

Póliza XXXXXXXXXX Nro Póliza xxxx-xxxxx		Plan (Código y Descripción):			
Código SBS: XXX		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 Forma de renovación: XXXXXX					
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.					
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 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 XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	
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 Montos Si/ xxxx	
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.bbva.pe; 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 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 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 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 modifica/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

C SEGUROS Y REASEGL

CONTRATANTE

ASEGURADO

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

Plan de Beneficios	
PLAN XXXXX	XXXXX
Beneficio Máximo	
Beneficio máximo Anual por persona	XXXXXX
Atención hospitalaria	
Crédito	
Atención hospitalaria en Red 1 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Atención hospitalaria en Red 2 Clínicas en Provincia	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Atención hospitalaria en Red 2 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Atención hospitalaria en Red 3 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Atención hospitalaria en Red 4 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Atención hospitalaria en Red 5 Clínicas en Provincia	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Atención hospitalaria en Red 5 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Atención hospitalaria en Red 6 en Lima	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Reembolso	
Atención hospitalaria	Ded.. S/. XXXX Cubierto al XX.XX%
En una misma atención los consumos por el sistema de crédito son excluyentes del sistema de reembolso, es decir, si se escoge una de estas dos modalidades, el integro de la atención irá por uno de los dos sistemas, no es posible utilizar una mezcla de ambos	
Atencion Ambulatoria	
Crédito	
Atención ambulatoria en Red 1 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Atención ambulatoria en Red 2 Clínicas en Provincia	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%
Atención ambulatoria en Red 4 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Atención ambulatoria en Red 5 Clínicas en Provincia	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Atención ambulatoria en Red 5 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Atención ambulatoria en Red 6 en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Atención ambulatoria en Red Oftalmológica en Lima	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Reembolso	
Atención ambulatoria	Ded. por Consulta S/. XXX Cubierto al XX.XX%
En una misma atención los consumos por el sistema de crédito son excluyentes del sistema de reembolso, es decir, si se escoge una de estas dos modalidades, el integro de la atención irá por uno de los dos sistemas, no es posible utilizar una mezcla de ambos	

Médico a Domicilio	
Médico a domicilio Solo Medicina General	Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XXX.XX%
Radio de Acción:	
Por el Sur: Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador	
Por el Este: Hasta Chosica	
Por el Oeste: Hasta La Punta - Callao.	
Por el Norte: Comas - Independencia - Los Olivos - Pro - Puente Piedra - Carabaylo - hasta la altura del Km. 30 de la Panamericana Norte.	
Sujeto a disponibilidad de servicios de nuestros proveedores	
Las citas con su Médico Tratante del Staff médico de Alo Rimac también podran ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado.	
Solo para enfermedades agudas de baja complejidad.	
Emergencias Médicas Accidentales	
Emergencia accidental - Gastos ambulatorios (sin hospitalización)	Cubierto al XXX.XX%
- Gastos hospitalarios según condiciones de cobertura hospitalaria	
Continuacion emergencia accidental Ambulatoria hasta XX días : Se extiende la presente cobertura hasta un periodo máximo de XX días para aquellas emergencias que fueron atendidas dentro del tópico de emergencia del mismo establecimiento donde se dio la cobertura inicial.	Cubierto al XXX.XX%
La cobertura mencionada, dentro de este periodo, será cubierta al XXX% para las siguientes intervenciones:	
Controles ambulatorios, Exámenes de laboratorio de control, Exámenes radiológicos de control, Sesiones de terapia física, Retiro de puntos, y Retiro de yeso.	
Emergencias Médicas No Accidentales	
De acuerdo a las condiciones de Atención Ambulatoria y/u Hospitalaria	
Traslado en Situaciones de Emergencias	

X. Traslado Aéreo Nacional, llamando a Aló Rimac al XXX-XXXX, cubierto al XXX% por reembolso hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite de siete (X) asientos. Sujeto a disponibilidad de servicios de nuestros proveedores	Cubierto al XXX.XX%
X.- Gastos de Traslado Terrestre por Emergencia llamando a Aló Rímac al XXX-XXXX Ambulancias por Emergencias - Sólo Lima Radio de Acción: Por el Sur: Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador Por el Este: Hasta Chosica Por el Oeste: Hasta La Punta - Callao. Por el Norte: Comas - Independencia - Los Olivos - Pro - Puente Piedra - Carabaylo - hasta la altura del Km. 30 de la Panamericana Norte.	
X.- Gastos de Traslado Terrestre por Emergencia, cubierto al XXX% Llamando a Aló Rimac al XXXX- XXX-XX Ambulancias por Emergencias en Provincias Radio de Acción: TRUJILLO por el Norte : La Esperanza y Florencia de Mora por el Sur : Moche por el Este : El Porvenir y Laredo por el Oeste : Víctor Larco AREQUIPA por el Norte : Zona Cono Norte por el Sur : Zona Socabaya - Lara por el Este : Hasta el distrito de Paucarpata-Urb. Miguel Grau por el Oeste : Distrito de Sachaca CUZCO por el Norte : Arco Tica Tica por el Sur : San Jerónimo por el Este : Av. Circunvalación	Cubierto al XXX.XX%

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

SERVICIO DE AMBULANCIA POR EMERGENCIAS - PROVINCIAS		Cubierto al XXX.XX%
Comunicarse con Aló Rimac llamando al teléfono XXXX - XXX-XX		
Radio de Acción:		
TRUJILLO		
por el Norte : La Esperanza y Florencia de Mora		
por el Sur : Moche		
por el Este : El Porvenir y Laredo		
por el Oeste : Víctor Larco		
AREQUIPA		
por el Norte : Zona Cono Norte		
por el Sur : Zona Socabaya - Lara		
por el Este : Hasta el distrito de Paucarpata-Urb. Miguel Grau		
por el Oeste : Distrito de Sachaca		
CUZCO		
por el Norte : Arco Tica Tica		
por el Sur : San Jerónimo		
por el Este : Av. Circunvalación		
Servicio de ambulancia para emergencias en Provincia (solo por reembolso)		
SERVICIO DE AMBULANCIA POR EMERGENCIAS - SOLO LIMA		Cubierto al XXX.XX%
Radio de Acción:		
Por el Sur: Hasta el peaje de Villa, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador		
Por el Este: Hasta Chosica		
Por el Oeste: Hasta La Punta - Callao.		
Por el Norte: Comas - Independencia - Los Olivos - Pro - Puente Piedra - Carabayllo - hasta la altura del Km. 30 de la Panamericana Norte.		
Atenciones Oftalmológicas		
Oftalmología en Red Oftalmológica en Lima		Cubierto al XXX.XX%
- Medición de vista, fondo de ojo y presión ocular una vez al año, solo en centros afiliados.		
- Descuentos en la adquisición de lentes y cristales en XXXXXX- XX%		
Atenciones Odontológicas		
Odontología en Red Odontológica		Ded. x Pieza Tratada S/. XX Cubierto al XX.XX%
- Solo al crédito en centros odontológicos afiliados		
- Cubre resinas en todas las piezas dentales.		
Observación: el deducible es por pieza dental tratada y terminada		
Oncología		
Crédito		
Oncología ambulatorio en Red 1 en Lima y XXXXXX		Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Oncología ambulatorio en Red 2 Clínicas en Provincia		Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Oncología ambulatoria en XXXXXX		Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%
Oncología ambulatoria en XXXXXX		Ded. por Consulta S/. XX Cubierto al XX.XX%

Reembolso	
Oncología ambulatorio	Ded. por Consulta S/. XXX Cubierto al XX.XX%
Crédito	
Oncología hospitalario en Red 1 en Lima y XXXXXX	s/Deduc. Cubierto al XX.XX%
Oncología hospitalario en Red 2 Clínicas en Provincia	s/Deduc. Cubierto al XX.XX%
Oncología hospitalario en XXXXXX	s/Deduc. Cubierto al XX.XX%
Oncología ambulatoria en XXXXXX	Ded. Hospitalario X día hab. Cubierto al XX.XX%
Reembolso	
Oncología hospitalario	Ded. por Consulta S/. XXXX Cubierto al XX.XX%
Prótesis internas quirúrgicamente necesarias	
Excluye prótesis dentales	Cubierto al XX.XX% Hasta S/.XX,XXX.XX
Trasplante de Organos	
- Dentro del Beneficio máximo anual	
- Cobertura según condiciones de Ambulatorio y/u Hospitalario	

Chequeos Médicos	
Chequeo médico en Omnia Médica en Lima (Control Vital - San Borja) Sólo en el Perú a través Omnia Médica I.- 1. Ficha médica integral 2. Examen Físico Completo -Examen general: Piel, anexos, tejido graso, sistema óseo-muscular -Examen regional: cuello, tiroides, tórax, pulmones, abdomen, evaluación gastroenterológica y renal. 3. Examen cardiovascular especializado -Examen físico y vascular periférico - Electrocardiograma en reposo 4. Prueba de esfuerzo 5. Laboratorio -Hemograma -Glucosa -Colesterol total /HDL -Triglicéridos -Cálculo de riesgo coronario -Antígeno prostático 6. Examen completo de orina 7. Radiografía de tórax 8. Papanicolaou (mujeres) 9. Mamografía (mujeres mayores de XX años) o Ecografía de mamas (mujeres menores de XX años) 10. Informe médico personal Deducible (No incluye Mamografía) XXXX Deducible (Incluye Mamografía o Ecografía de mamas) XXXX II. 1. Ficha médica integral 2. Examen Físico Completo -Examen general: Piel, anexos, tejido graso, sistema óseo-muscular -Examen regional: cuello, tiroides, tórax, pulmones, abdomen, evaluación gastroenterológica y renal. 3. Examen cardiovascular especializado -Examen físico y vascular periférico - Electrocardiograma en reposo 4. Laboratorio -Hemograma -Glucosa -Colesterol total -Triglicéridos -Antígeno prostático	
Consulta segunda opinión por cirugía	
Segunda opinión cirugía (Hasta S/.XXXXX Nuevos Soles)	Cubierto al XXX.XX%
Programa Cuidate	
Control y seguimiento para pacientes de Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes y Asma, los mismos que estarán sujetos a evaluación médica previa, así como a las características y restricciones del programa.	Al XXX%

Vacunas	
en Lima	Cubierto al XXX.XX%
Vacuna Neumococo: al crédito en red de centros de inmunización para personas mayores de XX años.	
Vacuna Influenza: al crédito en red de centros de inmunización para personas mayores de XX años.	
en Provincia	
Vacuna Neumococo: por reembolso maximo hasta S/.XXXX para personas de XX años a más.	
Vacuna Influenza: por reembolso maximo hasta S/.XXXXXX para personas de	
Desastres Naturales	
XXXXXX	XXXXXX
Beneficios Adicionales	
Descuentos en enfermedades preexistentes *	
Programa de Descuentos y Beneficios Rimac *	
Descuentos en chequeos oncológicos	Tarifas y/o descuentos especiales
* Tarifas y descuentos especiales que podrás encontrar, previo registro, en nuestra página web: www.rimac.com	

PLAN XXXX

XXXXX

Primas (no incluye gastos e impuestos)

CONFORMACION	SEXO	EDAD MIN.	EDAD MAX.	APORTE SI.
Titular	Ambos	0	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	71	XXXX.XX
Titular	Ambos	72	72	XXXX.XX
Titular	Ambos	73	73	XXXX.XX
Titular	Ambos	74	74	XXXX.XX
Titular	Ambos	75	75	XXXX.XX
Titular	Ambos	76	76	XXXX.XX
Titular	Ambos	77	77	XXXX.XX
Titular	Ambos	78	78	XXXX.XX
Titular	Ambos	79	79	XXXX.XX
Titular	Ambos	80	80	XXXX.XX
Titular	Ambos	81	85	XXXX.XX
Titular	Ambos	86	90	XXXX.XX
Titular	Ambos	91	200	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	0	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	71	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	72	72	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	73	73	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	74	74	XXXX.XX

Cónyuge	Ambos	75	75	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	76	76	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	77	77	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	78	78	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	79	79	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	80	80	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	81	85	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	86	90	XXXX.XX
Cónyuge	Ambos	91	200	XXXX.XX

PLAN XXXX

Clinicas Afiliadas

XXXXX

CENTRO MEDICO	DIRECCION	TELEFONO	PROVINICIA/ DISTRITO
Provincia			
Red X			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red X			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Otras redes			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Lima			
Red 1			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 2			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 3			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 4			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 5			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 6			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Red 6			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX
Otras redes			
XXXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXX