

MANUAL DE USO DE BENEFICIOS DEL CLUB RIMAC PLAN PLUS

EL PRESENTE PROGRAMA DE ASISTENCIAS ESTARÁ DISPONIBLE A LOS 10 DÍAS DE HABER INICIADO LA VIGENCIA DEL SEGURO DE VIDA CON RIMAC SEGUROS

Este Beneficio del CLUB RIMAC es gestionado y operado por un proveedor de servicios de Rimac a los clientes que hayan aceptado la contratación del Seguro de Vida, conforme los términos y condiciones establecidos en el presente documento. Estos beneficios estarán vigentes hasta el 30 de Setiembre 2021 y siempre que el cliente mantenga vigente y al día en sus pagos sus seguros de Vida con una prima anual no menor a USD 100 (Cien con 00/100 dólares americanos) o su equivalente en moneda nacional.

Cabe resaltar que, al ser un beneficio otorgado por Rimac, cabe la posibilidad que dichos beneficios sean modificados y/o brindados por otros proveedores de servicios, y a sola decisión de Rimac. Cualquier cambio o variación del beneficio otorgado por Rimac podrá revisarlo en <https://www.rimac.com/content/dam/rimac/common/documentos/solicitudes/MANUAL-DE-USO-Plan-PLUS.pdf>

Cada vez que en este documento se use la expresión **ASEGURADO**, se entiende que, dentro de dicho término, y solo para efectos de estos Beneficios, se incluye a quien contrato un Seguro de Vida durante la vigencia de estos beneficios señalada en párrafos precedentes.

1. OBJETO:

EL PROVEEDOR brindará a los **ASEGURADOS**, los servicios que se indican en el presente documento, y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los **ASEGURADOS**.

2. BENEFICIOS:

Beneficio	# Eventos al semestre	Límite de cobertura
Cuerpo sano		
Orientación Médica Telefónica	Sin Límite	100%
Telemedicina (Consulta médica virtual)	Sin Límite	100%
Ambulancia por Enfermedad o Accidente (Emergencia, Urgencia y COVID19)	02 eventos al semestre	100%
Mente sana		
Orientación psicológica telefónica	02 eventos al semestre	100%

Importante:

- Contarán con estos beneficios el **ASEGURADO** de un Seguro de Vida y quien designe el **ASEGURADO**. No existe un límite de beneficiarios por póliza.
- El **ASEGURADO** podrá solicitar cualquiera de los servicios descritos en el presente documento llamando a la Central Telefónica al +51(1) 411-3043 para Lima y provincia.
- **Medios para comunicar aspectos de la asistencia:** El **ASEGURADO** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **EL PROVEEDOR** para comunicar cualquier aspecto relacionado con este Programa de Beneficios Vida serán correo electrónico, Central Telefónica, celular y dirección física.
- **Medios habilitados por EL PROVEEDOR para presentar reclamos:** En caso de reclamo, el **ASEGURADO** cuenta con la Central Telefónica al +51(1) 411-3043 para Lima y provincia.

3. DETALLE DE ASISTENCIAS:

CUERPO SANO

1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

Si durante la vigencia del servicio de asistencia, el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requieren de una Orientación Telefónica Médica ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean Emergencia), **EL PROVEEDOR** gestionará y coordinará el enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para poder absolver la consulta requerida, cuyo costo será cubierto por el **PROVEEDOR**. La atención estará disponible las 24 horas los 365 días del año

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número de eventos en el semestre por **ASEGURADO** es ilimitado.

2. TELEMEDICINA (Consulta médica virtual)

El **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio tendrán acceso a una red de profesionales de la salud brindada por el **PROVEEDOR**, con quienes podrá agendar de manera virtual una consulta médica mediante la comunicación a distancia a través de una plataforma de video conferencia que realiza el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio con un profesional médico de Medicina General o Pediatría sobre su estado de salud, realizando una evaluación y brindándole una receta médica y tratamiento, según criterio de este profesional. El servicio no incluye el costo de tratamiento, exámenes ni medicinas.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número de eventos en el semestre por **ASEGURADO** es ilimitado.

3. AMBULANCIA (TRASLADO MÉDICO TERRESTRE) POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE (EMERGENCIA, URGENCIA Y COVID19):

En caso que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio sufran una emergencia médica o urgencia a consecuencia de una enfermedad (incluso COVID19) o accidente que le provoquen lesiones o traumatismos tales que requiera traslado a un hospital y/o clínica, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada que lo permita.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número máximo de eventos por **ASEGURADO** son dos (02) al semestre por enfermedad (incluso COVID19) y/o accidente.

MENTE SANA

4. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

En caso de que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requiera una orientación psicológica, **EL PROVEEDOR** coordinará y gestionará una cita vía telefónica con un psicólogo profesional para atender las inquietudes o problemas personales efectuadas por el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio, con el fin de evaluar, reconocer al cliente y hacerle seguimiento si lo requiere.

Es importante que el profesional que brinde la primera consulta al **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio sea el mismo que realice las sesiones de seguimiento.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número máximo de eventos por **ASEGURADO** son dos (02) al semestre.

4. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS PLANES:

No quedará cubierto por las disposiciones de estas condiciones además lo siguiente:

- Cuando el **ASEGURADO** no se identifique como tal para uso de los servicios o no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Los resultantes de los servicios que el **ASEGURADO** haya contratado sin el previo consentimiento del **PROVEEDOR**.
- Mala fe del **ASEGURADO**, comprobada por el personal del **PROVEEDOR** o si en la petición mediare mala fe.

EXCLUSIONES APLICABLES A LAS ASISTENCIAS DE LA CATEGORÍA CUERPO SANO

No será objeto de atención las siguientes condiciones:

- Requerimiento del servicio de asistencia como consecuencia de accidentes ocurridos durante participación en competencias y/o durante la práctica de deportes de alto riesgo.
- Traslados médicos por lesiones originada, directa o indirectamente, de actos realizados por el **ASEGURADO** con dolo o mala fe.
- Requerimiento del servicio de asistencias como consecuencia de intento de suicidio, auto mutilación o autolesión.
- Requerimiento del servicio por accidentes, emergencias o estados patológicos causados por

encontrarse el **ASEGURADO** en estado de ebriedad y/o bajo los efectos o influencia de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, y/o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

Si bien el **PROVEEDOR** no está obligado a brindar servicio en estas situaciones, el **PROVEEDOR** brindará al **ASEGURADO** alguna alternativa cuyo costo que será asumido por el **ASEGURADO**.

5. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, Lima y provincias a excepción de:

- Amazonas
- Madre de Dios
- Loreto a excepción de Iquitos
- Pasco
- Huancavelica
- Huánuco

Según el siguiente radio de acción:

- **Lima Metropolitana:** Callao y Balnearios:
 - Por el Norte: hasta Ancón, inclusive.
 - Por el Sur: hasta Cañete (KM 144), inclusive
 - Por el Este: hasta Chaclacayo, Chosica y Cieneguilla, inclusive
 - Por el Oeste: La Punta, inclusive
- **Provincias:** el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.
 - Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral, Barranca.
 - Por el Sur: Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
 - Por el Este: Huancayo, Ayacucho, Cusco.
 - Por el Oriente: Tarapoto, Iquitos.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51(1) 411-3043 para Lima y para provincias los 365 días del año.

Los referidos servicios serán atendidos por **EL PROVEEDOR** con la mayor prontitud posible y de acuerdo a los niveles de servicio esperados por **RIMAC SEGUROS**. Al momento de llamar los **ASEGURADOS**, o la persona que solicite el servicio, deberán indicar los siguientes datos sobre el **ASEGURADO**:

- Nombre y Apellidos (*)
 - DNI (*)
 - Dirección y teléfono
 - Tipo de servicio que precise
 - Relación con el **ASEGURADO**
 - Nombres y Apellidos del Beneficiario designado por el **ASEGURADO**
 - DNI del Beneficiario designado por el **ASEGURADO** que requiere el servicio según el alcance del servicio
- (*) Datos obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

Para todos los casos, el **PROVEEDOR** tendrá siempre derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento que se estime pertinente que sean necesarios para la evaluación del siniestro correspondiente.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el **PROVEEDOR** le prestará al **ASEGURADO** o Beneficiario designado por el **ASEGURADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. En caso de que el **ASEGURADO** no cumpla con los requisitos indicados, el **PROVEEDOR** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente contrato frente al **ASEGURADO**.

Para asegurar la calidad del servicio, toda llamada a la Central Telefónica del **PROVEEDOR** será registrada en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes de los **ASEGURADOS**, por lo que el **ASEGURADO** autoriza expresamente al **PROVEEDOR** para dichos fines.

7. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por **EL PROVEEDOR**.

EL PROVEEDOR y **RIMAC** quedan relevados de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o caso fortuito ajenos a su voluntad, las prestaciones antes mencionadas no estén disponibles en el lugar en que se encuentre ubicado el **ASEGURADO**, o el inmueble del **ASEGURADO**. No obstante, en estos casos, **EL PROVEEDOR** quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al **ASEGURADO** para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos.

EL PROVEEDOR cubrirá hasta los límites que se señalan a continuación, siempre que hubiese sido autorizado previamente por **EL PROVEEDOR**. En tal evento, **EL PROVEEDOR** reembolsará los gastos efectivos previo sustento presentado (boleta o factura) por el **ASEGURADO** o Beneficiario designado por el **ASEGURADO** hasta una suma que no exceda de la responsabilidad máxima por evento indicada a continuación:

- **Telemedicina:** S/ 50 (cincuenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento
- **Ambulancia:** S/ 350 (trescientos cincuenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento