

Condiciones Generales de Contratación De Seguros de Salud

**PRODUCTO: SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA SALUD RED MÉDICA
HOSPITALARIA**

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506400048

ADECUADO A LA LEY N° 29946 Y SUS NORMAS REGLAMENTARIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICIONES.
2. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA.
3. COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.
4. COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO
5. SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.
6. CAUSALES DE TÉRMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
7. RESOLUCION CONTRACTUAL (FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA POLIZA).
8. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.
9. RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA.
10. PAGO DE PRIMA Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO.
11. REHABILITACION DE LA COBERTURA.
12. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA.
13. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO.
14. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
15. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
16. SUBROGACIÓN.
17. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
18. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
19. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
20. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.
21. PRESCRIPCION LIBERATORIA.
22. TRIBUTOS.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

23. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
24. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
25. PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.
26. EXONERACIONES DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.

27. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
28. COBERTURAS.
29. BENEFICIOS ADICIONALES.
30. EXCLUSIONES.
31. AVISO DE EMERGENCIA.
32. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITO
33. A PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

INTRODUCCION

La ASEGURADORA se compromete a proteger al ASEGURADO contra los riesgos que se especifican en la presente Póliza, siempre que la información proporcionada por el CONTRATANTE o ASEGURADO es verdadera. Asimismo, la cobertura de la presente Póliza está sujeta a que la ASEGURADORA haya aprobado la Solicitud de Seguro y el CONTRATANTE haya cumplido con pagar la Prima o firmado el Convenio de Pago obligándose a pagarla.

La Póliza y sus eventuales Endosos debidamente firmados son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES:

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

ACCIDENTE: Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

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.

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).

ANTECEDENTES FAMILIARES: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia. También se llama antecedentes médicos familiares.

ASEGURADO: Persona natural cuya vida se asegura en la presente Póliza, puede ser también el CONTRATANTE del Seguro.

ASEGURADORA: Rímac Seguros y Reaseguros.

ATENCION AMBULATORIA: Toda consulta médica que se realiza en un proveedor de servicio en salud y que tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una atención hospitalaria.

ATENCION HOSPITALARIA: Internamiento por indicación médica en un proveedor de servicio en salud que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación, este último de ser el caso.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica designada en la Póliza que recibirá la indemnización, beneficio o suma asegurada que se establezca en la presente Póliza.

BENEFICIO CLÍNICO RELEVANTE: Es el beneficio adicional que puede tener un nuevo tratamiento en comparación con una terapia estándar, de efectividad ya probada. Los estudios clínicos realizados para probar un nuevo tratamiento tienen que demostrar que éstos tienen mayor efectividad/seguridad que el tratamiento estándar.

BENEFIT SUMMARY FORM: Formato de Beneficios que se envía a los proveedores en Estados Unidos de Norteamérica una vez coordinada la atención médica, en el cual se incluyen las coberturas de su póliza, fecha y lugar de atención, nombre del proveedor, diagnóstico, entre otros. En este documento se señala que el proveedor ha aceptado la garantía de pago de nuestro operador internacional a través de crédito en la fecha y condiciones indicadas en el mismo. Tiene el mismo efecto que la Carta de Garantía pero se utiliza para atenciones en el extranjero.

BUENA SALUD: No adolecer de enfermedad preexistente.

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

CERTIFICADO MÉDICO DE ATENCION: Documento médico legal que certifica haberle dado atención a un paciente. Es conocido también como certificado médico.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización de Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores.

CLAUSULA ADICIONAL: Documento que adiciona coberturas u otros términos y condiciones al Contrato de Seguros.

COPAGO: Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de la ASEGURADORA 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.

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.

CONDICIONES GENERALES: El documento que contiene los términos generales de contratación de este Seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del Contrato de Seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura como monto de suma asegurada o importe de la prima. Asimismo, el Plan de Beneficios forma parte integrante del Condicionado Particular en calidad de Anexo.

CONDICIONES ESPECIALES: Conjunto de estipulaciones que tienen por objeto ampliar, reducir aclarar, y en general, modificar el contenido o efectos de las Condiciones Generales o Particulares.

CONVENIO DE PAGOS O CRONOGRAMA DE PAGO: Documento en el que consta el compromiso por parte del CONTRATANTE de pagar la prima en la forma y plazos pactados con la ASEGURADORA. Este documento forma parte integrante del Condicionado Particular.

CORREDOR DE SEGUROS: Es la persona que maneja la intermediación en la venta de seguros, debidamente autorizado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Entre sus obligaciones principales frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO son la de asesorar, brindar información de las condiciones de la Póliza de Seguros, entre otros. También se les conoce como "Broker" o "Agente de seguros".

CULPA INEXCUSABLE: Incumplimiento no intencional de lo que se debe o de lo que se estaba obligado a hacer. Es actuar con negligencia, con descuido, con imprudencia o por olvido injustificado; desconocer algo de lo que se estaba obligado a conocer o saber y que se debía declarar. Es la culpa injustificada o inaceptable de no declarar según las circunstancias del caso, de la persona o del lugar.

Tiene el mismo efecto que el *Dolo*.

DECLARACIÓN INEXACTA: Falta de exactitud total o parcial en la descripción o declaración de hechos o circunstancias relativas al riesgo que el CONTRATANTE o ASEGURADO conozca.

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 la ASEGURADORA, 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 la ASEGURADORA 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.

DEPORTES PROFESIONALES: Conjunto de actividades deportivas, cuya práctica implica que el ASEGURADO sea compensado económicamente o que participe en competencias deportivas.

DÍAS: Son días naturales. Incluye feriados, sábados y domingos.

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*.

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 la ASEGURADORA y el CONTRATANTE, según corresponda.

ESTUDIOS CLÍNICOS: Son investigaciones realizadas en personas para determinar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz, en comparación con otros tratamientos ya conocidos y ampliamente utilizados. Es el mejor tipo de investigación que se puede realizar para determinar las ventajas de un nuevo tratamiento en comparación con otro de efectividad ya conocida. La participación en estos estudios es voluntaria y necesita de la aprobación de un comité de ética para su realización.

EMERGENCIA MÉDICA: Aparición repentina de una alteración en la salud del ASEGURADO, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal

severidad que ponen en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que requiere de atención médica inmediata.

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales.

EMERGENCIAS MÉDICAS ACCIDENTALES: 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:

- i) Traumatismo: Luxaciones, esguinces, fracturas.
- ii) Heridas cortantes de cualquier etiología.
- iii) Quemaduras de cualquier etiología.
- iv) Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

EMERGENCIAS MÉDICAS NO ACCIDENTALES: Son todas aquellas emergencias que no derivan de un accidente y que también ponen en peligro la salud del ASEGURADO como por ejemplo:

- i) **CARDIOVASCULARES:** Infarto del Miocardio, Angina de Pecho, crisis hipertensiva, Edema Agudo Pulmonar.
- ii) **RESPIRATORIAS:** Crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y bronquitis aguda.
- iii) **ABDOMINALES:** Cólico vesicular, apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada a severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras, peritonitis.
- iv) **RENALES:** Cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda, insuficiencia renal aguda.
- v) **NEUROLOGICOS:** Convulsiones, accidentes cerebro vasculares (derrame cerebral, hemiplejías).
- vi) **SINDROME FEBRILES:** Fiebre mayor de 38.5 °C (de 0-12 años), fiebre mayor de 39.0 °C (mayores de 12 años).
- vii) **HEMORRAGIAS:** De cualquier etiología, excepto las que se originen por el embarazo.
- viii) **Pérdida de conocimiento súbita.**
- ix) **INTOXICACIONES:** Medicamentosas y/o alimentarias.

Estas emergencias serán determinadas al momento de la atención por el Médico de servicio.

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.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

ENFERMEDAD AMBULATORIA AGUDA DE BAJA COMPLEJIDAD: Son aquellas enfermedades de mayor frecuencia y poca complejidad que no necesitan consulta especializada, alta tecnología diagnóstica, hospitalizaciones prolongadas, medicación muy específica, ni intervenciones quirúrgicas mayores y definida por el Médico tratante.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es toda aquella enfermedad adquirida durante el período embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye pero no se limita a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° edición de la Organización Mundial de la Salud.

ENFERMEDAD CONGENITA NO CONOCIDA: Cualquier condición o malformación presente desde el nacimiento de la persona, que ha transcurrido de forma asintomática y desconocida a lo largo de su vida.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: 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.

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).

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.

GUÍAS CLÍNICAS: Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la

Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

HONORARIOS MEDICOS

Se entienden como honorarios médicos exclusivamente los que devengan de profesionales médicos de diferentes especialidades debidamente reconocidas y acreditadas por facultades de medicina y por el Colegio Médico del Perú o sus similares en el extranjero, quedando excluidos de cobertura la facturación directa de honorarios de otros profesionales.

INDEMNIZACIÓN, BENEFICIO, CAPITAL ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la ASEGURADORA al ASEGURADO o Beneficiario en caso que ocurra un siniestro.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

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.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK: Es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a incrementar la calidad y efectividad del cuidado brindado a los pacientes con cáncer. Se encarga de elaborar recomendaciones y guías de manejo que proporcionan valiosa información a los médicos para la toma de decisiones concernientes a la salud del paciente.

NIVEL DE EVIDENCIA II A: Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez). El nivel de evidencia "II A", según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia "II A" es tomado como límite para

determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

OBESIDAD: Presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, lo que significa riesgo para la salud. Se clasifica fundamentalmente en base al índice de masa corporal (IMC) que se define como el peso en kilos dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado. Los distintos grados de obesidad se consideran mediante la siguiente escala:

Grado I: Sobrepeso entre 25 - 29.9 IMC.

Grado II: Obesidad 30 - 39.9 IMC.

Grado III: Obesidad mórbida mayor 40 IMC.

OPERADOR INTERNACIONAL: Son los representantes de la ASEGURADORA 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.

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 la ASEGURADORA.

PÓLIZA DE SEGURO: Es el documento emitido por la ASEGURADORA en el que consta el Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: los endosos; las condiciones especiales, si las hubiere; las condiciones particulares; las presentes condiciones generales; las cláusulas adicionales, si las hubiere; la solicitud de seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda.

En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido que, en orden descendente de jerarquía, las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Particulares, estas últimas sobre las Cláusulas Adicionales, estas últimas sobre las Condiciones Generales del Riesgo contratado y estas últimas sobre las Condiciones Generales de Contratación.

Cuando se haga referencia a la Póliza de Seguro debe entenderse que es lo mismo que Contrato de Seguro.

PRIMA O PRIMA COMERCIAL: Es el precio del Seguro determinado por la ASEGURADORA, la cual debe ser pagada bajo la forma y plazo establecida en la Póliza. Este precio incluye la Prima Pura de Riesgo, los cargos de evaluación, administración, emisión, producción y redistribución del riesgo (coaseguro y reaseguro), cargos de agenciamiento por la intermediación de

corredores de seguros, contratación de comercializadores o promotores de seguros y el beneficio comercial de la ASEGURADORA. No incluye IGV.

PRIMA NETA: Es la Prima Comercial sin incluir el Derecho de Emisión.

PRIMA PURA DE RIESGO: Costo teórico del seguro estimado sobre bases actuariales, cuyo objetivo es cubrir los beneficios e indemnizaciones que ofrece el Seguro.

PROVEDORES DE SERVICIOS EN SALUD: Son todos aquellos que prestan servicios en salud sean clínicas, hospitales o instituciones médicas, los cuales otorgan cobertura bajo las condiciones de la Póliza siempre que se encuentren afiliados a nuestra red de proveedores en servicios en salud detallada en el Plan de Beneficios.

RECLAMO: Comunicación que presenta un Usuario a través de los diferentes canales de atención habilitados por la ASEGURADORA, expresando su insatisfacción con el servicio y/o producto recibido.

RETICENCIA: Omitir describir o declarar hechos o circunstancias relativas al riesgo, que son conocidas por el CONTRATANTE o ASEGURADO, que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones.

SALUD: Estado completo de bienestar físico y mental de la persona.

SINIESTRO: Ocurrencia de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

SISTEMAS DE COMERCIALIZACIÓN A DISTANCIA: Sistemas de telefonía, internet u otros similares que le permiten a la ASEGURADORA por su cuenta o a través de entidades financieras, acceder a los potenciales asegurados, para promocionar, ofrecer o comercializar sus productos.

SOLICITUD DE REEMBOLSO: Es el formato entregado por la ASEGURADORA al ASEGURADO para que sea debidamente completada por éste una vez que haya sido atendido por un médico particular (no incluido en el Plan de Beneficio). Luego de ser evaluada la solicitud por la ASEGURADORA, se le devolverá al ASEGURADO los gastos incurridos conforme se establece en las condiciones de reembolso de su Plan de Salud. Aplica siempre y cuando tenga esta cobertura en el Plan de Beneficios.

SOLICITUD DE SEGURO: Constancia de la voluntad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, según corresponda, de contratar el Seguro y que puede contener la Declaración Personal en Salud.

TABAQUISMO: El tabaquismo es la adicción a los productos del tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.

TASA DE COSTO EFECTIVO ANUAL (TCEA): Tasa que permite igualar el valor actual de todas las cuotas que serán pagadas por el CONTRATANTE, con el monto por concepto de Prima Comercial más los cargos que corresponda producto del fraccionamiento otorgado, calculada a un año de 360 días.

TERAPIA EXPERIMENTAL EN CÁNCER Y CLINICAL TRIALS (ESTUDIOS CLÍNICOS): El tratamiento del cáncer es una de las áreas de la medicina sobre la cual se realizan múltiples investigaciones a un ritmo muy elevado, en busca de un tratamiento efectivo. Muchas de estos tratamientos no llegan a ser debidamente estudiados, debido a la premura con la que deben ser administrados, por lo que no se tiene certeza sobre su efectividad. Estos tratamientos entonces son considerados terapias experimentales. En estos casos la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) fija recomendaciones para uso en base a los estudios clínicos (*clinical trials*) disponibles.

TERAPIA MÉDICA EXPERIMENTAL: Es todo aquel tratamiento, medicación, droga, dispositivo, procedimiento o servicio relacionado a un diagnóstico o condición particular cuando uno de las siguientes características existe:

- a) La terapia para la condición médica particular, no es garantizada o aprobada por la FDA.
- b) La terapia no ha sido reconocida como una práctica médica aceptable mundialmente bajo el parámetro de Medicina Basada en Evidencia de acuerdo a los parámetros de la Agency for health care, Research and Quality de los EEUU (niveles de Evidencia I y "II A").
- c) La terapia está sujeta a:
 - Protocolo de investigación escrito.
 - Consentimiento escrito o protocolo de investigación usado por la facilidad médica tratante en la cual se hace referencia a que la terapia se encuentra en etapa de investigación, o indica que el resultado de la terapia es incierto, o que presenta un riesgo inusual o incierto.
 - Ensayos clínicos en fase I o II de investigación, o si la terapia es el brazo experimental de un ensayo clínico fase III, de acuerdo a lo estipulado por la FDA y el departamento de Servicios humanos y de salud (HHS).

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 establecidos 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, el cual puede ser conocido por el ASEGURADO en nuestra página web: www.rimac.com.pe para costos en el Perú o llamando a nuestra Central de Emergencias y Asistencias al teléfono 411-1111, para costos en el extranjero.

ARTÍCULO 2°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR LA ASEGURADORA:

La ASEGURADORA se compromete a pagar a los proveedores de servicios en salud los gastos en los que incurra el ASEGURADO o a éste 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 Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro y hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Clausulas Adicionales, Endosos y las Condiciones Especiales, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro. En ningún caso se otorgará cobertura de un beneficio que no figure en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 3°.- COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO:

- 3.1. El CONTRATANTE se compromete a pagar la prima.
- 3.2. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA. En la contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO también está obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.
- 3.3. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a brindar a La ASEGURADORA toda la información pertinente, tanto en la Solicitud del Seguro, Declaración Personal de Salud, en caso corresponda, así como en cualquier otro documento, para la debida evaluación del riesgo, ya que la exactitud de estas declaraciones es la base del presente contrato y ha determinado la aceptación del riesgo por parte de LA ASEGURADORA, la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.
- 3.4. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO se comprometen a leer y conocer todos los documentos que conforman el Contrato de Seguro.
- 3.5. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declara conocer que, en caso resulte aplicable, es su prerrogativa, la designación de un corredor de

seguros como representante. De ser el caso, este tendrá todas las facultades para llevar a cabo, en nombre del ASEGURADO o CONTRATANTE, todos los trámites administrativos vinculados con el presente Contrato de Seguro, más no de disposición. Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la ASEGURADORA surten todos sus efectos con relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la Ley vigente.

- 3.6.** El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA ASEGURADORA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA ASEGURADORA.

ARTÍCULO 4°.- COMIENZO Y FIN DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:

La presente póliza tiene vigencia desde las doce del mediodía (12:00 m.) hasta las doce del mediodía (12:00 m.) de las fechas señaladas en las Condiciones Particulares y está supeditada a las particularidades señaladas en el Capítulo II del presente documento.

La Póliza de Seguro se renueva automáticamente, en las mismas condiciones vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, conforme al procedimiento descrito en el literal D del artículo quinto del presente documento.

En caso el CONTRATANTE hayan venido renovando sucesiva e ininterrumpidamente por un plazo no menor de cinco (5) años, tiene derecho a renovar la Póliza indefinidamente con coberturas no menores que las pactadas en la última vigencia, sin perjuicio que la ASEGURADORA modifique las primas, deducibles, copagos y proveedores de servicios en salud que le corresponden, sobre la base de cálculos actuariales, estadísticos y valoradas individualmente.

ARTÍCULO 5°.- SOLICITUD DE MODIFICACION DE LA PÓLIZA; OBSERVACIÓN DE DIFERENCIAS ENTRE LA PROPUESTA U OFERTA Y LA PÓLIZA; CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES DURANTE LA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA; Y, RENOVACION AUTOMÁTICA DE LA POLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE puede solicitar -por escrito- la modificación de la Póliza, dentro de los quince (15) días calendario posteriores a su recepción.

Transcurrido el plazo antes indicado sin que medie observación, se tendrá por aceptada la Póliza emitida.

La solicitud de modificación a la que se refiere el primer párrafo del presente artículo, obliga a la ASEGURADORA solo desde que esta comunique al ASEGURADO y/o CONTRATANTE, su decisión de aceptar las modificaciones solicitadas. En caso que, la ASEGURADORA no responda la solicitud de modificación en el plazo de diez (10) días de haberla recibido, se entenderá que aquella ha sido rechazada, en cuyo caso el CONTRATANTE tiene el derecho de resolver el Contrato de Seguro.

B. Observación de Diferencias entre la Propuesta u Oferta y la Póliza:

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta y/u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE, si no reclama dentro de los treinta (30) días siguientes de recibida la Póliza.

No obstante, la aceptación indicada en el párrafo precedente, se presume solo cuando la ASEGURADORA haya advertido al CONTRATANTE en forma detallada, mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen esas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida por la ASEGURADORA, se tendrán las diferencias como no escritas, excepto cuando estas sean favorables para el ASEGURADO.

Para producir efectos antes de los treinta (30) días, la aceptación de las diferencias por parte del CONTRATANTE deberá ser expresa.

Cuando existan diferencias entre los términos y condiciones del seguro ofrecidas mediante sistemas de publicidad y el contenido de la Póliza, relativas al mismo Seguro, prevalecen las condiciones más favorables para el ASEGURADO.

C. Cambio de Condiciones Contractuales durante la Vigencia de la Póliza:

La ASEGURADORA no puede modificar los términos y condiciones de la Póliza durante su vigencia sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada por la ASEGURADORA. La falta de aceptación de los nuevos términos por parte del CONTRATANTE no genera la resolución del Contrato de Seguro y, tampoco, su modificación, manteniéndose los términos y condiciones en los que el Contrato de Seguro fue acordado.

D. Renovación Automática de la Póliza:

Por la renovación automática los términos y condiciones serán los que estuvieron vigentes en el período anterior, salvo que la ASEGURADORA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, para lo cual, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando las modificaciones en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia de la Póliza. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la ASEGURADORA.

En caso la propuesta de modificación enviada por la ASEGURADORA sea rechazada, la Póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

En el caso que el CONTRATANTE, no desee la renovación de la Póliza, deberá comunicarlo a la ASEGURADORA en un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza.

La renovación automática solo procederá siempre que, la prima de la presente Póliza haya sido completamente cancelada antes del término de la vigencia y en el caso de fraccionamiento de la prima que no existan cuotas impagas; caso contrario, la Póliza solo se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente.

ARTÍCULO 6°.- CAUSALES DE TERMINACION DEL CONTRATO DE SEGURO:

El Contrato de Seguro terminará en caso de que se presenten cualquiera de los siguientes supuestos o lo que ocurra primero:

6.1. Al fallecimiento del ASEGURADO.

- 6.2. A la fecha que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, descrita en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales.
- 6.3. Por renuncia escrita de cualquiera de los ASEGURADOS a continuar asegurado; en este caso, los beneficios del Seguro terminan únicamente respecto de esta persona.
- 6.4. Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- 6.5. Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

En caso se produzca la terminación contractual, la ASEGURADORA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

ARTÍCULO 7°.- RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (FINALIZACION ANTICIPADA DE LA PÓLIZA):

La resolución deja sin efecto el Contrato celebrado, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones de la presente Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

- 7.1. Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación por escrito a la ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución del Contrato. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.
- 7.2. Por falta de pago de la prima en caso que la ASEGURADORA opte por resolver la Póliza durante el periodo de suspensión de la cobertura del Seguro. 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 de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a LA ASEGURADORA el cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al periodo efectivamente cubierto.
- 7.3. Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA en un plazo de 15 (quince) días de conocida su ocurrencia; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Contrato dentro de los 15 (quince) días posteriores de producida dicha comunicación. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Contrato, tiene derecho percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a LA ASEGURADORA en el plazo anterior, ésta una vez conocida la

agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Contrato y percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo, la ASEGURADORA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i)** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii)** Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de la ASEGURADORA.
- iii)** Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente numeral.
- iv)** La ASEGURADORA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la comunicación.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, la ASEGURADORA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización, la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

7.4. Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas. En caso de incurrirse en la presente causal el ASEGURADO o sus Beneficiarios o herederos legales pierden el derecho a ser indemnizados.

7.5. Incumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO previstas en la Póliza de Seguro.

En las situaciones descritas en los numerales 7.4. y 7.5. anteriores, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario, con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- a)** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme al numeral 7.1. precedente.
- b)** La ASEGURADORA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.2. al 7.5. precedentes.

Producida la resolución del Contrato de Seguro, por cualquiera de las causales mencionadas precedentemente, la ASEGURADORA queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

Ningún pago será efectuado bajo la presente Póliza por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO:

La nulidad deja sin efecto el Contrato de Seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir desde el inicio, por lo cual se considera que nunca existió dicho Contrato y por lo tanto, pierde sus efectos legales.

El Contrato de Seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

- 8.1.** Hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.2.** Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.3.** Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el numeral 8.3. precedente, la ASEGURADORA dispone de un plazo de treinta (30) días para invocar dicha causal, plazo que iniciará desde que conoce el verdadero estado del riesgo, se haya producido o no el siniestro.

En caso de nulidad aplican los siguientes criterios:

- a)** El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la ASEGURADORA la suma percibida.
- b)** La ASEGURADORA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas (sin intereses), excepto cuando el CONTRATANTE o el ASEGURADO actúen con reticencia o realicen una declaración falsa o inexacta dolosa o con culpa inexcusable, en cuyo caso las primas pagadas quedan adquiridas por la ASEGURADORA, quien tiene derecho al cobro de las primas acordadas por los primeros doce (12) meses de duración del Contrato de Seguro a título indemnizatorio.

ARTICULO 9°.- RETICENCIA Y/O DECLARACION INEXACTA:

9.1. Si el CONTRATANTE y/ o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente con dolo o culpa inexcusable, se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente.

Cabe precisar que se consideran dolosas a aquellas declaraciones inexactas o reticentes de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

9.2. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas:

(i) Constatación ANTES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el CONTRATANTE en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso la propuesta sea aceptada el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura.

En caso la propuesta sea rechazada o por falta de pronunciamiento del CONTRATANTE, la ASEGURADORA podrá resolver la Póliza, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el primer párrafo del presente literal. Corresponden a la ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) Constatación DESPUES que se produzca el siniestro: La ASEGURADORA reducirá la suma asegurada a pagar en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

ARTÍCULO 10°.- PAGO DE PRIMA Y EFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

- 10.1.** Las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura de la Póliza durante su vigencia, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidas en las Condiciones Particulares.
- 10.2.** La prima es debida por el CONTRATANTE a la ASEGURADORA desde la celebración del Contrato de Seguro. En caso de siniestro, son solidariamente responsables del pago de la prima pendiente, además del CONTRATANTE, el ASEGURADO y el Beneficiario.
- 10.3.** El pago de primas mediante entrega de títulos valores se entenderá efectuado cuando se haga efectivo el íntegro del monto consignado en dichos títulos valores dentro del plazo convenido, caso contrario se aplicará lo relativo a la suspensión o resolución por incumplimiento de pago de primas.
- 10.4.** Previo acuerdo que constará mediante Endoso que formará parte de la Póliza, la ASEGURADORA podrá modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza, salvo que se haya pactado el diferimiento del pago de la última cuota, en cuyo caso el plazo para el pago de la misma no podrá exceder de treinta (30) días siguientes a la fecha de fin de vigencia. En caso de fraccionamiento de la prima o que exista un cronograma de cuotas de la prima, que incluya intereses, la Tasa de Costo efectivo Anual aplicable (TCEA) se indicará en las Condiciones Particulares.
- 10.5.** La ASEGURADORA podrá compensar las primas pendientes de pago a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, correspondiente a la cobertura corrida, contra la indemnización debida al ASEGURADO o Beneficiario en caso de siniestro.
- 10.6.** Asimismo, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la ASEGURADORA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, de otros productos de Seguro que mantenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO con la ASEGURADORA, sin la expresa y previa aceptación de la ASEGURADORA.
- 10.7.** Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, sus términos y condiciones se detallarán en el Convenio de Pago y supletoriamente aplica lo siguiente:
 - i)** Los pagos fraccionados deberán ser periódicos y consecutivos.

- ii) Los importes de dichos pagos fraccionados no serán inferiores a los que resulte de calcular a prorrata la prima pactada por el período de cobertura.
 - iii) Dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del Seguro el CONTRATANTE deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con lo detallado en el Convenio de Pago, inclusive en caso de pago diferido.
 - iv) En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas se aplicará la suspensión y resolución conforme a lo que establece el presente artículo.
 - v) La ASEGURADORA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado, o en su defecto, el interés legal.
- 10.8.** El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la ASEGURADORA o la Entidad Financiera o Persona Jurídica Autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 10.9.** Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la ASEGURADORA. Cualquier pago realizado al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.
- 10.10.** La primas podrán ser objeto de ajuste por actualización en razón de la evolución de la tendencia del mercado nacional e internacional, el índice de inflación, inclusive de inflación médica, cambios en beneficios, siniestralidad pasada y esperada, las tablas de mortalidad y morbilidad, nuevas tecnologías, edad, evolución de gastos médicos, tarifarios de las proveedor de servicios en salud, siendo que, aquellos ajustes por actualizaciones se realizarán en las renovaciones y/o en la forma definida para tales efectos en la presente Póliza de Seguro.
- 10.11.** La ASEGURADORA realizará una estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la prima, la cual constará en el Plan de Beneficios, aunque aquella estimación será meramente referencial, por cuanto las primas podrán ser objeto de ajuste por actualización según los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales establecidos en el numeral precedente.
- 10.12. EFFECTOS DEL INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMA:**

- (i) **SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA:** El incumplimiento de pago origina la suspensión automática de la cobertura otorgada por esta Póliza, una vez que hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación, siempre y cuando no se haya convenido un plazo adicional para el pago.

La suspensión de cobertura se producirá si, dentro del vencimiento del plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE, que se producirá la suspensión de la cobertura como consecuencia del incumplimiento del pago de la prima. Asimismo, indicará el plazo del que dispone para pagar la prima antes que se produzca la suspensión de la cobertura.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en que el CONTRATANTE ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al período corrido del Contrato de Seguro.

La ASEGURADORA no es responsable por los Siniestros que ocurran durante la suspensión de la cobertura.

- (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 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.

10.13. Se deja expresa constancia que si la ASEGURADORA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo de pago de la prima, se entiende que el presente Contrato de Seguro queda extinguido, inclusive si la cobertura se suspendió como consecuencia de la falta de pago de la prima. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

ARTÍCULO 11°.- REHABILITACIÓN DE LA COBERTURA:

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la Póliza, y siempre que la ASEGURADORA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato de Seguro y el mismo no se haya extinguido, el CONTRATANTE podrá optar por rehabilitar la cobertura de la Póliza, previo pago de la totalidad de las cuotas vencidas, y en caso se haya convenido, los intereses moratorios respectivos y

gastos que origine la rehabilitación. En este caso, la cobertura quedará rehabilitada desde las 00:00 horas del día calendario siguiente a la fecha de pago, no siendo la ASEGURADORA responsable por siniestro alguno ocurrido durante el periodo de suspensión de cobertura.

ARTÍCULO 12°.- SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO:

La ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho a cobertura o indemnización si:

- 12.1. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una solicitud de cobertura fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticentes en la información.
- 12.2. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos y/o reticentes para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.
- 12.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario bajo su complicidad o consentimiento.

La ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

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, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO 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 ejercer el derecho de arrepentimiento, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá presentar una comunicación a través de los mecanismos directos de comunicación detallados en las Condiciones

Particulares; o en su defecto, en cualquiera de las Plataformas de Atención de la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 14º.- 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.

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 utilizo 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.

ARTÍCULO 15º.- INVESTIGACIÓN Y REVISION DE LOS SINIESTROS:

15.1. La ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá hacer revisar a los ASEGURADOS por facultativos designados por ella durante el internamiento o atención médica de aquellos en los proveedores de servicios en salud elegidos, o en su domicilio consignado en la presente Póliza o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios, previa coordinación respectiva, para lo cual el ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias, caso contrario la ASEGURADORA no procederá al pago del siniestro.

Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los ASEGURADOS.

En general la ASEGURADORA, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

15.2. Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de la ASEGURADORA inicie las acciones legales correspondientes y pueda solicitar la resolución contractual.

ARTÍCULO 16º.- SUBROGACIÓN:

Desde el momento que la ASEGURADORA preste los servicios de asistencia cubiertos por la Póliza, subroga al ASEGURADO en su derecho para repetir contra terceros responsables de cualquier deterioro en la salud física y/o psicológica ocasionados al ASEGURADO, es decir, la subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica.

El ASEGURADO se obliga a facilitar toda la información y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de la ASEGURADORA así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de

carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

El ASEGURADO será responsable ante la ASEGURADORA de 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 la ASEGURADORA, obligándose en éste caso, sin perjuicio de las responsabilidades antes aludidas, a devolver lo pagado por la ASEGURADORA hasta por el monto recibido del tercero responsable.

La ASEGURADORA incluirá en la reclamación frente a los terceros los gastos efectuados por asistencia médica y todos aquellos costos propios de la reclamación.

ARTÍCULO 17°.- ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS:

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario podrán presentar una queja o reclamo de manera gratuita, bajo cualquier modalidad detallada a continuación:

- 17.1. Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.
- 17.2. Por escrito:** Mediante carta dirigida a la ASEGURADORA la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención o mediante un correo electrónico, ambos señalados en el Resumen de la presente Póliza.

Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

ARTÍCULO 18°.- DEFENSORÍA DEL ASEGURADO:

El ASEGURADO, el CONTRATANTE y el(los) Beneficiario(s), tienen el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicada en Arias Aragüez N°146, Miraflores, Lima, Teléfono 01-446-9158, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre ellos y la ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA.

ARTÍCULO 19°.- DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES:

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o los Beneficiarios y la ASEGURADORA establecen que los mecanismos directos de comunicación serán los indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes podrán remitirse a través de medios físicos, electrónicos, telefónicos y/o cualquier otro permitido por la normativa de la materia.

Las coberturas provisionales, prorrogas y cualquier documento de extensión de cobertura suscritos por las personas autorizadas por la ASEGURADORA tienen valor hasta la fecha de vencimiento indicada en dichos documentos o hasta tanto se emitan y suscriban los documentos definitivos que corresponda, lo que ocurra primero.

En caso de contratación a través de sistemas de comercialización a distancia, las comunicaciones que intercambien las partes podrán utilizar la misma forma que para la contratación del Seguro o cualquiera de las formas que las partes previamente acuerden y/o autoricen.

Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de los mecanismos de comunicación acordados en el Contrato de Seguro, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos.

El CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán informar a la ASEGURADORA la variación de sus datos de contacto, en caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio carecerá de valor y efecto para el presente Contrato.

Para los efectos del presente Contrato la ASEGURADORA, el CONTRATANTE y el ASEGURADO señalan como sus domicilios los que aparecen registrados en las Condiciones Particulares.

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, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente, las partes 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, la

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Indecopi, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 21°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez (10) años desde que ocurrió el siniestro.

ARTÍCULO 22°.- TRIBUTOS

Todos los tributos presentes que graven las primas o Sumas Aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la ASEGURADORA y no puedan ser trasladados.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

ARTÍCULO 23°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

- 23.1. Se denomina ASEGURADO TITULAR a la persona incorporada como tal en esta Póliza siempre y cuando no haya cumplido los setenta y uno (71) años al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.
- 23.2. Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:
- a) Al cónyuge o concubino del ASEGURADO TITULAR siempre y cuando no haya cumplido los setenta y uno (71) años al momento de su inscripción.
 - b) A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del ASEGURADO TITULAR, siempre que no hayan cumplido los veinticuatro (24) años de edad al momento de la inscripción.
- 23.3. Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO TITULAR como para su cónyuge o concubino sólo serán de aplicación en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la Póliza.
- 23.4. El límite de permanencia para los hijos como ASEGURADOS DEPENDIENTES será al cumplir los veintiséis (26) años. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de la ASEGURADORA.
- 23.5. Cuando el ASEGURADO DEPENDIENTE pierda su calidad de tal, los beneficios del seguro terminan únicamente respecto de dicha persona.
- 23.6. Los ASEGURADOS DEPENDIENTES que lleguen a la edad límite podrán contratar una nueva Póliza de Seguro bajo las mismas condiciones de la presente Póliza en calidad de ASEGURADO TITULAR, siempre que presenten la Solicitud de Seguro de la nueva Póliza en un plazo no mayor de 120 (ciento veinte) días contados desde su exclusión de la presente Póliza. En caso que, los ASEGURADOS DEPENDIENTES contraten una nueva Póliza conforme a lo anteriormente detallado, la ASEGURADORA otorgará el beneficio de continuidad de enfermedades preexistentes generadas durante la vigencia de la presente Póliza.

23.7. No obstante no haber cumplido los ASEGURADOS DEPENDIENTES la edad límite para su permanencia en la Póliza, serán excluidos en caso sea excluido el ASEGURADO TITULAR.

ARTÍCULO 24°.- PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

- 24.1. Los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, podrán inscribirse bajo esta Póliza, siempre que no hubieren excedido la edad límite fijada al momento de su inscripción y hubieren cumplido con los requisitos de afiliación correspondientes, siendo obligatorio el llenado completo y exacto de la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA.
- 24.2. El CONTRATANTE se obliga a informar a la ASEGURADORA la solicitud de inscripción de todas aquellas personas que deseen ser incorporadas en la presente Póliza, acompañando en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO. De igual forma comunicará a la ASEGURADORA respecto a los ASEGURADOS que deben ser excluidos.
- 24.3. Los nuevos ASEGURADOS DEPENDIENTES que se inscriban después de entrar en vigencia el Contrato de Seguro, quedarán asegurados a partir de la fecha establecida en el Endoso previa aceptación de la ASEGURADORA. La Solicitud de Inclusión de los nuevos Asegurados Dependientes deberá acompañar en todos los casos la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por el ASEGURADO.
- 24.4. Las exclusiones de los ASEGURADOS DEPENDIENTES surgirán efectos a partir del primer día del mes siguiente a la recepción de aquella solicitud y bajo ningún concepto se realizarán en forma retroactiva.
- 24.5. En los casos en que se retire y/o excluya a un ASEGURADO DEPENDIENTE, se puede solicitar su nueva inscripción quedando asegurado a partir de la fecha establecida en el Endoso correspondiente, sujeto a previa aceptación de la ASEGURADORA que se evidenciará con la emisión de dicho Endoso.

Para todos los tipos de inscripción mencionados en este artículo, será de aplicación los Periodos de Carencia y Espera estipulados en la presente Póliza.

ARTICULO 25°.- PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

25.1. PERIODO DE CARENCIA: Es el período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le 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.

Para la presente Póliza aplican los Períodos de Carencia siguientes:

A. Para las coberturas de la presente Póliza dentro de territorio nacional de treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

Salvo cuando se trate de las coberturas por accidentes o las siguientes enfermedades (en su episodio agudo): apendicitis, accidente cerebro vascular, hemorragia por aneurisma, torsión testicular e infartos al miocardio.

25.2. PERIODO DE ESPERA: Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no estarán activas. Culminado este período a diferencia del Período de Carencia, la ASEGURADORA otorgará la cobertura a aquellas atenciones.

Para la presente Póliza aplican los Períodos de Espera siguientes:

A. Solo se cubrirán después de diez (10) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO, el tratamiento y/o la cirugía relacionados con:

- i) Cáncer.**
- ii) Tumoraciones benignas.**
- iii) Útero, anexos y mamas (incluido prolapso ginecológico, fibromas y endometriosis), excepto procesos agudos infecciosos.**
- iv) Próstata.**
- v) Artroscopia, artrosis, artritis, meniscopatía, excepto a consecuencia de accidentes cubiertos por esta Póliza.**
- vi) Hipotiroidismo e hipertiroidismo.**
- vii) Enfermedades Cerebrovasculares y Cardiovasculares, incluido Dislipidemia, Hipertensión Arterial y Várices (excepto infarto y Accidentes cerebrovasculares agudos).**
- viii) Diabetes.**
- ix) Cirrosis Hepática.**

- x) Enfermedades de la columna vertebral.
- xi) Hernias de cualquier tipo.
- xii) Extracción de amígdalas o adenoides.
- xiii) Catarata, Glaucoma y Pterigion.
- xiv) Litiasis Vesicular o vía biliar o urinaria, incluido litotricia.
- xv) Hemorroides.

B. Para la cobertura de Trasplante de Órganos será de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

C. Para la cobertura de Odontología será de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de incorporación del ASEGURADO.

ARTÍCULO 26º.- EXONERACION DE LOS PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

- 26.1. No se aplicará exoneración de Períodos de Espera de la cobertura de Trasplante de Órganos y Odontología.
- 26.2. Solo aplica la exoneración de los Períodos de Carencia y Espera en los casos que, el ASEGURADO hubiere tenido contratada anteriormente otra Póliza de Asistencia Médica de la ASEGURADORA o de otra Compañía de Seguros o un Plan de Salud EPS de cualquier EPS, por un periodo no menor de un año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de esta Póliza, por lo que, la ASEGURADORA exonerará al ASEGURADO de los Periodos de Carencia y Espera, excepto de lo establecido bajo las condiciones establecidas del numeral 26.2. anterior. Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la Solicitud de inscripción del Seguro, copia de la Póliza o Plan de Salud anterior, así como copia del comprobante(s) de pago(s) cancelado(s) correspondiente(s) al pago de la prima u aporte anual de la Póliza o Plan de Salud anterior; incluyendo el detalle de los siniestros incurridos.
- 26.3. En estos casos de exoneración de los Periodos de Carencia y Espera, la ASEGURADORA reconocerá durante dichos periodos solo las condiciones y coberturas de su Póliza o Plan de Salud anterior que también mantenga la presente Póliza, siempre y cuando éstas fueran inferiores a las de la presente Póliza y siempre que no haya mediado una exclusión expresa de la ASEGURADORA.

26.4. Queda entendido que, en caso de renovación automática de la Póliza ya no aplican Períodos de Carencia o Espera para los períodos ya computados, pues para los casos donde el Período de Carencia o Espera sea mayor al de la vigencia de la Póliza se realizará una sumatoria de plazos hasta su cumplimiento contabilizados a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de la Póliza. Esta sumatoria de plazos para el cumplimiento de los Períodos de Carencia o Espera quedará inactiva cuando se resuelva la Póliza por alguna causal establecida en la presente y se genere una nueva Póliza de Seguro o cuando se excluya a un ASEGURADO DEPENDIENTE y se solicite una nueva inscripción.

ARTÍCULO 27º.- BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO:

La suma de todos los gastos cubiertos por la ASEGURADORA incurridos durante la vigencia anual de la Póliza por cada ASEGURADO, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo por ASEGURADO indicado en el Plan de Beneficios del Condicionado Particular.

El término “Gastos Cubiertos” según se emplea en la póliza se refiere a los gastos usuales, acostumbrados y razonables incurridos por un asegurado hasta los límites señalados en el plan de beneficios.

Al término de cada año de vigencia de la Póliza, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Cuando a la presente Póliza apliquen Clausulas Adicionales, aquellas tendrán sus propios límites y en caso de no consignarlo, su límite será el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Cuando a la presente Póliza apliquen Beneficios Adicionales, aquellos tendrán sus propios límites y su uso no disminuye el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

Algunas de las coberturas de la presente Póliza de Seguro solo se otorgarán como Beneficio Máximo de por Vida, lo cual implica que, solo aplicará una sola vez y el monto del Beneficio no se rehabilitará con cada renovación. El Beneficio Máximo de por Vida prevalece por sobre el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El tipo de beneficio aplicable a cada cobertura se establecerá en el presente documento o en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 28º.- COBERTURAS:

El término “Gastos Cubiertos”; según se emplea en esta Póliza 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, hasta los límites señalados en el Plan de Beneficios.

Los gastos cubiertos amparados por la Póliza incluirán los siguientes Beneficios:

28.1 HOSPITALIZACIÓN:

- a) Habitación estándar unipersonal o bipersonal (no suite), y alimentación (incluyendo dietas especiales, en un hospital o clínica legalmente establecida).
- b) Sala de operaciones, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopo, radio fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.
- c) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario, por ayudantía y por anestesista.

28.2 CENTRAL DE EMERGENCIAS Y ASISTENCIAS:

El presente beneficio incorpora los siguientes:

28.2.1 GASTOS DE TRASLADO TERRESTRE POR EMERGENCIA: SERVICIO DE AMBULANCIA

Cubre los gastos por traslado en la ambulancia terrestre, únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser trasladado a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, y no lo puede hacer por sus propios medios, previa certificación médica.

El ámbito de cobertura geográfica está especificado en el Plan de Beneficios.

No se cubren certificados médicos de atención.

28.2.2 ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA: SERVICIO DE AMBULANCIA SOLO LIMA:

Servicio de unidades móviles para la atención de emergencias a domicilio, dentro del ámbito geográfico indicado en su Tabla de Beneficios, durante las 24 (veinticuatro) horas y todos los días del año, por emergencia médica o emergencia accidental, sin aplicación de deducible o copago alguno, por los

servicios y medicamentos que les sean suministrados. No podrán gozar de este beneficio los ASEGURADOS que hayan contratado el Deducible Adicional por enfermedad o accidente.

No se cubren certificados médicos de atención.

28.2.3 ORIENTACION MÉDICA TELEFÓNICA:

La Central de Emergencias y Asistencias es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atender a los ASEGURADOS de LA COMPAÑÍA las 24 (veinticuatro) horas del día, todos los días del año. Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro o en su Plan de Beneficios y nuestro personal atenderá sus consultas.

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

28.3 GASTOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS: ACCIDENTALES Y NO ACCIDENTALES:

Ampara al 100% (cien por ciento) los gastos ambulatorios de Emergencias Médicas Accidentales, incurridos durante las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas de ocurrida la emergencia, siempre que el ASEGURADO no requiera hospitalización, en cuyo caso serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de la cobertura de tratamiento hospitalario.

Los controles posteriores de una emergencia accidental ambulatoria, serán cubiertos al 100% (cien por ciento) siempre que se continúe el tratamiento en la misma clínica y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días.

En los casos de emergencias médicas no accidentales, los gastos serán cubiertos según sea el caso de acuerdo a las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios.

28.4 TRASLADO AEREO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA:

Cubre los gastos por traslado aéreo nacional e internacional según lo indicado en la Tabla de Beneficios. El Beneficio será otorgado únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser trasladado al centro hospitalario más cercano que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso, y no puede trasladarse por sus propios medios, previa certificación médica y aprobación de la COMPAÑÍA.

Se cubre el traslado de sólo un (1) acompañante.

28.5 GASTOS DE SEPELIO:

En caso de fallecimiento de un ASEGURADO a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza, se pagarán los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, cremación, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

Para la atención de este beneficio se deberá solicitar la Carta de Garantía presentando el Certificado de Defunción y el presupuesto del Proveedor elegido.

El límite y las condiciones de este beneficio es el señalado en la Tabla de Beneficios de esta Póliza.

28.6 ONCOLOGÍA:

Todos los ASEGURADOS gozarán de la cobertura integral para casos de cáncer, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Beneficios.

Cubre los gastos por diagnóstico clínicos y terapéuticos, así como tratamientos y cirugías incurridos en un centro médico especializado para tratamiento del cáncer.

En caso de trasplante de órgano originado por cáncer, el beneficio máximo cubierto será el de la cobertura de Trasplante establecida en su plan de beneficios.

28.7 TRASPLANTE DE ORGANOS:

Cubre los gastos hospitalarios del ASEGURADO y gastos médicos por servicios prestados al donante y cuando se trate de trasplante de los siguientes órganos y/o tejidos: Corazón, Córnea, Hígado, Médula Ósea, Páncreas, Pulmones y Riñón. El beneficio máximo de gastos cubiertos será el indicado en su Plan de Beneficios.

28.8 PROGRAMA DE DESCUENTOS Y BENEFICIOS RIMAC:

Descuentos y beneficios especiales por ser cliente de LA COMPAÑÍA en productos y servicios de los establecimientos afiliados. Estos beneficios están sujetos a cambios durante la vigencia de la presente Póliza y a condiciones detalladas en la página web: www.rimac.com.pe.

28.9 DESCUENTOS EN PREEXISTENCIAS:

Descuentos preferenciales en diagnósticos preexistentes no cubiertos por la presente Póliza, según lo indicado en el Plan de Beneficios.

Estos descuentos se brindan en la Clínica Internacional Asimismo, el paciente asumirá el 100% (cien por ciento) de los gastos y deberá regirse por las políticas de pago de la Clínica Internacional

ARTÍCULO 29º.- BENEFICIOS ADICIONALES:

Los Beneficios Adicionales serán indicados en el Plan de Beneficios, los cuales constituyen una liberalidad de la ASEGURADORA, los mismos que pueden variar durante la vigencia de la Póliza y no disminuye el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

29.1. DESCUENTOS EN ENFERMEDADES PREEXISTENTES:

Descuentos preferenciales en diagnósticos de enfermedades preexistentes no cubiertas por la presente Póliza, los cuales se brindan en la Clínica Internacional. Para la aplicación del presente beneficio, el ASEGURADO asumirá el 100% (cien por ciento) de los gastos y deberá regirse por las políticas de pago de la Clínica Internacional.

29.2. PROGRAMA DE DESCUENTOS Y BENEFICIOS RIMAC:

Descuentos y beneficios especiales por ser cliente de la ASEGURADORA en productos y servicios de los establecimientos afiliados. Estos beneficios se otorgan según las condiciones detalladas en la página web: www.rimac.com.pe.

ARTÍCULO 30º.- EXCLUSIONES:

La presente Póliza no cubre causas, consecuencias ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por esta Póliza, así como los gastos relacionados con lo siguiente:

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). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos de ASEGURADOS DEPENDIENTES 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 artículo 14° precedente.
- e. Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático).
- f. Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la tabla de Beneficios.
- g. Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueran cubiertos por esta Póliza. No están cubiertas las cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos, escleroterapia en várices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso.
- h. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la COMPAÑÍA.
- i. Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y CPAP), 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.**
- 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**
- l. 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.**
- m. 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 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: plasma, plaquetas y paquetes globulares 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. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente transfundidas.**
- q. Están excluidos los gastos por el concepto de compra de órganos.**
- r. Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.**
- s. Evaluaciones ni tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa, bulimia y los derivados de ellos.**
- t. Todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad y raquitismo, así como los tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso, y los derivados o consecuencia de ellos.**
- u. Cuidado de enfermeras especiales, a excepción de las primeras 48 (cuarenta y ocho) horas posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con la COMPAÑÍA.**
- v. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el ASEGURADO se auto medique, así como las causas y/o**

consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.

- w. **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.**
- x. **Vacunas, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia.**
- y. **Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y nutricionistas. Tratamientos de rehabilitación o cualquier otro servicio de Salud realizado en gimnasios y/o centros no acreditados por el Ministerio de Salud.**
- z. **Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration- USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación.**
- aa. **Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y callos.**
- bb. **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. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.**
- cc. **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.**

dd. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, así como los que resulten de la 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.

ee. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional: 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, ski-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.

La práctica de los anteriores deportes o actividades de manera no profesional, será cubierto de acuerdo al Beneficio indicado en el numeral 28.19 del artículo 28° del presente Condicionado General.

ff. 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.

gg. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

hh. No se cubre sepelio de los no-natos.

ii. Lesiones producidas voluntariamente por el ASEGURADO o en estado mental insano del ASEGURADO o suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.

jj. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos,

gastos de terceros, aire acondicionado (a excepción de lo señalado en el artículo 28, inciso 28.1)

kk. Si la COMPAÑÍA ya hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en el presente artículo, la COMPAÑÍA no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura una vez identificado el error.

ARTÍCULO 31º.- AVISO DE EMERGENCIA

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.

ARTÍCULO 32º.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITO:

Las formas de acceder a la cobertura de la Póliza, sea a través de crédito, 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:

32.1. CREDITO (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.

Los gastos en exceso de los Deducibles y Copagos serán asumidos con la ASEGURADORA directamente a dichos proveedores de servicios en salud siempre que haya pertinencia médica.

ARTÍCULO 33º.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

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

33.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA MEDICA: 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) Presentar su documento de identidad
- c) 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.

33.2. 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.
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 el Copagos respectivos.