

## **COBERTURAS**

Las coberturas de la presente Póliza se otorgarán conforme a los límites, condiciones, proveedores de servicios en salud y detalles establecidos en el Plan de Beneficios de la presente Póliza de Seguro. Las coberturas son las siguientes:

### **1. ATENCIONES HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS:**

- 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 o ambulatorio, por ayudantía y por anestesista.

### **2. CENTRAL DE EMERGENCIAS Y ASISTENCIAS:**

El presente beneficio incorpora los siguientes:

#### **a) MEDICO A DOMICILIO: ATENCION AMBULATORIA PARA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES:**

Las atenciones de Médico a domicilio se otorgarán exclusivamente para atenciones ambulatorias respecto de enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones ambulatorias de su Plan de Beneficios.

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse con la ASEGURADORA llamando a los teléfonos de la Central de Emergencias y Asistencias detalladas en su Plan de Beneficios.

LA ASEGURADORA coordinará el envío de un médico general o especialista según las características ofertadas en su Plan de Beneficios.

Las citas con su Médico Tratante del Staff médico de la Central de Emergencias y Asistencias también podrán ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario

concertado. La derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicio de nuestros proveedores.

**b) GASTOS DE TRASLADO TERRESTRE POR EMERGENCIA: SERVICIO DE AMBULANCIA:**

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

No se cubren certificados médicos de atención.

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

**c) 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 Plan 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 se cubren certificados médicos de atención.

**d) 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 ASEGURADORA 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.

**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, ni sea intervenido quirúrgicamente de manera ambulatoria

en cuyo caso serán cubiertos de acuerdo a las condiciones de la cobertura de tratamiento hospitalario y/o ambulatorio.

Los controles posteriores de una Emergencia Médica Accidental ambulatoria, serán cubiertos al 100% (cien por ciento) siempre que se continúe el tratamiento en el mismo proveedor de servicios en salud y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días.

En los casos de Emergencias Médicas No Accidentales, los gastos serán cubiertos como atención ambulatoria y/o hospitalaria según sea el caso de acuerdo a las condiciones establecidas en el Plan de Beneficios.

**4. OFTALMOLOGIA:**

Cubre un examen de medición de vista una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada ASEGURADO, únicamente vía crédito y en los centros oftalmológicos incluidos en el Plan de Beneficios.

**5. TRASLADO AEREO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA:**

Cubre los gastos por traslado aéreo nacional e internacional, únicamente cuando por una emergencia el ASEGURADO 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 aprobación de la ASEGURADORA.

Las modalidades de aplicación de cobertura serán de la siguiente forma:  
Vía Reembolso: hasta el límite del costo de vuelos comerciales por asiento ocupado, hasta un límite siete (7) asientos.

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

**6. 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.

No aplica reembolso para esta cobertura.

**7. ONCOLOGÍA:**

Todos los ASEGURADOS gozarán de la cobertura integral para casos de cáncer, la cual cubre los gastos por diagnóstico clínicos y terapéuticos, así como tratamientos y cirugías incurridos en un proveedor de servicios en salud especializado para tratamiento del cáncer.

Para la evaluación de los procedimientos y medicamentos relacionados al tratamiento del cáncer se tomará como referente las guías clínicas aprobadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), los mismos que además deben estar sustentados en Medicina Basada en Evidencia Nivel "II A" o mayor.

Para terapia en fase de investigación en cáncer se dará cobertura para los estudios clínicos (Clinical Trials) de fases II y III.

**8. PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS:**

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidente y/o enfermedad que las requieran.

No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.

**9. CONSULTA DE SEGUNDA OPINION POR CIRUGIA:**

En caso el ASEGURADO requiera ser sometido a una intervención quirúrgica, la ASEGURADORA cubrirá el costo de una segunda consulta por un médico especialista, sin perjuicio del resultado del segundo diagnóstico.

**10. 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 están sujetos a cambios durante la vigencia de la presente Póliza y se otorgan según las condiciones detalladas en la página web: [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe).

**11. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO:**

Ampara el beneficio de chequeo médico preventivo una vez por vigencia y por año, diseñado de acuerdo a la edad y sexo del ASEGURADO.

**12. DESASTRES NATURALES:**

Cobertura catastrófica por desastres naturales. Este beneficio se encuentra cubierto hasta el límite y condición indicada en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

## **RIESGOS CUBIERTOS**

Esta Póliza cubre los siguientes riesgos que expresamente se hayan indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por ella:

**A. MUERTE ACCIDENTAL:** Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su fallecimiento siempre que su causa directa y única fuera un accidente amparado por la póliza y se manifieste a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha del accidente, la ASEGURADORA pagará a los Beneficiarios, el Capital Asegurado por Muerte Accidental detallado en el Plan de Beneficios.

En caso de no haber tal designación de Beneficiarios, la indemnización será pagada a los herederos legales del ASEGURADO previa presentación del Testamento, del Auto de Declaratoria de Herederos o Acta Notarial de Declaratoria de Herederos, debidamente inscrita. Si fueren dos o más los Beneficiarios designados y no se hubiera establecido proporción en la solicitud y en consecuencia en la Póliza, el importe del Seguro se dividirá y abonará por partes iguales.

**B. INVALIDEZ PERMANENTE:** Si el ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su Invalidez Permanente Total o Invalidez Permanente Parcial, siempre que la causa directa y única de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la póliza, la ASEGURADORA pagará al ASEGURADO la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente, con base a lo establecido en el Anexo A - Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente.

## **EXCLUSIONES**

No gozarán de cobertura en la presente Póliza, las siguientes exclusiones:

1. **Las Enfermedades Preexistentes, que figuren expresamente como tales en las Condiciones Particulares o en los Endosos de la Póliza.**
2. **Los riesgos asociados a las Enfermedades Preexistentes, que figuren expresamente como tales en las Condiciones Particulares o en los Endosos de la Póliza.**

- 3. Los antecedentes médicos familiares y personales, las condiciones de Obesidad, Tabaquismos y los riesgos asociados de los mismos, que figuren expresamente como tales en las Condiciones Particulares o en los Endosos de la Póliza.**
- 4. Las causas, consecuencias y complicaciones como enfermedades, tratamientos y demás gastos según el detalle 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).**
  - 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. No se cubren estudios o pruebas genéticas.**
  - c. 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 psicósomático).**
  - d. 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 el Plan de Beneficios.**
  - e. Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente amparado y cuyos gastos fueran cubiertos por la presente 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.**
  - f. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la ASEGURADORA.**
  - g. 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.

- h. No se cubren la adquisición de los siguientes equipos médicos durables: oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas, bombas de infusión.**
- i. 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.**
- j. Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción, tales como: 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.**
- k. 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.**

- i. 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.**
- m. Compra de sangre y derivados tales como: 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.**
- n. Los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente transfundidas.**
- o. Están excluidos los gastos por el concepto de compra de órganos.**
- p. Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.**
- q. Evaluaciones ni tratamientos por insuficiencia o sustitución hormonal, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa, bulimia y los derivados de los anteriormente descritos.**
- r. 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 los anteriormente descritos.**
- s. Cuidado de enfermeras, enfermeros, técnicos o técnicas de enfermería, 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 ASEGURADORA.**
- t. 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 automedique, así como las causas y/o**



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

- u. 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.
- v. Productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia. No se cubrirá Vacunas salvo las indicadas en el Plan de Beneficios.
- w. 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.
- x. 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.
- y. Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y callos.
- z. 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.
- aa. 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.
- bb. Las complicaciones médicas de embarazos o partos. No obstante, en el caso que un accidente produzca complicaciones médicas

que deriven en un aborto, los gastos del mismo, incluyendo el legrado uterino como consecuencia de este, serán materia de cobertura de este Seguro.

De otro lado, en el caso que un accidente provoque el parto, los gastos incurridos no serán materia de la cobertura de este Seguro. Sin embargo, si dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al accidente se requiere de una operación cesárea, los gastos de la misma serán cubiertos exclusivamente en lo que respecta al acto quirúrgico, mas no en lo correspondiente a la atención del recién nacido.

Los gastos anteriormente indicados serán cubiertos en adición a los gastos de curación propios del evento y hasta el tope de la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- cc. Lesiones o enfermedades producidas por participación activa en actos de guerra, revoluciones, 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 o sin pertinencia médica.
- dd. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica profesional de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional: uso de vehículos de carrera de cualquier tipo sea como conductor o pasajero y competencia en autos, box, motos terrestres, motocross, motos acuáticas, ala delta, parapente, alpinismo, escalamiento de montañas, puenting, rodeo, cacería de fieras, pesca submarina, downhill, prácticas hípicas, andinismo, buceo deportivo o alta mar, polo, equitación en salto o carreras, paracaidismo, espeleología, lidia de toros, parkour, montañismo, rapel, caída libre, sky-surf, kitesurf y bodysurf.
- ee. 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, 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.
- ff. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR.

- gg. No se cubre sepelio de los no-natos.**
- hh. 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.**
- ii. 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 29°, numeral 29.1.).**
- jj. No se cubre los cuidados médicos y paramédicos en domicilio del ASEGURADO diferentes a los expresamente cubiertos por la póliza tales como pero no limitados a: soporte nutricional artificial, tratamiento parenteral, cuidados de enfermería, equipos, cama clínica, ventilador mecánico, oxigenoterapia, rehabilitación y terapia física domiciliaria, terapia del dolor, exámenes de laboratorio y de imágenes, parto domiciliario.**
- kk. Tratamiento de Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA.**
- ll. Todo tipo de terapia biológica. Los productos de origen biológico de cualquier naturaleza: naturales, semi sintéticos o sintéticos; factor estimulante de colonias, factor de crecimiento hematopoyético, interferones, interleukina, anticuerpos monoclonales, antiangiogénicos, inhibidores de la tirosin kinasa, inhibidores del proteosoma ú otros modificadores de la respuesta biológica. También se considera excluida la inmunoterapia.**

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