



SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- (ii) **RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA:** La ASEGURADORA podrá optar por resolver el Contrato de Seguro durante el periodo de suspensión de la cobertura. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 13°.- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO:

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, y en tanto el marco regulatorio permita la comercialización de este producto por dichos canales de comercialización, el CONTRATANTE tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido la Póliza de Seguro o una Nota de Cobertura Provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, La ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, el CONTRATANTE deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza. Sin perjuicio de lo indicado, el derecho de arrepentimiento podrá ser ejercido también por el Contratante empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro.

ARTÍCULO 14°.- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Se considera preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico, entendiéndose como tal la no presencia de signos, síntomas, ni de resultados positivos de exámenes complementarios o de imágenes).

La ASEGURADORA puede solicitar informes médicos adicionales o informes al médico tratante o pueda hacer evaluar a los Solicitantes del Seguro o ASEGURADOS por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad. Las enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, incluso después de haber recibido algún tratamiento, son consideradas como no resueltas. Para tal efecto, la ASEGURADORA remitirá comunicación escrita al Solicitante del Seguro o ASEGURADO, según corresponda, a fin que se practique y/u obtenga dichos informes médicos adicionales, bajo su cuenta y costo. Una vez practicados, deberá remitir los resultados a la ASEGURADORA para los fines antes indicados.





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Sin perjuicio del anterior detalle, toda enfermedad resuelta o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de la ASEGURADORA a efectos de su evaluación.

Sin perjuicio de lo señalado en los párrafos precedentes, no considerará como Enfermedad Preexistente, aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una Póliza de Seguro de Asistencia Médica diferente, sea individual o grupal, aunque siempre de una Compañía de Seguros debidamente registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establece la Ley N° 26702; siempre y cuando:

- (i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la contratación de la presente Póliza en el plazo de ciento veinte (120) días calendario contados a partir del término del Contrato de Seguros que cubrió el período inmediatamente anterior;
- (ii) Que haya declarado sus preexistencias a la ASEGURADORA en forma previa; y,
- (iii) Que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya aceptado la prima en atención a las enfermedades preexistentes que serán cubiertas.

Si la Enfermedad Preexistente de la Póliza de Seguro de Asistencia Médica de origen, tuvo como cobertura principal una de indemnización, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes respecto de aquella cobertura indemnizatoria, independientemente si el ASEGURADO utilizó o no la Suma Asegurada de la cobertura indemnizatoria de la Póliza de origen. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

Se deja constancia que los planes de seguro de salud y el tratamiento de preexistencias se rigen por la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, su reglamento y normas complementarias.

ARTÍCULO 20°.- MECANISMO 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 el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o 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, entre otros según corresponda.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

ARTÍCULO 32°.- AVISO DE SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE COBERTURA:

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

32.1 ATENCIONES Y/O TRASLADOS RELACIONADOS A EMERGENCIAS MEDICAS (AL CRÉDITO): 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 indicado en el Plan de Beneficios dentro de las primeras veinticuatro (24) 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, en caso corresponda.

32.2 ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU 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, en caso corresponda.

La atención ambulatoria tendrá una vigencia de siete (7) días calendario desde iniciada la consulta médica así como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención inicial. Una vez cumplido el plazo indicado, el ASEGURADO deberá coordinar una nueva atención ambulatoria, abonando para este fin el monto del Deducible y Copago respectivo, en caso corresponda.

- 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. La Carta de Garantía será gestionada por el proveedor de servicios en salud. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse y/o recibir la atención ambulatoria





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

abonando, al momento de alta o término del servicio, los gastos no cubiertos, Deducibles y el Copago respectivo, en caso corresponda.

32.3 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:

32.3.1 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 atencialciente@rimac.com.pe, la siguiente información:
 1. Informe Médico completo. En casos oncológicos debe indicar el estadiaje (TNM).
 2. Diagnóstico, fecha de diagnóstico, nombre de médico y proveedor de servicios en salud en el extranjero al cual se le refiere el caso.
 3. Fecha de la probable cita en el proveedor de servicios en salud en el extranjero.
- iii) La ASEGURADORA a través su operador internacional realizará las coordinaciones para verificar, si el proveedor de servicios en salud en el extranjero trabaja con seguros internacionales.

No siempre los proveedores de servicios en salud en el extranjero elegidos trabajan con seguros internacionales por lo que aplicaría la cobertura de reembolso.
- iv) En caso que el proveedor de servicios en salud en el extranjero elegido acepte la garantía de pago de nuestro operador internacional a través de crédito, con intervención del operador internacional de ser el caso, procederá con la emisión del Formato de Beneficios (Benefit Summary Form) para los Estados Unidos de Norteamérica y/o formato correspondiente para el resto del mundo), a través del cual se reconocerá los gastos cubiertos por atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero bajo condiciones de crédito, según lo establecido en el Plan de Beneficios.
- v) En caso 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 como atención a través de reembolso.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- vi) En caso de atenderse en un proveedor de servicios en salud en el extranjero no afiliado a la red de proveedores de la ASEGURADORA y este acepte facturar la atención a la ASEGURADORA, los excesos de costos deberán ser asumidos por el ASEGURADO y se aplicarán las condiciones de crédito con condiciones de pre-certificación hasta el límite del costos usuales, acostumbrados y razonables de la zona geográfica en la que se presta el servicio – UCR (disponible llamando al 411-3000 - Oficina de Atenciones Internacionales).

32.3.2 Atención Sin Procedimiento de Pre-Certificación:

- i) En caso el ASEGURADO ya se haya atendido ambulatoria u hospitalariamente en el extranjero o tenga una atención en curso y comunique a la ASEGURADORA el deseo de Pre-Certificar, el ASEGURADO de igual forma tendrá que presentar sus informes sustentatorios para revisión de la ASEGURADORA. En caso de contar con el visto bueno de la ASEGURADORA, se podrá coordinar las atenciones como caso No Pre-Certificado, siempre y cuando el proveedor se encuentre en la red de proveedores de servicios en salud afiliados de la ASEGURADORA. Para dichos casos, la ASEGURADORA reconocerá en condiciones de no precertificación al crédito conforme lo establece el numeral 32.4. siguiente. Los excesos de costos y gastos razonables deberán ser asumidos por el ASEGURADO.
- ii) De no seguir los trámites de Pre-Certificación, salvo en los casos de Emergencia Médica, se aplicarán las condiciones de reembolso conforme lo establece el numeral 32.4. siguiente. Los excesos de costos UCR deberán ser asumidos por el ASEGURADO.

En los casos de Emergencia Médica, si el proveedor de servicios de salud en el extranjero elegido no estuviese afiliado a la red de proveedores de servicios de salud de la ASEGURADORA, el ASEGURADO podrá recurrir a dicho proveedor de servicios en salud en el extranjero, dando aviso a la ASEGURADORA, o, en su caso, a su operador internacional, dentro de las 24 (veinticuatro) horas de iniciado el tratamiento si éste es ambulatorio o dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes a la admisión, si éste es hospitalario, aunque el ASEGURADO haya sido dado luego de alta. Si el proveedor de salud acepta trabajar vía crédito, se otorgará la cobertura con condición de pre-certificación.

En los casos de Emergencia Médica, si el proveedor de servicios en salud en el extranjero no estuviese afiliado a la red de proveedores de servicios en salud o no aceptara trabajar al crédito, el ASEGURADO después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a la ASEGURADORA, la Solicitud de Reembolso, conforme se detalla en el numeral 32.4. siguiente.

32.4 ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA, AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO:

El ASEGURADO tendrá que:

- a) Una vez terminada la atención en salud, el ASEGURADO deberá dar aviso del siniestro y presentar la Solicitud de Reembolso a la ASEGURADORA en un solo trámite, en el plazo de treinta (30) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud o desde que se conoce el beneficio.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

El aviso del siniestro y la solicitud de reembolso deberán ser comunicados según corresponda en cualquiera de las Plataformas de Atención descritas en el Resumen de la presente póliza.

La Solicitud de Reembolso será presentada debidamente llenada, conforme a los formatos que la ASEGURADORA le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: 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. En caso de atención hospitalaria, se debe presentar adicionalmente la historia clínica completa en original, copia simple o fedateada, según sea factible. No obstante la ASEGURADORA podrá solicitar información complementaria en caso la documentación presentada no sea suficiente para determinar la cobertura del siniestro.

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 Rímac Seguros, disponible en nuestra página web: 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) Si se excede el plazo de treinta (30) días calendarios, especificados en el punto a), no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Sin embargo, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

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, lo cual deberá ser acreditado fehacientemente por la ASEGURADORA.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a La ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que La Aseguradora ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

- 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 período 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) En caso que la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el ASEGURADO no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la ASEGURADORA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos treinta días.
- 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.

