

## **PREGUNTAS FRECUENTES:**

### **¿En caso de emergencia a qué números debo comunicarme?**

En caso de emergencias podrás comunicarte con nuestra central de Emergencias y Asistencias al 411 – 1111 para Lima y (0800) 41-111 en caso de provincia.

### **¿Quiénes se pueden asegurar a la póliza de Asistencia Médica Colectiva Conveniente?**

Se podrán asegurar a la póliza de Asistencia Médica Colectiva Conveniente trabajadores de una empresa, miembros de organizaciones, clubes o asociaciones.

El Titular podrá asegurar a:

- Conyugue o conviviente: sin límite de edad de ingreso o permanencia
- Hijos reconocidos legalmente: hasta los 25 años de edad al momento de la inscripción y con permanencia máxima de 26 años.

### **¿Cómo puedo afiliar a un dependiente?**

Deberás presentar:

- Llenar la solicitud de afiliación y declaración personal de salud.
- Presentar copia de DNI para peruanos y Carné de Extranjería para extranjeros.
- En caso de cónyuges se deberá presentar copia del Acta de Matrimonio con una antigüedad no mayor a 30 días. .

Así mismo, deberás considerar lo siguiente:

- Los dependientes podrán inscribirse bajo en la póliza, siempre que no hayan excedido la edad límite fijada para la inscripción
- Los nuevos dependientes que se inscriban después de entrar en vigencia del contrato, quedarán asegurados a partir del primer día del mes siguiente al que se solicite la inscripción.
- En los casos en que el titular hubiera retirado un dependiente, podrá solicitar su re- inscripción, sujeta a la previa aceptación de **Rimac Seguros**, y quedará asegurado a partir del primer día del mes siguiente al que solicite la reinscripción.

## **¿Cómo puedo afiliar a un recién nacido?**

Para incluir a un recién nacido solo deberás presentar la Declaración Personal de Salud debidamente llenada, el DNI o partida de nacimiento.

## **¿Qué es una preexistencia?**

Llamamos preexistencia a cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un médico colegiado y que es conocida por el asegurado. Esta condición aún no ha sido resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Personal de Salud – DPS.

Por el contrario a las enfermedades preexistentes, se considera una enfermedad resuelta a aquella que luego de haber recibido un tratamiento médico, no presenta ninguna evidencia médica de la enfermedad.

## **¿Qué es el periodo de Carencia?**

Es el periodo inicial en el cual, las enfermedades que le ocurran o le sean diagnosticadas al asegurado no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la póliza ni en sus renovaciones. Este periodo es de 30 días a partir de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza de Asistencia Médica Colectiva Conveniente, a excepción de emergencia accidental y los siguientes diagnósticos: apendicitis, accidente cerebro vascular, torsión testicular e infartos al miocardio.

## **¿Qué es el periodo de Espera?**

Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no están activas. Culminado este periodo, Rimac otorgará cobertura de atenciones. Por ejemplo, el tiempo de espera de Maternidad es de 10 meses

## **¿Me puedo exonerar del periodo de carencia?**

Los asegurados podrán exonerarse del periodo de carencia si cumple con las siguientes condiciones:

- En caso de renovación automática de la póliza no aplicarán los periodos de carencia ni espera.
- Asegurado Dependiente cuyo nacimiento hubiere sido amparado por la Póliza de Asistencia Médica Contratada y siempre que fuera inscrito en la Póliza, dentro de un periodo máximo de treinta (30) días, contados a partir de su nacimiento.
- En caso el asegurado hubiere tenido contratada anteriormente otra Póliza de Asistencia Médica, por un periodo no menor de un año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de vigencia de

esta Póliza, la COMPAÑIA exonerará de los Periodos de Carencia y Espera. Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la Solicitud de inscripción del Seguro, copia de la Póliza de Seguro anterior y el detalle de los siniestros incurridos.

### **¿Los recién nacidos tienen periodo de carencia?**

Al inscribir a un recién nacido dentro del plan de beneficios, éste podrá gozar de la exoneración del periodo de carencia y cobertura de enfermedades congénitas, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Nacimiento dentro de la vigencia del Plan de Salud
- Inscripción del Recién Nacido dentro de los 30 días (calendarios)

Si el recién nacido es inscrito en fecha posterior a los 30 días, ingresaría como una afiliación NUEVA, es decir deberá adjuntar la ficha de DPS y tendrá periodo de carencia y de espera.