

SEGURO ASISTENCIA MÉDICA COLECTIVA- MODALIDADES FORMATIVAS LABORALES

RESUMEN

1. PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR RECLAMOS, COBERTURA, TELÉFONOS Y UBICACION:

- Oficina Principal: Av. Las Begonias N° 475, San Isidro, Lima.
- Central de Emergencias y Asistencias (Perú): (01) 411-11111.
- Central de Consultas y Reclamos: (01) 411-1000.
- Correo Electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe.
- Página Web: www.rimac.com.

2. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

Las primas y sus montos serán descritos en el Plan de Beneficios que figura como anexo.

El monto a pagar, será la suma de las primas que corresponda de cada uno de los ASEGURADOS incluidos en esta Póliza.

Puedes efectuar el pago:

- En ventanilla o a través de la web de los siguientes canales: BBVA Banco Continental, Banco de Crédito, Scotiabank, Interbank y Cadenas Wong y Metro (www.bbvabancocontinental.com; www.viabcp.com; www.scotiabank.com.pe; www.interbank.com.pe);

- Afiliando tu cuenta bancaria o tu tarjeta de crédito al sistema de débito automático;

- O, pagando directamente en nuestras plataformas Rimac:

Lima: - Av. Paseo de la República 3082, San Isidro.

- Av. Paseo de la República 3505, San Isidro.

- Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

Arequipa: - Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito.

Cajamarca: - Jr. Belén 676-678.

Chiclayo: - Av. Salaverry 570, Urb. Patazca

Cusco: - Calle Humberto Vidal Unda G-5, Urb. Magisterio 2da. Etapa

Huancayo: - Jr. Ancash 125

Iquitos: - Jr. Putumayo 501

Piura: - Calle Libertad 450-454

Trujillo: - C.C. Mall Aventura Plaza – Local 1004. Av. América Oeste No.750, Urb. El Ingenio

3. MEDIOS, PLAZOS ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO:

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:

- I. **CRÉDITO (antes):** Son los gastos a cargo del **ASEGURADO** directamente en un proveedor de servicios en salud, afiliado a la red de proveedores de Rimac, señalada en el Plan de Beneficios, para poder acceder a las coberturas de la presente Póliza, los cuales se derivan en Deducibles y Copagos.

Cada atención médica corresponde a un acto médico y por lo tanto, cada atención está sujeta al pago de un Deducible, y Copagos de ser necesario.

Es factible que para algunas coberturas, sea necesaria la emisión de Cartas de Garantía por parte del proveedor de servicios en salud dirigido a la **ASEGURADORA**, previas a la atención en salud, sin perjuicio de los Deducibles y Copagos a cargo del **ASEGURADO**.

Los gastos en exceso de los Deducibles y Copagos serán asumidos con la **ASEGURADORA** directamente a dichos proveedores de servicios en salud solo hasta el límite de la Suma Asegurada. El procedimiento para crédito se encuentra detallado en el artículo 32 del presente condicionado.

- II. **REEMBOLSO (después):** Aplica cuando el **ASEGURADO** ha recibido la prestación en salud y no activó la cobertura del presente seguro en dicha oportunidad a través de crédito, 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 lo indicado en la Tabla de Plan de Beneficios. El procedimiento para reembolso se encuentra detallado en el artículo 32 del condicionado general.

Las coberturas al crédito establecidas en la presente póliza se otorgarán únicamente a través de aquellos proveedores que se encuentren detallados en el Plan de Beneficios. Las coberturas vía reembolso operarán para ambos casos, es decir a través de centros médicos afiliados y centros médicos o especialistas que no formen parte de nuestra red.

4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA:

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

- I. **ATENCIONES DE EMERGENCIA MÉDICA POR CRÉDITO: EI ASEGURADO tendrá que:**

- a) **Presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.**

Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora Dolosa. En caso de demora No Dolosa se puede reducir el monto de la prestación en salud por el perjuicio ocasionado en poder verificar o determinar las causas o circunstancias que generó la demora.

- b) **Presentar su documento de identidad o carné del Seguro.**
- c) **El médico de servicio al momento de la atención determinará el tipo de emergencia (accidental o no accidental).**

II. 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 o carné del Seguro.**
- c) **En caso de Atención Ambulatoria deberá abonar el importe correspondiente al Deducible y Copago de la cobertura, en caso corresponda. La atención ambulatoria tendrá una vigencia de siete (7) días calendario desde iniciada la consulta médica así como para los procedimientos, medicamentos u órdenes de exámenes auxiliares indicados en dicha atención. Una vez cumplido el plazo indicado, el ASEGURADO deberá coordinar una nueva Atención Ambulatoria, abonando para este fin el monto del Deducible y Copago respectivo, en caso corresponda.**
- d) **En caso de Atención Hospitalaria, el proveedor de servicios en salud deberá solicitar a la ASEGURADORA una Carta de Garantía cuyo plazo máximo para la emisión es de 1 semana, 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. La Carta de Garantía será gestionada por el proveedor de servicios de salud. En caso de aprobación el ASEGURADO podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, Deducibles y Copagos respectivos.**

III. ATENCIONES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS POR REEMBOLSO: EI ASEGURADO tendrá que:

- a) **Una vez terminado la atención en salud, 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.

- b) **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 original o copia fedateada, según corresponda y sea factible. Solo se aceptan facturas a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, RUC N° 20100041953 y recibos por honorarios a nombre del ASEGURADO.**
- c) **Los gastos incurridos por atenciones médicas en el Perú serán cubiertos y reconocidos en base al tarifario Rimac Seguros, disponible en nuestra página web: www.rimac.com.pe, ingresando a la opción Empresas, Formación Laboral Juvenil, y Solicitud de Reembolso.**
- d) **La Solicitud de Reembolso debe ser presentada en el plazo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de consulta, en los lugares indicados en el Resumen de la presente póliza. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora Dolosa.**

En caso la ASEGURADORA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el ASEGURADO, o requiera solicitar al ASEGURADO, a su cargo, exámenes médicos adicionales realizados por un profesional de su elección deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días que tiene la ASEGURADORA para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro, lo cual suspenderá dicho plazo hasta que presente toda la documentación e información solicitada.

- e) **Si la ASEGURADORA no se pronuncia dentro de los treinta (30) días calendarios, de haber recibido la documentación completa, se considera consentido el reembolso.**
- f) **Sin perjuicio de lo antes señalado, cuando la ASEGURADORA requiera contar con un plazo mayor para realizar investigaciones adicionales u obtener evidencias suficiente 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 dentro de los referidos treinta días

- g) 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.
- h) 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.

IV. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL: EI CONTRANTE y/o Beneficiarios del ASEGURADO deberán:

- a) Dar aviso a la ASEGURADORA del fallecimiento del ASEGURADO en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, siempre que su causa adecuada fuera un accidente amparado por la presente Póliza. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Sin embargo, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. 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.

En caso de demora no dolosa se puede reducir el monto del reembolso por el perjuicio ocasionado en poder verificar o determinar las causas o circunstancias que lo generó, lo cual deberá ser acreditado fehacientemente por la ASEGURADORA.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a La ASEGURADORA.

- b) Inmediatamente después de dar el aviso del siniestro, deberán presentar los siguientes documentos en original o copia legalizada:
 - i) Acta o Partida de Defunción del ASEGURADO.
 - ii) Certificado de Defunción del ASEGURADO.

- iii) Conclusión de la investigación Fiscal o policial, del ser el caso.
 - iv) Atestado policial. (en caso corresponda)
 - v) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
 - vi) Protocolo de Necropsia. (en caso corresponda)
 - vii) Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas. (en caso corresponda)
 - viii) Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y fuera el ASEGURADO quien conducía el vehículo).
 - ix) Documento de Identidad de los Beneficiarios.
 - x) Certificado domiciliario de los Beneficiarios menores de edad.
 - xi) Cualquier otro documento que la ASEGURADORA estime conveniente. (según los plazo indicados en el inciso III d)
- Todos los documentos anteriores no deberán tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

- c) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, para lo cual son aplicables los literales e), f), g) y h) del numeral III precedente.

V. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL O PARCIAL: EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán:

- a) Dar aviso a la ASEGURADORA del accidente del ASEGURADO en el plazo de siete (7) días calendarios contados desde producido el hecho o desde que se toma el conocimiento del beneficio, siempre que su causa adecuada fuera un accidente amparado por la presente Póliza. Si se excede el plazo anterior no es causal de rechazo, excepto por demora dolosa. Sin embargo, la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo. 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.

En caso de demora no dolosa se puede reducir el monto del reembolso por el perjuicio ocasionado en poder verificar o determinar las causas o circunstancias que lo generó, lo cual deberá ser acreditado fehacientemente por la ASEGURADORA.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a La ASEGURADORA.

b) Inmediatamente después de dar el aviso del siniestro, deberán presentar los siguientes documentos en original o copia legalizada:

- i) Documento de Identidad del ASEGURADO y sus Beneficiarios.
- ii) Original del Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA O ESSALUD.
- iii) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
- iv) Atestado Policial. (en caso corresponda)
- v) Dosaje Etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito y fuera el ASEGURADO quien conducía el vehículo).
- vi) Informe Médico completo e Historia Clínica del ASEGURADO (foliada y fedateada).

Todos los documentos anteriores no deberán tener una antigüedad mayor a 3 (tres) meses.

c) La ASEGURADORA debe pronunciarse respecto de la procedencia del siniestro, para lo cual son aplicables los literales e), f), g) y h) del numeral III precedente.

5. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS E INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

Los mecanismos de solución de controversias y asimismo, las instancias para presentar consultas y reclamos se encuentran detallados en el artículo décimo octavo del Capítulo I del Condicionado General.

6. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMOS, CONSULTAS Y/O DENUNCIAS:

Son las siguientes:

- **Defensoría del Asegurado:**

www.defaseg.com.pe

Lima:(01) 446-9158.

Arias Aragüés 146, San Antonio Miraflores, Lima.

- **INDECOPI:**

www.indecopi.gob.pe

Lima: (01) 224-7777.

Teléfono gratuito de Provincias: 0-800-4-4040.

SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima.

SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima.

- **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP – SBS:**

www.sbs.gob.pe

Los Laureles 214, San Isidro - Lima 27 - Perú | Teléfono (511) 630-9000 / Fax: (511) 630-9239.

AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma.

PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau.

Consultas y Denuncias: 0800-10840 | (511) 630-9000 y 200-1930 Anexo 9..

7. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, el **ASEGURADO** se encuentra obligado a informar a **LA ASEGURADORA** los hechos o circunstancias que agraven el riesgo asegurado, conforme lo estipula el artículo séptimo (numerales 7.4. y 7.5.) del Capítulo I del Condicionado General.

8. RIESGOS CUBIERTOS:

Los riesgos cubiertos se encuentran detallados conforme lo establece el artículo vigésimo noveno del Capítulo II del Condicionado General y en el Plan de Beneficios del Certificado de Seguro, siendo los principales riesgos cubiertos los siguientes:

- Atenciones hospitalarias y ambulatorias
- Oncología
- Oftalmología
- Atención médica para desastres naturales

9. EXCLUSIONES:

Las exclusiones son las detalladas en el artículo trigésimo del Capítulo II del Condicionado General, siendo las principales exclusiones las siguientes:

- 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.
- Cirugía estética o plástica o reconstructiva y/o sus complicaciones, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente amparado y cuyos gastos fueran cubiertos por la presente Póliza. No están cubiertas las cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, várices con fines estéticos, escleroterapia en várices, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso. Tampoco se cubren colocación o retiro de tatuajes ni piercings.
- Compra de sangre, plasma, plaquetas, paquetes globulares y cualquier otro derivado dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Excepto, las pruebas de compatibilidad y los insumos necesarios para la transfusión de sangre.

- Trasplante de órganos y tejidos y su costo. No están cubiertos tampoco los implantes cocleares ni los implantes de células madre en cualquier zona anatómica.

10. ASEGURADOS Y PERMANENCIA EN EL SEGURO:

Los límites de ingreso y permanencia en la presente Póliza se encuentran detallados en el artículo vigésimo primero del Capítulo II del Condicionado General.

11. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL:

El procedimiento y plazo para solicitar la resolución contractual se encuentra estipulado en el artículo sétimo del Capítulo I del Condicionado General, adicionalmente, el mismo señala que el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** podrá unilateralmente y sin expresión de causa resolver el Contrato de Seguro y el Certificado, respectivamente.

12. DERECHO DEL CONTRATANTE DE ACEPTAR O NO LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES PROPUESTAS POR LA ASEGURADORA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO:

Durante la vigencia del contrato la **ASEGURADORA** no puede modificar los términos contractuales pactados, conforme lo estipula el literal C. del artículo quinto del Capítulo I del Condicionado General.

13. CARGAS:

El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.