

## **CARTILLA DE INSTRUCCIONES** **ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVOS**

La Póliza de Accidentes Personales da cobertura **sólo al trabajador y en caso de accidentes** durante las 24 horas (en caso la póliza no esté limitada al horario laboral). La Compañía de Seguros cubrirá, hasta la Suma Asegurada contratada.

En caso la póliza cuente con la cobertura de gastos de curación se otorgará como mínimo las siguientes prestaciones:

- I. Honorarios Médicos;
- II. Gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis dentales.
- III. Cubrir de forma proporcional, hasta los límites de la suma asegurada establecida en las condiciones particulares, los gastos de otros seguros que tuviera el Asegurado en el mismo riesgo; tales como: Deducibles, coaseguros, etc.
- IV. No cubre Aparatos de prótesis y ortopédicos.

### **PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN EN CASO DE ACCIDENTE:**

#### **¿QUÉ DEBO HACER SI ME ACCIDENTO EN MI CENTRO DE TRABAJO?**

- Debo reportar inmediatamente la ocurrencia del accidente a mi entidad empleadora.
- Mi entidad empleadora debe entregarme un Formato de Reclamo de Accidentes Personales debidamente llenado, firmado y sellado. El formato lo pueden encontrar en la Pagina Web de Rimac (Formularios):  
[http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR\\_Port alRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR\\_Cont\\_Formularios\\_Vida](http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR_Port alRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR_Cont_Formularios_Vida)
- Mi entidad empleadora debe brindarme los primeros auxilios y posteriormente debe trasladarme hacia la clínica de mi elección que se encuentre afiliada a Rímac Seguros (mi entidad empleadora debe informarme previamente qué clínicas tienen dicha condición).
- Para casos de hospitalización se requiere aprobación y evaluación de cartas de garantía (\*).
- Una vez en la clínica deberé mostrar mi DNI y entregar el Formato de Reclamo de Accidentes Personales en el módulo de admisión de emergencia.
- Si el accidente que he sufrido requiere que tenga controles posteriores (ambulatorios) deberé acercarme en cada oportunidad a la clínica portando mi DNI y un Formato de Reclamo de Accidentes Personales debidamente llenado, firmado y sellado por mi entidad empleadora.

#### **¿QUÉ DEBO HACER SI ME ACCIDENTO FUERA DE MI CENTRO DE TRABAJO?**

- Debo reportar inmediatamente la ocurrencia del accidente a Aló Rimac en donde le indicaran el Centro Medico más cercano (Lima 411-1111).
- En caso de provincias, llamar a Aló Rimac y remitir el Formato de Reclamo de Accidentes Personales con los datos al fax N° 241-0228 y al 4210555 anexo 2882).
- **DE SER POSIBLE** llevar consigo el formato de Reclamo de Accidentes Personales. El cual debe estar firmado y sellado por el contratante, a efectos solicitar una carta de garantía para la atención médica.

[http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR\\_Port alRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR\\_Cont\\_Formularios\\_Vida](http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR_Port alRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR_Cont_Formularios_Vida)

*Si no tengo en el momento del accidente el formato requerido, debo dejar mi DNI y regularizar el documento dentro de las 24hrs siguientes de sucedido el accidente.*

- Si el accidente que he sufrido requiere que tenga controles posteriores (ambulatorios) deberé acercarme en cada oportunidad a la clínica portando mi DNI y un Formato de Reclamo de Accidentes Personales debidamente llenado, firmado y sellado por mi entidad empleadora.
- Es necesario la presentación de la copia certificada de la denuncia policial, en caso de Asalto, Agresión Física y de Accidente de Tránsito (de ser el caso).

### **PARA ATENCIONES DE EMERGENCIA**

- El asegurado se acercará al establecimiento médico portando su DNI y el Formato de Reclamo de Accidentes Personales debidamente llenado, firmado y sellado por su empleadora.
- El formato debe contener, como mínimo los siguientes datos:
  - Razón Social y RUC de la empresa
  - Número de Póliza de Accidentes Personales
  - Datos completos del asegurado
  - Detalle de la ocurrencia del accidente, incluyendo la fecha y hora del accidente (el lugar y circunstancias en que éste ocurrió).

### **PARA TRASLADOS ENTRE ESTABLECIMIENTOS MÉDICOS**

- Los traslados entre establecimientos médicos de la red serán cubiertos por la póliza de Accidentes Personales cuando el establecimiento de origen no tenga la capacidad resolutive requerida para la atención del siniestro. En dicho caso la clínica de origen (médico tratante) deberá comunicarse con ALO RIMAC quien verificará la pertinencia médica del traslado.
- Esto se aplicará también en los casos en que los asegurados hayan sido evacuados inicialmente a establecimientos médicos que no forman parte de nuestra red (ej: EsSalud) y que luego requieran continuar sus atenciones con nuestros proveedores.

### **PARA ATENCIONES AMBULATORIAS**

- En casos de continuación de tratamiento, rehabilitación, controles post-operatorios y cualquier otra atención ambulatoria el asegurado se acercará al establecimiento portando su DNI y el Formato de Reclamo Accidentes Personales debidamente llenado, firmado y sellado por su empleadora CADA VEZ que requiera dichas atenciones, la misma que tiene una validez de 7 días, desde la fecha de presentación para la misma especialidad.
- Si en un accidente ocurrido y al término de la vigencia de la póliza, el asegurado aún no es dado de alta y no consumió la suma asegurada, se podrá continuar con la atención hasta el alta ó el consumo total.
- En caso de haber consumido el total de la suma asegurada no se podrá continuar con la atención porque a la renovación de la póliza la suma asegurada se rehabilita para nuevos siniestros.

## **PARA CAMBIOS DE CLÍNICA**

- En caso un asegurado decida cambiar de médico / clínica deberá comunicarlo a **Alo Rimac** informando la fecha del accidente, establecimiento médico inicial y el establecimiento al cual quiere dirigirse a fin de que **Alo Rimac** realice la coordinación respectiva. Una vez que la **Alo Rimac** confirme; el asegurado se acercará al centro médico de su elección portando:
  - Su DNI
  - Formato de Reclamo de Accidentes Personales debidamente llenado, firmado y sellado por su entidad Empleadora / Contratante y médico tratante.
  - Documentos que sustenten las atenciones médicas recibidas en el establecimiento inicial (copia simple).

## **PARA EVACUACIONES Ó TRASLADOS DESDE EL LUGAR DE OCURRENCIA (Beneficio Excepcional)**

- Las evacuaciones ó traslados a nivel Nacional de asegurados accidentados desde el lugar de ocurrencia del accidente hasta un establecimiento médico especializado que forme parte de nuestra red son cubiertas por el Seguro de Accidentes Personales Colectivos únicamente cuando éstos no pueden ser tratados en el lugar del Accidente ó debido a su estado crítico, el cual deberá ser constatado por un médico del lugar, para lo cual ameritará ser trasladado en unidades médicas especializadas (ambulancias terrestres o aéreas).
- Para tal efecto deberá comunicarse a ALO RIMAC (411-1111 en Lima y 0-800-41111 en provincias) quien verificará la pertinencia médica de la evacuación.
- Podrá acogerse al beneficio de Reembolso, siempre y cuando se demuestre posteriormente que hubo la necesidad del traslado y haya quedado registro de la evacuación ó traslado por emergencia en Alo Rimac y esté no pudo haber dado la atención respectiva.
- Este beneficio Excepcional deberá figurar explícitamente en la póliza como inclusión en los gastos de curación o como una cobertura adicional.

## **REQUISITOS PARA ATENCIÓN VIA REEMBOLSO - ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVOS**

Es la atención del asegurado en cualquier proveedor y puede ser sólo por la emergencia ó por todo el tratamiento.

- Formato Rímac (Original o copia): Solicitud de Reclamo de Accidentes Personales debidamente llenada, firmada y sellada (**en original**) por el representante legal de la empresa ó Recursos Humanos y por el médico tratante (de ser posible la firma del médico tratante cuando se trate de establecimientos médicos no afiliados, ej: EsSalud, Ministerio de Salud, etc.)  
[http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR\\_PortalRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR\\_Cont\\_Formularios\\_Vida](http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR_PortalRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR_Cont_Formularios_Vida)
- Para gastos de procedimientos, análisis y medicinas: Facturas originales a nombre de Rímac Seguros (Ruc 20100041953).
- Para gastos por honorarios médicos: Recibo por honorarios médicos originales a nombre del paciente.

- Para gastos por medicinas: adjuntar la receta médica original detallada indicando nombre y cantidad de cada medicamento. Deberán enviar factura con fecha y sello de cancelado para el reembolso.
- Para usos de equipos, deberán enviar factura con fecha y sello de cancelado para el reembolso.
- Para análisis y procedimientos: adjuntar resultados.

### **IMPORTANTE:**

- Los comprobantes de pago no pueden tener antigüedad mayor a 60 días y deben contar con el sello de "**cancelado**".
- Los gastos médicos se reconocerán tomando como base máxima la Tarifa "B" (SEGUS) de la Asociación de Clínicas del Perú afiliadas a la COMPAÑÍA, hasta un máximo de la suma asegurada que especifica la póliza.

## **REQUISITOS PARA ATENCIÓN VIA REEMBOLSO DE GASTOS CURACIÓN EN EL EXTRANJERO**

Es la atención del asegurado en cualquier proveedor médico en el extranjero, se debe regularizar con la siguiente información:

- Formato Rímac (Original o copia): Solicitud de Reclamo de Accidentes Personales debidamente llenada, firmada y sellada (**en original**) por el representante legal de la empresa ó Recursos Humanos.  
[http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR\\_PortalRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR\\_Cont\\_Formularios\\_Vida](http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/connect/PR_PortalRimac/P%C3%A1gina+Principal/Formularios+Rimac/PR_Cont_Formularios_Vida)
- Para gastos de procedimientos, análisis y medicinas: Facturas originales a nombre del Asegurado.
- Para gastos por honorarios médicos: Recibo por honorarios médicos originales a nombre del paciente.
- Para gastos por medicinas: adjuntar la receta médica original detallada indicando nombre y cantidad de cada medicamento.
- Para análisis y procedimientos: adjuntar resultados.

### **IMPORTANTE:**

- Los comprobantes de pago no pueden tener antigüedad mayor a 60 días y deben contar con el sello de "**cancelado**".
- La tarifa para los reembolsos, en caso de accidentes ocurridos fuera del territorio nacional, durante viajes eventuales del ASEGURADO, los gastos médicos se reconocerán tomando como base máxima la Tarifa "A" (SEGUS) de la Asociación de Clínicas del Perú afiliadas a la COMPAÑÍA, hasta un máximo de la suma asegurada que especifica la póliza.

## **REQUISITOS PARA CAMBIO DE BENEFICIARIO**

- Si el cheque será emitido a nombre de la empresa y no del asegurado se deberá adjuntar formato de declaración jurada de cambio de beneficiario. Se ubica en página web de Rímac:
- Link:  
<http://www.rimac.com.pe/ilwwcm/resources/file/eb00014a27b9ef3/Declaracin%20Jurada.pdf>
- Todos los documentos se deberán remitir a nuestra oficina de Miraflores (Av. Comandante Espinar N° 689) con atención al Dpto. Reembolsos.
- Esta solicitud está sujeta a auditoría médica.

- En caso sólo sea la emergencia y quiera la continuación por crédito, deberá de ir a una clínica afiliada presentando la declaración de accidentes en original, sellada y firmada por la empresa y un documento que indique el diagnóstico y certifique la atención por la emergencia.

### **AVISO DE UN SINIESTRO**

Ocurrido el siniestro, y estando esta Póliza en pleno vigor, el(los) beneficiario(s) o el ASEGURADO, acreditando su calidad de tales, podrán presentar la solicitud de atención del siniestro para lo cual deberán presentar, a la brevedad posible, en las Oficinas de la Compañía, los documentos indicados a continuación (en original o copia legalizada):

### **DOCUMENTOS NECESARIOS A PRESENTAR**

#### **MUERTE ACCIDENTAL**

- Atestado policial completo
- Informe completo del empleador (en caso de accidente de trabajo)
- Protocolo de Necropsia
- Análisis Toxicológico
- Análisis de Alcholema
- Acta o Partida de Defunción
- Certificado de defunción
- Fotocopia del DNI del titular
- 2 ultimas boletas de pago
- Sucesión Intestada o declaratoria de herederos adjuntando copia literal de la inscripción en Registros Públicos
- Partida de nacimiento de hijos menores de edad
- Copia de DNI de beneficiarios mayores de edad

#### **INVALIDEZ PERMANENTE**

1. RIMAC INTERNACIONAL pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones incorporada a la presente póliza y que forma parte integrante de ella.
2. Certificado de Invalidez
3. Para fines de indemnización presentar los siguientes requisitos:

- Atestado policial completo
- Informe completo del empleador (en caso de accidente de trabajo)
- Certificado de Invalidez
- Análisis Toxicológico
- Análisis de Alcholema

### **EXCLUSIONES DEL PROGRAMA:**

1. Cualquier **enfermedad** corporal o mental.
2. Lesiones **preexistentes**.
3. Accidentes **Médicos**.
4. Los accidentes que se produzcan bajo la influencia de **alcohol, drogas** o en estado de sonambulismo.
5. Lesiones que el ASEGURADO sufra en **servicio militar de cualquier clase**, rebeliones, huelgas, tumultos o terrorismo.
6. Lesiones causadas por el ASEGURADO **voluntariamente sobre si mismo**.

7. Accidentes ocasionados por la emisión de **radiaciones ionizantes** o contaminación por radioactividad.
8. Los accidentes que se produzcan en la práctica de **actividades y deportes peligrosos**.
9. Conducir sin haber obtenido licencia de conducir.
10. Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.

### **DEFINICIONES:**

#### ▪ ACCIDENTE

Se entiende por accidente toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional de una fuerza externa que obra súbitamente sobre el asegurado, independientemente de su voluntad y que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta.

#### ▪ BENEFICIARIO

Los beneficiarios en caso de fallecimiento por accidente del titular del seguro serán los indicados por él según Declaración. En caso no haya tal designación, la indemnización será pagada según Sucesión Intestada debidamente inscrita en los Registros Públicos. En caso de no existir beneficiarios en Declaración ni en Sucesión Intestada, el beneficiario será SUNAT.

### **(\*)¿QUÉ DEBO HACER PARA GESTIONAR UNA CARTA DE GARANTÍA?**

- Coordinar con la Representante de Rimac que se encuentra en la Clínica para que realice las gestiones con la Aseguradora. En caso de no existir Coordinadora de Clínica, deberá comunicarse a ALO RIMAC (411-1111 en Lima y 0-800-41111 en provincias).
- En caso de proceder con la emisión de la carta de garantía deberán remitir los siguientes documentos:
  - Orden Médica
  - Presupuesto
  - Hoja de denuncia de Accidentes firmado y sellado por el contratante.

### **TELEFONOS DE EMERGENCIA :**



- \* Atención Continua las 24 horas del día
- \* 365 días al año
- \* Orientación Médica Telefónica
- \* Nivel Nacional

**LIMA 411-1111**

**PROVINCIAS 0 - 800 - 41111**

**Importante:** Es necesario que adjunten la **relación nominal** se los trabajadores amparados bajo la póliza de Accidentes Colectivos para una mejor identificación en la atención del siniestro.