencia en el Perú, debe comunicarlo a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111 o presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.
- b) De ocurrir la emergencia en el extranjero, debe comunicarse con nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 512-5010 dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.
- c) Presentar su documento de identidad.
- d) En caso de Emergencia Médica No Accidental el ASEGURADO deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de dicha cobertura como atención hospitalaria y/o ambulatoria.

### 2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERÚ POR CRÉDITO: EL ASEGURADO tendrá que:

- a) Presentarse en cualquier momento, hasta antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza en cualquiera de los proveedores de servicios en salud que otorguen la cobertura.
- b) Presentar su documento de identidad.
- c) En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de la cobertura.  
El pago de Deducible y Copago tendrá una vigencia de siete (7) días calendario tanto para la consulta médica como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial.
- d) En caso de Atención Hospitalaria y/o Atención Ambulatoria programada el ASEGURADO deberá coordinar con el proveedor de servicios en salud la solicitud de una Carta de Garantía a la ASEGURADORA, presentando la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Deducibles y Copagos respectivos.

### 3. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL EXTRANJERO POR CRÉDITO: EL ASEGURADO tendrá dos tipos de procedimiento en caso de siniestros.

En los casos de Atención en el Extranjero, el ASEGURADO deberá comunicarse con el operador internacional al teléfono que aparece en su Credencial, según se detalla a continuación:

#### 3.1 Atención con Procedimiento de Pre-Certificación:

- i) De encontrarse el ASEGURADO en el Perú y requerir una atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero, el ASEGURADO deberá contactarse con la ASEGURADORA y solicitar una Pre-Certificación, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anterioridad a la atención en salud, llamando al 411-1000 a la Oficina de Atenciones Internacionales.
- ii) En caso el ASEGURADO se encuentre fuera del Perú y requiera una atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero, el ASEGURADO deberá, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anterioridad a la atención en salud, enviar a la Oficina de Atenciones Internacionales de la ASEGURADORA vía correo electrónico a [atencionalciente@rimac.com.pe](mailto:atencionalciente@rimac.com.pe), la siguiente información:



#### 4. ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA, AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO:

El ASEGURADO tendrá que:

- a) Adicionalmente al aviso de accidente, una vez terminado la atención en salud, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe).
- b) El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar la historia clínica completa.  
Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.  
Para el caso de los documentos emitidos en el extranjero, aquellos deberán contemplar las características que indica la normativa peruana respecto de comprobantes de pago emitidos en el extranjero.
- c) Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar (se tomará como referencia el tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe)).
- d) Los gastos incurridos por atenciones médicas en el extranjero serán cubiertos y reconocidos en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se presta el servicio, (disponible llamando al 411-3000 - Oficina de Atenciones Internacionales).
- e) La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa.

En caso de demora no dolosa se puede reducir el monto del reembolso por el perjuicio ocasionado en poder verificar o determinar las causas o circunstancias que lo generó.

- f) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho periodo comprende:
  - i) Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
  - ii) Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.
- g) La ASEGURADORA puede solicitar al Asegurado o SBS una prórroga del plazo para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias del reembolso.
- h) Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.
  - i) Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.
  - j) En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.