

Condiciones Generales

PRODUCTO: FORMACIÓN LABORAL JUVENIL

CÓDIGO DE REGISTRO: AE0506420045

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. ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
14. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS.
15. SUBROGACIÓN.
16. ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS.
17. DEFENSORIA DEL ASEGURADO.
18. DOMICILIO, VALIDEZ, AVISOS Y COMUNICACIONES.
19. MECANISMO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.
20. PRESCRIPCION LIBERATORIA.
21. TRIBUTOS.

CAPITULO II: CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PRODUCTO

22. CONDICIONES PARA SER ASEGURADO.
23. CATEGORIAS DE TRABAJO.
24. EXTENSION DEL SEGURO.
25. PERIODO DE INSCRIPCION, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN.
26. PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA.
27. BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR ASEGURADO.
28. COBERTURAS.
29. BENEFICIOS ADICIONALES.
30. RIESGOS CUBIERTOS.
31. INDEMNIZACIONESPOR LESIONES FUERA DEL MANUAL.
32. INDEMNIZACIONES A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE.
33. INDEMNIZACIONES EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS.

34. EXCLUSIONES.
35. AVISO DE EMERGENCIA.
36. AVISO DE ACCIDENTE Y DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
37. FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS: CREDITOS Y REEMBOLSOS.
38. 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.

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N°29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.

Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual, se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

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 hasta el segundo grado de consanguinidad

(abuelos, padres y hermanos) junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia y son evaluados al momento de la suscripción cuando se evalúa la solicitud de seguro y declaración personal de salud. También se llama antecedentes médicos familiares.

ASEGURADO: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza.

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.

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.

BENEFICIO MAXIMO ANUAL: Importe límite que la ASEGURADORA asumirá por la totalidad de atenciones del ASEGURADO. Todos los gastos pagados disminuyen el beneficio máximo anual por persona. El monto del beneficio máximo anual se detalla en el plan de beneficios, este importe incluye el Impuesto General a la venta. Al renovarse el plan de beneficio se rehabilitará el beneficio máximo anual.

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 el 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. La relación de diagnósticos CIE-10 se encuentra publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

CLAUSULA ADICIONAL: Aquellas condiciones especiales que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

COBERTURA: Se puede dividir en dos tipos en esta Póliza:

- **Cobertura en forma de Indemnización:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro o Plan de Beneficios, según corresponda y que será pagado por la **ASEGURADORA** al **ASEGURADO** o **BENEFICIARIO** en caso que ocurra un siniestro.
- **Cobertura de Gastos:** Es la cobertura que consiste en asumir el gasto de la asistencia médica que precise el **ASEGURADO** que tenga un accidente y/o enfermedad para su total curación y/o recuperación, bajo los límites y condiciones estipulados en la Póliza.

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. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de cláusulas o estipulaciones básicas establecidas para regir los contratos perteneciente a un mismo ramo o modalidad de seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Estipulaciones del contrato de seguro relativas al riesgo individualizado que se asegura, como la identificación de las partes, la designación del asegurado y el beneficiario, si lo hubiere, la

descripción de la materia asegurada, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el importe de la prima y el cronograma de pago correspondiente, el lugar y la forma de pago, la vigencia del contrato, entre otros. 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 grave, 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.

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 entre las que se encuentran las cláusulas adicionales de haberlas; las condiciones particulares; las condiciones generales; la solicitud de seguro; el resumen; sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos, cuando corresponda. Las condiciones especiales prevalecen sobre las condiciones particulares y éstas prevalecen sobre las generales.

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 Pura de Riesgo más los cargos de evaluación, administración, producción y redistribución del riesgo.

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.

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 Beneficios). 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 Beneficios. 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.

TARIFARIO RIMAC: En el tarifario Rimac se establecen los límites que la ASEGURADORA reconocerá por cada tipo de intervención o tratamiento en base a los costos promedio de los diferentes proveedores de servicios en salud del Perú. El Tarifario Rimac se encuentra en www.rimac.com

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 facultad 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.

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 en caso de reembolso, 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, que 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 ASEGURADO se obliga a llenar y completar debidamente y de forma exacta la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA.
- 3.3. El ASEGURADO se comprometen a brindar a la ASEGURADORA toda la información pertinente en la Declaración Personal de Salud, 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 AUTOMATICA DE LA POLIZA:

A. Solicitud de Modificación de la Póliza:

El 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 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.

En este supuesto, la ASEGURADORA se encuentra obligada de proporcionar la información suficiente al CONTRATANTE, éste asimismo deberá poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato, en cualquier supuesto de modificación.

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:

- A. TERMINACION DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la terminación total del Contrato de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes:
 - 6.1.** Al fallecimiento (persona natural) de la única persona asegurada y a la extinción (persona jurídica) del CONTRATANTE.
 - 6.2.** Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
 - 6.3.** Si el interés asegurado del CONTRATANTE desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro.

- B. TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE SEGURO:** Aplica la terminación de la vigencia del Certificado de Seguro, cuando ocurra alguna de las siguientes:
 - 6.4.** Al fallecimiento del ASEGURADO señalado en dicho Certificado de Seguro.
 - 6.5.** Al término de la vigencia anual que corresponda a la fecha en que el ASEGURADO haya cumplido la edad máxima de permanencia, descrita en el Capítulo II de las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares.
 - 6.6.** Al finalizar la vigencia del Certificado de Seguro.,

- 6.7.** Si el interés asegurado del ASEGURADO desaparece durante la vigencia del Certificado 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 Y DEL CERTIFICADO DE SEGURO):

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

- 7.1 RESOLUCION DE LA PÓLIZA DE SEGURO:** Aplica la resolución total del Contrato de Seguro, de cumplirse alguna de las siguientes causales:

7.1.1 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. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el CONTRATANTE empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que uso para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución. En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

7.1.2 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 escrita 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.

7.1.3 En caso el CONTRATANTE haya solicitado la modificación de la Póliza, en virtud de lo establecido en artículo 5.A del presente Condicionado, tendrá derecho a resolver en el supuesto que la ASEGURADORA rechace la solicitud de modificación. La resolución será efectiva el último día del mes en que se recibió la solicitud de resolución del CONTRATANTE. Corresponden a la

ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

En caso de resolución, el CONTRATANTE tendrá la obligación de comunicar al ASEGURADO esta situación y sus consecuencias.

7.2 RESOLUCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la resolución del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando ocurra alguna de las siguientes:

7.2.1 Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del ASEGURADO, 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 Certificado de Seguro. La resolución unilateral podrá ser ejercida por el ASEGURADO empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

7.2.2 Por agravación del riesgo del ASEGURADO la cual debe ser comunicada a la ASEGURADORA de forma escrita por parte del ASEGURADO, en un plazo de quince (15) días de conocida su ocurrencia por el ASEGURADO; la ASEGURADORA podrá manifestar su voluntad de resolver el Certificado de Seguro dentro de los quince (15) días posteriores de producida dicha comunicación, solo respecto de dicho ASEGURADO. Si la ASEGURADORA opta por resolver el Certificado de Seguro, tiene derecho percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si la ASEGURADORA opta por continuar con la vigencia del Certificado de Seguro, podrá proponer la modificación del mismo a través del cobro de una extra prima o de modificar las condiciones contractuales.

En el caso de la agravación del riesgo no comunicada a la ASEGURADORA en el plazo anterior, y en tanto no se haya configurado algún siniestro, ésta una vez conocida la agravación del riesgo, tiene derecho a resolver el Certificado de Seguro, solo respecto de dicho ASEGURADO y percibir la prima por el periodo de seguro en curso.

Asimismo, para los casos en que el ASEGURADO no comunique 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 ASEGURADO incurre 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 Certificado 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 de haber sido informada oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

7.2.3 Por presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, LA ASEGURADORA tendrá derecho a resolver el Certificado de seguro en caso el ASEGURADO presente una solicitud de cobertura fraudulenta. En este caso, la ASEGURADORA quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

Para que opere la resolución indicada en el numeral 7.2.3, la ASEGURADORA deberá cursar una comunicación escrita con una anticipación no menor a quince (15) días a la fecha efectiva de resolución. Le corresponde a la ASEGURADORA el cobro de las primas por el período efectivamente cubierto, debiendo la ASEGURADORA devolver las primas correspondientes al período no corrido.

7.2.4 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizan una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, y esta es constatada antes de que se produzca el siniestro, La ASEGURADORA presentará al CONTRATANTE, una propuesta de revisión (reajuste y/o modificación de primas) del Certificado de Seguro. La propuesta de revisión deberá ser presentada en el plazo de treinta (30) días computados desde que constate la reticencia y/o declaración inexacta. El CONTRATANTE tiene un plazo de diez (10) días para pronunciarse sobre la aceptación o rechazo de dicha propuesta. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento sobre la propuesta presentada, La ASEGURADORA podrá resolver el Certificado de Seguro, mediante una comunicación dirigida al CONTRATANTE y al ASEGURADO, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado para que éstos dieran respuesta a la revisión propuesta. Corresponden a La ASEGURADORA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

- a) **EL CONTRATANTE** (en caso de resolución de la Póliza de Seguro) y/o **ASEGURADO** (en el caso de la resolución del Certificado de Seguro) en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a los numerales 7.1.1 y 7.2.1. y, adicionalmente, por la causal descrita en el numeral 7.1.3.
- b) **La ASEGURADORA** en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los numerales 7.1.2., 7.2.2, 7.2.3 y 7.2.4 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.

En caso que la resolución se haya producido por parte de la **ASEGURADORA** y corresponda el reembolso de las primas a favor del **CONTRATANTE**, la **ASEGURADORA** deberá reembolsar las primas referidas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que surtió efectos la resolución. En caso que la resolución haya sido ejercida por **EL CONTRATANTE** éste deberá presentar su solicitud de reembolso en cualquiera de las plataformas de atención al cliente de la **ASEGURADORA** indicadas en el resumen de la presente póliza, o empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que se usaron para la contratación del seguro. El plazo que cuenta la **ASEGURADORA** para realizar el reembolso es de treinta (30) días contados desde la fecha en que el **CONTRATANTE**, , haya presentado la solicitud. No resultan aplicables al reembolso de las primas penalidades o cobros de naturaleza o efecto similar.

La **ASEGURADORA** se libera de responsabilidad por los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de resolución del Contrato de Seguro o del Certificado de Seguro, según corresponda. Por tanto, la **ASEGURADORA** no brindará cobertura alguna por gastos incurridos después de la terminación del Seguro o resolución del Contrato o del Certificado de Seguro.

ARTÍCULO 8°.- NULIDAD DEL CONTRATO Y DEL CERTIFICADO 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, nunca tuvo efectos legales.

A. NULIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO: Aplica la nulidad total del Contrato de Seguro, si:

- 8.1. El CONTRATANTE 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– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

B. NULIDAD DEL CERTIFICADO DE SEGURO: Aplica la nulidad del Certificado de Seguro, es decir, solo para el ASEGURADO cuando:

- 8.4. El ASEGURADO hubiera tomado el Seguro sin contar con interés asegurable.
- 8.5. Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.
- 8.6. Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del ASEGURADO– de circunstancias por él conocida, que hubiesen impedido la emisión del Certificado de Seguro o modificado sus condiciones si la ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en los numerales 8.3. y 8.6. precedentes, 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. La comunicación por la cual se invoca la nulidad debe ser fehaciente y por escrito.

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) al CONTRATANTE, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en la cual el CONTRATANTE haya presentado una solicitud de devolución de primas a la ASEGURADORA, 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.

El CONTRATANTE tendrá la obligación de poner en conocimiento de los ASEGURADOS, las modificaciones que se hayan incorporado en el contrato por razón de la reticencia y/o declaración inexacta, ya sea el reajuste de primas y/o coberturas o la resolución del contrato.

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 plazo de treinta (30) días antes indicado, la ASEGURADORA comunica al CONTRATANTE y ASEGURADO, de manera cierta, 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 escrita de la ASEGURADORA informándole sobre dicha decisión. Le corresponde a la ASEGURADORA la prima devengada a prorrata por el periodo efectivamente cubierto por la Póliza.

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. 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 FRAUDULENTE:

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. La solicitud de cobertura fraudulenta generará además de la pérdida de cobertura o indemnización, la resolución del contrato de seguro.
- 12.2. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éste, 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. Los terceros que obren por cuenta del ASEGURADO, serán personas que actúan en su representación, contando con el debido sustento para ello.
- 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°.- 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 puede 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 se 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. Pero esa misma Enfermedad Preexistente si tendría continuidad de cobertura para las demás coberturas del seguro (siempre que tampoco sean indemnizatorias), previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el párrafo precedente.

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

ARTÍCULO 14º.- INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS SINIESTROS:

- 14.1 La ASEGURADORA, bajo su cuenta y costo, podrá –dentro del plazo establecido en el antepenúltimo párrafo del presente numeral- 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, sea que la cobertura se haga vía crédito o reembolso, para lo cual el ASEGURADO tiene que otorgar las facilidades necesarias.

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

El plazo que cuenta la ASEGURADORA para realizar la investigación y revisión de los ASEGURADOS es de treinta (30) días contados desde que el ASEGURADO presentó la documentación completa para la solicitud de cobertura.

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo detallado en el párrafo precedente, el mismo que tiene la ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que se presente toda la documentación e información solicitada.

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

En caso que el ASEGURADO no brinde las facilidades del caso para que la ASEGURADORA realice las investigaciones y revisiones descritas en el presente numeral, no correrán los plazos establecidos del mismo.

- 14.2 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 de acuerdo a lo indicado en el numeral 7.4. de las Condiciones Generales. Para efectos del pago del siniestro, las aclaraciones o precisiones que correspondan, solo podrán ser requeridas respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO o HEREDEROS LEGALES. Las acciones legales que se podrán adoptar serán una demanda civil y/o una denuncia penal según corresponda.

ARTÍCULO 15°.- 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** como consecuencia de un accidente producido y/u ocasionado por un tercero, es decir, la subrogación es respecto de los gastos efectuados por asistencia médica. La subrogación aplicará, de igual forma, contra el médico, en los casos que se presente negligencia médica, mala praxis o complicaciones médicas no esperadas.

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 aludida, 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 16°.- 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:

- 16.1 Por vía telefónica:** A través de la Central de Consultas descrita en el Resumen de la presente Póliza de Seguro.
- 16.2 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 17°.- 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 18°.- 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 el Resumen de la Póliza y en el Certificado de Seguro.

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.

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 19°.- MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a

Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la Jurisdicción Arbitral, siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, entre otros según corresponda.

ARTÍCULO 20°.- PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

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

ARTÍCULO 21°.- 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 22°.- CONDICIONES PARA SER ASEGURADO:

Se denomina ASEGURADO a la persona incorporada como tal en esta Póliza que forme parte del convenio de Formación Laboral o Convenio de Prácticas Profesionales, desde los dieciséis (16) años y que no haya cumplido los treinta y nueve (39) años de edad al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.

- 22.1.** Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, residan permanentemente en el Perú, un total de nueve meses durante el año de vigencia.
- 22.2.** El límite de permanencia para los ASEGURADOS será al cumplir los treinta y nueve (39) años de edad. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia anual, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de la ASEGURADORA. Las limitaciones por edad máxima de permanencia serán de aplicación para el ASEGURADO en el momento de la inscripción.

ARTÍCULO 23°.- CATEGORIAS DE TRABAJO:

- a) **Trabajo Administrativo.-** Personas que se ocupan del trabajo de oficina, estudios, tiendas, almacenes de exhibición o venta al público, científicas y técnicas para enseñanza. No incluye a las que realizan trabajo manual, que viajan con frecuencia por sus deberes profesionales (más de una vez al mes) o efectúan visitas a clientes locales.
- b) **Manuales Técnicos.-** Personas con ocupaciones técnicas u otras, principalmente de Supervisión, con trabajo manual eventual, o que trabajen manualmente sin uso de maquinarias o que viajen constantemente y visitan fábricas, talleres y obras.
- c) **Alto Riesgo.-** Personas que tienen ocupaciones técnicas y/o manuales con uso de maquinarias o sustancias peligrosas o que manipulan conductos de alta tensión, explosivos y similares.

ARTÍCULO 24°.- EXTENSIÓN DEL SEGURO:

El presente Seguro cubre contra las consecuencias producidas directa y exclusivamente por accidentes y enfermedad que pudieran ocurrir al ASEGURADO:

- A. En el ejercicio de la profesión u oficio declarados;
- B. En el curso de su vida privada;
- C. Durante la permanencia en la República del Perú;

- D. Durante el uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, lacustre, fluvial, marítimo o aéreo, en vehículos que pertenezcan a una empresa comercial autorizada y recorran itinerarios regulares y fijos, y los que ocurran en el empleo regular, como conductor o pasajero, de vehículos automotores de uso particular;
- E. Durante la práctica como aficionado de las siguientes actividades: Atletismo, bochas, bolos, ciclismo, deporte náutico a vela, esgrima, frontón, fulbito, gimnasia, golf, handball, natación, patinaje, pesca (salvo submarina y/o en alta mar), remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, voleibol y waterpolo.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente:

- A. La asfixia e intoxicación por vapores o gases o cualquier otra sustancia análoga, o por inmersión y obstrucción, y la electrocución;
- B. Los casos de rabia y epidemias, producidos por mordeduras de animales, picaduras de insectos venenosos o propagación de virus;
- C. El carbunco o tétanos de origen traumático;
- D. Las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por la presente Póliza;
- E. Los causados por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico, como fracturas, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices, hernias),
- F. Los que resulten del ejercicio de la legítima defensa del ASEGURADO legalmente establecida.
- G. Los accidentes ocasionados por fenómenos de la naturaleza, tales como sismo, maremoto, creciente impetuoso de ríos y arroyos, alud, huaico, erupciones volcánicas, inundaciones y granizadas.

ARTÍCULO 25°.- PERIODO DE INSCRIPCIÓN, INICIO DEL SEGURO Y EXCLUSIÓN:

El ASEGURADO, podrá inscribirse bajo esta Póliza, siempre que no hubiera excedido la edad límite de permanencia, indicada en el artículo 22 del presente documento y en las Condiciones Particulares, al momento de su inscripción y hubiera cumplido con los requisitos de afiliación correspondientes, siendo obligatorio el llenado completo de la Solicitud de Seguro y la Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos que le suministre la ASEGURADORA.

- a) Si se encuentra activamente trabajando, podrán inscribirse durante el período de inscripción fijado por el Contratante, de mutuo acuerdo con la ASEGURADORA.
- b) Si ha sido incorporado (nuevos asegurados), luego de cerrado el período de inscripción, podrá inscribirse durante un plazo máximo de treinta días.

- c) Si no se encuentra activamente trabajando en la fecha de inicio de la Póliza podrá inscribirse dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se reincorpore a sus labores normales.

ARTÍCULO 26°.- PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

26.1. PERIODO DE CARENCIA:

No aplica período de carencia

26.2. PERIODO DE ESPERA:

No aplica período de espera.

ARTÍCULO 27°.- 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 Anual por ASEGURADO indicado en el Plan de Beneficios del Condicionado Particular. Los pagos que se efectúen por concepto de cualquier beneficio adicional, no disminuyen el Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO.

El término “Gastos Cubiertos” según se emplea en la póliza se refiere a los gastos usuales, acostumbrados y razonables, incurridos por un ASEGURADO, y tomando como base los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar, los cuales se encuentran detallados en el Tarifario Rimac, y 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 Cláusulas 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.

El tipo de beneficio y los términos que apliquen a cada cobertura se establecerá en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 28°.- 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 de curación por accidente y/o enfermedad cubiertos son:

28.1. HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

- 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) Alquiler de silla de ruedas, pulmón de acero y otros aparatos o dispositivos médicos, siempre que un médico ratifique que tal alquiler es necesario para el tratamiento respectivo del ASEGURADO.
- d) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario o ambulatorio, por ayudantía y por anestesista.

El Plan de Beneficios es el documento que detalla expresamente las coberturas con las que cuenta el ASEGURADO, por lo que, en caso que exista alguna discrepancia entre la información contenida en la Póliza y el Plan de Beneficios, éste último es el que prevalecerá para todos los casos.

28.2. CENTRAL DE EMERGENCIAS Y ASISTENCIAS

28.2.1 MEDICO A DOMICILIO: ATENCION AMBULATORIA PARA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES

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

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse llamando a nuestras centrales telefónicas de acuerdo a lo indicado 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 Asistencias y Emergencias también podrán ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado.

28.2.2 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 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 de atención.

28.2.3 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 el 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 podrán gozar de este beneficio los asegurados que hayan contratado el Deducible Adicional por enfermedad o accidente.**

No se cubren certificados de atención.

28.2.4 ORIENTACION MÉDICA TELEFONICA

La Central de Emergencias y Asistencias es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atender a los asegurados de Rimac las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 días del año. Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro 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% 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% siempre que se continúe en tratamiento en la misma clínica y hasta un plazo máximo de 90 (noventa) días.

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

28.4. OFTALMOLOGIA

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

28.5. TRASLADO AEREO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Cubre los gastos por traslado en avión de línea comercial de pasajeros nacionales, únicamente cuando por una emergencia el ASEGURADO tiene que ser evacuado 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.

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 un acompañante.

28.6. 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.

En caso que esta cobertura se preste en la modalidad de crédito, los familiares directos del ASEGURADO fallecido deberán solicitar la Carta de Garantía a Rimac Seguros a través de la funeraria elegida, presentando el certificado de defunción y el presupuesto del proveedor. El tiempo de demora en la emisión de la Carta de Garantía será de máximo tres (3) horas.

En caso que esta cobertura se preste en la modalidad de reembolso, los familiares directos del ASEGURADO fallecido deberán presentar los documentos que sustenten haber realizado el gasto. Todos los servicios deberán ser facturados a RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (RUC N° 20100041953).

El límite y las condiciones de este beneficio es el señalado en el Plan de Beneficios de esta Póliza. La forma de acceder a esta cobertura (crédito o

reembolso) es de libre elección para el solicitante y será indicada en el Plan de Beneficios.

28.7. 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.

28.8. PROTESIS INTERNAS QUIRURGICAMENTE NECESARIAS

Cubre el valor de las prótesis internas quirúrgicamente necesarias en aquellos tratamientos por accidente y/o enfermedad que las requieran, de acuerdo a las condiciones señaladas hasta el límite indicado en el Plan de Beneficios. No se cubren prótesis dentales, ni a consecuencia de accidente.

28.9. CHEQUEO MEDICO

Ampara la cobertura de chequeo médico, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

28.10. CONSULTA DE SEGUNDA OPINION POR CIRUGIA

En caso el ASEGURADO requiera ser sometido a una intervención quirúrgica, la ASEGURADORA cubrirá al 100%, el costo de una segunda consulta por un médico especialista, sin perjuicio del resultado del segundo diagnóstico.

28.11. 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.

ARTÍCULO 29°.- 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. El otorgamiento de los Beneficios Adicionales será de conocimiento del ASEGURADO cuando reciba el mencionado Plan de Beneficios. Asimismo, las modificaciones que éstos puedan sufrir o el retiro de los mismos de una vigencia a otra, serán de conocimiento del ASEGURADO ingresando a la página web de Rimac Seguros (www.rimac.com.pe).

El ASEGURADO podrá disponer de los siguientes Beneficios Adicionales a partir del inicio de vigencia de la póliza.

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. El detalle del beneficio se encuentra establecido en la página web: www.rimac.com.pe.

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. El detalle de estos descuentos se encuentran establecidos en la página web: www.rimac.com.pe

ARTÍCULO 30°.- 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.

ARTÍCULO 31°.- INDEMNIZACIONES POR LESIONES FUERA DEL MANUAL:

De presentarse algún caso que no estuviese contemplado en la Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente referido en el inciso B del Artículo 31° precedente, que pudiese generar alguna controversia, será sometido a la opinión del Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 32°.- INDEMNIZACIONES A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE:

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Muerte e Invalidez Permanente. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Permanente, la ASEGURADORA deducirá de la suma asegurada por Muerte la indemnización pagada por Invalidez Permanente.

ARTÍCULO 33°.- INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES SUCESIVOS:

Si el ASEGURADO sufriera varios accidentes sucesivos durante la vigencia de la Póliza, las indemnizaciones fijadas por Invalidez Permanente no podrán exceder en conjunto del 100% de la suma asegurada por este concepto; pero las indemnizaciones por Gastos de Curación se pagarán independientemente y sin perjuicio de las indemnizaciones que puedan corresponder para los casos de Muerte y/o Invalidez Permanente.

ARTÍCULO 34°.- EXCLUSIONES:

La presente Póliza no cubre causas, consecuencias, ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico no cubierto por este plan, 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, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>)). 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. Las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes, no serán considerados preexistentes si cumplen con lo establecido en la Ley N° 28770, Ley que Regula la Utilización de las Preexistencias en la Contratación de un Nuevo Seguro de Enfermedades y/o Asistencia Médica.**

- 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 pre-existentes 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 el Plan 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 ASEGURADORA.**
- 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, Presión Positiva Continua de Vía Aérea - 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 sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA (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, siendo estos 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 que el ASEGURADO sufra cualquier tipo de accidente 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 siendo estos 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 horas posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con la ASEGURADORA.**
- 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 automedique, 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, suplementos nutricionales, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas fórmulas magistrales o suplementos nutricionales, medicina china, y medicina homeopática.**

- 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 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.**
- cc. **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.**
- dd. **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.**
- ee. **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.

- ff. 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.**
- gg. Accidentes producidos a consecuencia de 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, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.**
- hh. 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.**
- ii. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.**
- jj. Lesiones producidas voluntariamente por el asegurado o en estado mental insano del asegurado o suicido, intento de suicido, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa, hecho que deberá ser acreditado mediante una resolución judicial o que de la descripción de los hechos indicados en la denuncia o atestado policial se determine que las lesiones fueron producto de legítima defensa.**
- kk. 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 u otros modificadores de la respuesta biológica. También se considera excluida la inmunoterapia.**

- 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, inciso 29.1).

ARTÍCULO 35º.- AVISO DE EMERGENCIA

- 35.1. La ASEGURADORA brindará atención, por medio de la red de proveedores de servicios de salud descrito en el Plan de Beneficios, 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.
- 35.2. En caso que la atención de emergencia se haya realizado en un proveedor de salud que no se encuentre incluido en el Plan de Beneficios, la ASEGURADORA no cubrirá dichos gastos, ni efectuará el reembolso alguno. Sólo procedería la cobertura de reembolso en caso que la atención por emergencia se haya prestado en zonas alejadas en provincias en donde no existan centros afiliados, siempre y cuando la atención se haya dado dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia. En este sentido, el plazo para dar aviso del siniestro y proceder con el reembolso será de siete (7) días desde la ocurrencia de la emergencia o desde que el asegurado tiene conocimiento del beneficio, conforme al artículo 3º del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros.

ARTÍCULO 36º.- AVISO DE ACCIDENTE Y DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios, producido un accidente amparado en virtud de esta Póliza, están en la obligación de comunicarlo a la ASEGURADORA, mediante carta, o correo electrónico, dentro de los treinta (30) días hábiles de ocurrido, o conocido el beneficio. El plazo establecido en la presente cláusula no afecta el derecho del ASEGURADO y/o Beneficiario/s a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en el marco normativo vigente.

La ASEGURADORA dará por recibido el aviso respectivo aún con posteridad al plazo indicado anteriormente, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tal indicado plazo.

DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

36.1. MUERTE ACCIDENTAL

Los Beneficiarios, o a falta de estos últimos, los Herederos Legales, ya sea en nombre propio, o a través de El CONTRATANTE, deberán presentar a la ASEGURADORA los siguientes documentos en original o Certificación de Reproducción Notarial (copia legalizada):

- a) Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO
- b) Certificado de Defunción del ASEGURADO
- c) Atestado policial, en caso corresponda.
- d) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
- e) Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- f) Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.
- g) Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito).
- h) Cualquier otro documento que la ASEGURADORA estime conveniente, los cuales deberá solicitar dentro de los veinte (20) primeros días de los treinta (30) días de plazo que tiene LA ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, luego de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el pago del siniestro, esto en función a los plazos contemplados para la solicitud de información adicional y complementaria señalados en el artículo 11° del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestro.

36.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL POR ACCIDENTE

El ASEGURADO ya sea en nombre propio, o a través de El CONTRATANTE, deberá presentar a la ASEGURADORA los siguientes documentos en original o certificación de reproducción notarial:

- a) Documento de Identidad del ASEGURADO
- b) Dictamen de Invalidez de la Comisión Medica Evaluadora de Incapacidades del MINSA O ESSALUD.
- c) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
- d) Atestado Policial, en caso corresponda, o Declaración Jurada del Accidente (en caso sea un Accidente Común).
- e) Dosaje Etílico en caso la Invalidez sea consecuencia de un accidente de tránsito.
- f) Informe Médico completo e Historia Clínica del ASEGURADO (foliada y fedateada).

Todos los documentos detallados anteriormente no deberán tener una antigüedad mayor de 3 (tres) meses.

**ARTÍCULO 37º.- FORMAS DE ACCEDER A LAS COBERTURAS:
CREDITOS Y REEMBOLSOS:**

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

37.1. 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 en salud afiliado a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios. 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 –coberturas de carácter hospitalario, cirugías de día, sepelio u oncología- por parte de la ASEGURADORA, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Deducibles y Copagos a cargo del ASEGURADO. El proveedor de servicios en salud afiliado será el encargado de solicitar a la ASEGURADORA la emisión de la respectiva carta de garantía.

37.2. REEMBOLSO (después): Aplica cuando el ASEGURADO ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad, por lo cual, solicita que le sean reintegrados los gastos en los que incurrió.

En el reintegro de los gastos incurridos se le descontarán los montos por concepto de Deducible y Copagos objeto de la cobertura.

Los reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO, de conformidad con la tarifa de reembolso y los toques de consulta indicados en el Plan de Beneficios.

Los reembolsos, exceptuando las atenciones de emergencia descrita en el Art. 38° del presente Condicionado General (ya sean accidentales o no accidentales), podrán aplicarse por atenciones ocurridas en proveedores en servicios en salud afiliados o no a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios.

Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base a los costos y tarifas normales en el Perú para un caso similar (se tomará como referencia el tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe).

Para acceder a la cobertura de reembolso, el ASEGURADO deberá presentar a la ASEGURADORA la Solicitud de Reembolso debidamente llenada, conforme a los formatos que ésta le suministrará a su requerimiento o que puede obtener de la web: www.rimac.com.pe.

El ASEGURADO deberá adjuntar en original, a la Solicitud de Reembolso, todos los comprobantes de pago de los gastos incurridos, el informe del médico tratante, indicaciones y recetas médicas, los resultados de análisis, radiografías o pruebas especiales relacionadas con el tratamiento recibido y en caso de atención hospitalaria, se debe presentar la historia clínica completa.

Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.

La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde la fecha de terminación de la atención en salud o desde que se conoce el beneficio. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa.

En caso de demora no dolosa en la que la ASEGURADORA sufra un perjuicio debido a que el ASEGURADO incumpla, por culpa leve, con la obligación de dar aviso a la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados, esta podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro. Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a un caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del reembolso dentro de los treinta (30) días calendarios de recibida la Solicitud de Reembolso completa. Dicho período comprende:

- Solo en los primeros veinte (20) días puede solicitar información adicional.
- Se suspende el plazo de pronunciarse hasta que presente la información adicional solicitada.

En caso que la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficientes sobre la procedencia del siniestro o para la adecuada determinación de su monto, y el asegurado no apruebe, en el caso específico, la ampliación de dicho plazo, la ASEGURADORA podrá presentar solicitud debidamente justificada por única vez y, requiriendo un plazo no mayor al original, a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, dentro de los referidos 30 días.

Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios se considera consentido el reembolso.

Una vez consentido el reembolso la ASEGURADORA tiene treinta (30) días calendarios para reintegrar los gastos al ASEGURADO. En caso de no cumplir con dicho plazo se aplica un interés moratorio anual de 1.5 veces la tasa promedio para las operaciones activas en el Perú.

En caso de muerte del ASEGURADO, luego de presentada la Solicitud de Reembolso y en caso ésta sea consentida, el reintegro de los gastos será realizado a los herederos legalmente constituidos del ASEGURADO.

ARTÍCULO 38.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

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

38.1. ATENCIONES DE EMERGENCIA MEDICA: EI ASEGURADO tendrá que:

- a) De ocurrir la emergencia, 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.

38.2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS EN EL PERU POR CRÉDITO: EI 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 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.

El presente seguro no cubre tratamientos en el extranjero.

ANEXO A

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ASEGURADO ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura Incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%
Pérdida total de los ojos	100%
Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100%
Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100%
Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100%
Pérdida completa de una mano y de un pie o de un brazo y un pie	100%

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

MIEMBROS SUPERIORES

	DER.	IZQ.
Pérdida de un brazo (arriba del codo)	75%	60%
Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	6%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
Pérdida del dedo índice	16%	14%
Pérdida del dedo medio	12%	10%
Pérdida del dedo anular	10%	8%
Pérdida del dedo meñique	6%	4%

MIEMBROS INFERIORES

Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%
Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%
Pérdida de un pie	35%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%

Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms	8%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%

Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionados.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de la seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido, por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte, cada falange, si se tratare de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdidos, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% del Capital Asegurado.

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del ASEGURADO.

En caso de constar en la solicitud que el ASEGURADO ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.