

Hola,

Desde este momento ya te encuentras protegido con el Seguro Salud a tu Alcance brindado por RIMAC.

Te detallamos tus principales coberturas y asistencias:



Consulta Médica en todas las especialidades (co-pago S/8.00) y medicamentos Gratuitos.



Chequeo Oncológico Preventivo Anual.



Consulta Médica por Videollamada.



Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente, S/100 por cada día hospitalizado (máx. 30días).



S/35,000 de indemnización por primer diagnóstico de Cáncer o por Quemaduras Graves.



Te brindamos S/1,000 para que celebres los momentos más importantes de tu vida (aplica para: nacimiento de un hijo, casamiento del titular asegurado o graduación de estudios superiores).

¿Qué no cubrimos?

- Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro.
- Enfermedades que se hayan diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura.

Periodo de Carencia (Etapa en la cual no se atenderán las coberturas y/o asistencias):

- Para el plan de asistencias el periodo de carencia es de 30 días calendarios contando desde la contratación de tu seguro.
- Sólo para la cobertura oncológica, asistencia oncológica, médica preventiva y eventos de la vida el periodo de carencia es de 90 días calendarios.

¿Cómo uso mi seguro?

Si deseas hacer uso de las Asistencias o para cualquier otra consulta comunícate al 411-1111 opción 0 para emergencias y opción 2 otras consultas médicas. Atención las 24 horas los 365 días del año donde te atenderemos gustosamente.

Recuerda que la cobertura de tu seguro se activará siempre y cuando estés al día en tus pagos. Revisa las condiciones de tu seguro en el certificado adjunto para conocer el detalle de tus asistencias, lo que cubrimos y en qué casos no aplica tu seguro (exclusiones).



SOLICITUD - CERTIFICADO SALUD A TU ALCANCE

Código SBS: AE0506410276 (SOLES)
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

Póliza

Nº DE CERTIFICADO	IMPORTE DE LA PRIMA COMERCIAL TOTAL (inc. IGV)	MONEDA
FORMA DE PAGO/RENOVACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	INICIO DEL SEGURO
OFICINA GESTORA	CÓD. VENDEDOR	CTA N°/TARJETA DE CARGO

Vigencia del Seguro es mensual o anual de renovación automática de acuerdo al plan contratado.

IMPORTANTE:
<p>Este Certificado de Seguro cubre el riesgo que se le presente una enfermedad oncológica con posterioridad a la fecha de contratación de este producto. Por tanto, considere que la declaración que realizará, en caso no se ajuste a la verdad, será causal de nulidad del mismo.</p> <p>Si Usted conoce de algún evento que se contradiga con la declaración que suscribirá a continuación, le sugerimos abstenerse de firmar el presente documento.</p>

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO RESPECTO DE SU ESTADO DE SALUD Y DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES
<p>El Asegurado Titular declara conocer el estado de salud de los Asegurados Dependientes incluidos en el presente producto.</p> <p>El Asegurado Titular declara que, sobre su persona, y sobre los Asegurados Dependientes, no han sido diagnosticados, ni recibido tratamiento, ni conocen tener o padecer o haber padecido cáncer o tumor maligno o enfermedad oncológica, o se realizarán o se encuentran realizando pruebas o exámenes de descarte de enfermedades oncológicas.</p> <p>Asimismo, el Asegurado Titular declara en nombre propio, y en nombre de los Asegurados Dependientes que no fuman ni han fumado diariamente una cantidad igual o mayor a veinte (20) cigarrillos en los últimos 5 años.</p>

1. DATOS DE LA ASEGURADORA
<p>ASEGURADORA : Rimac Seguros y Reaseguros DIRECCIÓN : Las Begonias N° 475, Piso 3. PROVINCIA : Lima TELÉFONO : 411-3000 PÁGINA WEB : www.rimac.com.pe</p> <p>RUC : 20100041953 DISTRITO : San Isidro DEPARTAMENTO : Lima FAX : 421-0555</p>

2. DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR
<p>CONTRATANTE : BANCO BBVA PERÚ DIRECCIÓN : Av. República de Panamá 3055 PROVINCIA: Lima TELÉFONO: 595-0000</p> <p>RUC : 20100130204 DISTRITO: SAN ISIDRO DEPARTAMENTO: LIMA FAX: 211-2474</p>

3. DATOS DEL RESPONSABLE DE PAGO DE PRIMAS**PERSONA JURÍDICA/PERSONA NATURAL CON NEGOCIO**

RAZÓN SOCIAL: **RUC:**
DIRECCIÓN: Cl./Jr./Psj./Av./Otro: **Nº:** **Mz./Lote:**
Dpt./Interior: **Urbanización:**
REFERENCIAS: **DISTRITO :**
PROVINCIA : **DEPARTAMENTO:**
TELÉFONO FIJO: Cód. Ciudad **Nº:** **GIRO DEL NEGOCIO:**
PAÍS DE RESIDENCIA:

PERSONA NATURAL

NOMBRES: **APELLIDO PATERNO:**
APELLIDO MATERNO: **SEXO:** **ESTADO CIVIL:**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **Nº:**
PAÍS DE RESIDENCIA: **FECHA DE NAC.:**
DIRECCIÓN: Cl./Jr./Psj./Av./Otro: **Nº:** **Mz./Lote:** **Dpt./Interior:**
URBANIZACIÓN: **REFERENCIAS:** **DISTRITO:**
PROVINCIA: **DEPARTAMENTO:**
TELÉFONO FIJO: Cód. Ciudad **Nº:** **CELULAR:**
CORREO ELECTRÓNICO (personal):
CORREO ELECTRÓNICO (laboral):

4. DATOS DEL ASEGURADO / TITULAR

El Asegurado Titular es quien suscribe el presente documento, declarando su estado de salud, así como el de los Asegurados Dependientes.

NOMBRES: **APELLIDO PATERNO:**
APELLIDO MATERNO: **SEXO:** **ESTADO CIVIL:**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **Nº:**
PAÍS DE RESIDENCIA: **FECHA DE NAC.:**
DIRECCIÓN: Cl./Jr./Psj./Av./Otro: **Nº:** **Mz./Lote:** **Dpt./Interior:**
URBANIZACIÓN: **REFERENCIAS:** **DISTRITO:**
PROVINCIA: **DEPARTAMENTO:**
TELÉFONO FIJO: Cód. Ciudad **Nº:** **CELULAR:**
CORREO ELECTRÓNICO (personal):
CORREO ELECTRÓNICO (laboral):

5. DATOS DE LOS DEPENDIENTES

Los Asegurados Dependientes son el/la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular, así como los(as) hijos(as) de ambos o de cualquiera de ellos. Se considerará nula la cobertura de cualquier persona incluida en la siguiente lista que no cumpla con el grado de parentesco descrito en este párrafo, manteniéndose inalterable la cobertura para los demás asegurados dependientes.

Nombres y Apellidos	Relación con el asegurado (cónyuge o hijo/a)	Sexo	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento

6. COBERTURAS Y ASISTENCIAS DEL PRODUCTO	
Coberturas:	
Cobertura Principal	SUMA ASEGURADA
Indemnización por primer diagnóstico de Cáncer	S/35,000
Cobertura Adicionales	SUMA ASEGURADA
Indemnización por primer diagnóstico de Quemaduras Graves	S/35,000
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente (Renta Hospitalaria) (Max. 30 días por evento)	S/100 por día
Muerte Accidental	S/20,000
Asistencias:	
1. Plan de Asistencia Médica	Detalle en la página 4 del documento
2. Plan de Asistencia Eventos de la Vida	

IMPORTANTE:

Las coberturas indemnizatorias solo cubren el primer diagnóstico de la enfermedad por **ASEGURADO**, sea este el Asegurado Titular o Dependientes Asegurados. Por tanto, en caso que la ASEGURADORA haya indemnizado a algún ASEGURADO por el primer diagnóstico de cualquiera de las coberturas descritas precedentemente, automáticamente dicha cobertura se desactivará para dicho ASEGURADO, continuando vigente dicha cobertura para los demás asegurados.

Asistencias:
Para hacer uso de las asistencias debe comunicarse con el proveedor del servicio al número telefónico: 411-1111

1. Plan de Asistencia Médica

ASISTENCIAS (Servicio en las principales ciudades del país)		
SERVICIOS AMBULATORIOS	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA	CO-PAGO S/ 8.00 AL 100%	SIN LÍMITE
MEDICAMENTOS DERIVADOS DE LA CONSULTA MEDICA*		SIN LÍMITE
EXAMENES DE IMÁGENES DERIVADOS DE LA CONSULTA MEDICA	S/ 500.00	3 EVENTOS
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
MEDICO A DOMICILIO	CO-PAGO S/ 35.00	4 EVENTOS
OFTALMOLOGÍA POR ACCIDENTE	AL 100%	SIN LÍMITE
ODONTOLOGÍA POR ACCIDENTE	AL 100%	SIN LÍMITE
COBERTURA TELEFÓNICA E INTERNET	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
ORIENTACION MEDICA TELEFONICA (ALO DOCTOR)	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
APP TELEMEDICINA EN MEDICINA GENERAL, PEDIATRIA Y GINECOLOGIA	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
ODONTOLOGÍA POR ACCIDENTE	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
COBERTURA DE LABORATORIO	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
EXAMENES DE LABORATORIO: GLUCOSA, TRIGLICERIDOS, COLESTEROL	S/ 50.00	3 EVENTOS
EXAMEN DE ORINA	AL 100%	2 EVENTOS
HEMOGRAMA COMPLETO	AL 100%	2 EVENTOS
CHEQUEO PREVENTIVO PRESENCIAL (Exámenes de Glucosa, Triglicéridos y Colesterol)	AL 100%	2 EVENTOS
SALA DE EMERGENCIA	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
AMBULANCIA EN CASO DE EMERGENCIA Y/O URGENCIA	S/ 350.00	4 EVENTOS
DIAGNOSTICO Y ESTABILIZACION DEL PACIENTE EN CASO DE EMERGENCIA DERIVACION A LA SALA DE EMERGENCIA EN CLINICA ATENCION Y DIAGNOSTICO POR MEDICO DE EMERGENCIA EXAMENES DE LABORATORIO HEMOGRAMA COMPLETO ORINA	SIN LÍMITE (DENTRO DE LA ATENCION)	

EXAMENES DE IMAGENES RADIOGRAFIAS ECOGRAFIAS MEDICAMENTOS MATERIAL MEDICO EQUIPO Y MATERIAL DE SUTURA	SIN LÍMITE (DENTRO DE LA ATENCION)	
TRASLADO DE UN FAMILIAR HASTA EL LUGAR DE LA HOSPITALIZACION (PADRE, MADRE, CONYUGE O HIJO)	HASTA \$100 USD	2 EVENTOS

DESPISTAJE ONCOLOGICO - MUJERES (AL 100% - 1 evento al año)	RANGO DE EDAD			
	Desde 17 años	18 a 39 años	40 a 49 años	> 50 años
DESPISTAJE EVALUACION FISICA:				
BUSQUEDA DE NEOP. MALIGNA DE PIEL	X	X	X	X
PALPACION DE GANGLEOS AXILIARES, CERVICALES, E INGENALES	X	X	X	X
EXAMEN DE CAVIDAD ORAL	X	X	X	X
PALPACION DE TIROIDES	X	X	X	X
EXAMEN GINECOLOGICO:				
MAMOGRAFIA		X	X	X
ECOGRAFIA MAMARIA (entre 30-39 años)		X		
MAMOGRAFIA BILATERAL (entre 40-74 años)			X	X
PAPANICOLAU		X	X	X
CULTIVO DE SECRECION VAGINAL		X	X	X
COLONOSCOPIA (entre 50-75 años/cada 10 años)				X
ANALISIS CLINICOS:				
HEMOGRAMA COMPLETO, PROTEINA Y CREATIVA	X	X	X	X
LECTURA DE INFORMES Y RESULTADOS DE DESPISTAJE	X	X	X	X

DESPISTAJE ONCOLOGICO - HOMBRES (AL 100% - 1 evento al año)	RANGO DE EDAD		
	Desde 17 años	18 a 49 años	> 50 años
DESPISTAJE EVALUACION FISICA:			
BUSQUEDA DE NEOP. MALIGNA DE PIEL	X	X	X
PALPACION DE GANGLEOS AXILIARES, CERVICALES, E INGENALES	X	X	X
EXAMEN DE CAVIDAD ORAL	X	X	X
PALPACION DE TIROIDES	X	X	X
EXAMEN UROLOGICO:			
PALPACION DE SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO	X	X	X
PSA-ANTIGENO PROSTATICO			X
PALPACION DE PROSTATA	X	X	X
COLONOSCOPIA (entre 50-75 años/cada 10 años)			X
ANALISIS CLINICOS:			
HEMOGRAMA COMPLETO, PROTEINA Y CREATIVA	X	X	X
LECTURA DE INFORMES Y RESULTADOS DE DESPISTAJE	X	X	X

* Para Tratamientos no mayores a 15 días

2. Plan de Asistencia Eventos de Vida

EVENTOS DE VIDA		
COBERTURA POR EVENTOS DE VIDA	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
PAGO DE RECIBO POR NACIMIENTO DEL HIJO PAGO DE RECIBO POR CASAMIENTO DEL TITULAR PAGO DE RECIBO POR GRADUACION DE ESTUDIOS SUPERIORES; TIEMPO MINIMO 2 AÑOS, DE HIJOS O TITULAR	S/ 1000.00	01 Evento

7. CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

PERSONAS ASEGURABLES

Edad mínima de ingreso: 18 años para Asegurado Titular y Dependiente Asegurado (cónyuge)
0 años para Dependientes Asegurados (hijos)
Edad máxima de ingreso: 65 años para Asegurado Titular y Dependiente Asegurado (cónyuge)

EDAD LÍMITE DE PERMANENCIA

Edad Máxima de permanencia:
Asegurado Titular y cónyuge (como Asegurado Dependiente): ilimitada
Asegurados Dependientes (hijos): Hasta 25 años, Sólo aplicable para el Plan Familiar.

PERÍODO DE CARENCIA

PERIODO DE CARENCIA: Es el período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al Asegurado Titular o Dependientes Asegurados no serán cubiertas por la Póliza.

PERIODO DE CARENCIA COBERTURA PRINCIPAL DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER: Noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de incorporación del asegurado.

PERIODO DE CARENCIA PARA COBERTURAS ADICIONALES: No tiene

PERIODO DE CARENCIA PARA PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA:

- i. El periodo de carencia para todas las asistencias excluyendo la asistencia oncológica y la cobertura médica preventiva es de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de vigencia o de incorporación del asegurado.
- ii. El periodo de carencia para las asistencias oncológicas y las asistencias médicas preventivas es de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de vigencia o de incorporación del asegurado.
- iii. No existe periodo de carencia para la asistencia de Sala de Emergencia.

PERIODO DE CARENCIA PARA PLAN DE EVENTOS DE VIDA: Noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia o de incorporación del asegurado.

8. PRIMA TOTAL MENSUAL O ANUAL EN NUEVOS SOLES

PAGO DE PRIMA COMERCIAL TOTAL MENSUAL O ANUAL

	Prima Comercial Total Mensual (Incluye IGV)	Prima Comercial Total Anual* (Incluye IGV)
Plan titular (inc. Impuestos y gastos)	S/ 39.00	S/ 435.50
Plan titular + 1 dependiente (2 personas) (inc. Imp. y gastos)**	S/ 69.00	S/ 770.00
Plan familiar (titular + conyugue + 3 hijos) (inc. Imp. y gastos)	S/ 119.00	S/ 1,328.00

* El descuento anual se aplicará con la opción de pagar en una sola cuota la prima anual.

** El dependiente podrá ser únicamente hijo(a) o cónyuge.

Comisión del Comercializador:

Porcentaje de comisión calculada sobre la prima neta:

- **Plan Titular:** Telemarketing Veinticuatro y 00/100 por ciento y Plataforma Veintiocho 00/100 por ciento.
 - **Plan titular + 1 dependiente:** Telemarketing Veinte y 00/100 por ciento y Plataforma Veinticuatro 00/100 por ciento.
 - **Plan familiar:** Telemarketing Diecinueve y 00/100 por ciento y Plataforma Veintitrés 00/100 por ciento.
- La Prima neta se obtiene descontando el gasto de emisión (3%) de la Prima comercial.

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Este Certificado de Seguro se extinguirá (culminará su vigencia en forma anticipada) transcurridos 90 días calendarios contados desde la fecha en que se haya producido el incumplimiento en el pago de la prima. A partir de dicha fecha, RIMAC no será responsable de los siniestros que se produzcan con posterioridad a la fecha de extinción.

9. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante.

Forma: El pago de la prima es mensual, con cargo en cuenta o Tarjeta de Crédito según la modalidad del plan elegido. De no existir saldo en la cuenta, el Asegurado Titular autoriza al Contratante a proceder con el cargo respectivo en cualquier otra cuenta donde mantenga saldo acreedor.

Cuando la cuenta y/o tarjeta de crédito del Asegurado Titular se encuentre bloqueada o retenida por requerimiento de la autoridad competente y/o instrucciones del Contratante por operaciones activas celebradas por el Asegurado Titular, el Contratante y/o la Compañía no será responsable por la imposibilidad de realizar el cargo de la prima del presente seguro. Las consecuencias de esta falta de pago serán de total responsabilidad del Asegurado Titular.

Es responsabilidad del Asegurado Titular informar al Contratante y/o a la Compañía de cualquier cambio, renovación, bloqueo, suspensión, anulación u otra modificación sobre la cuenta o tarjeta de crédito donde se carga mensualmente la prima del seguro.

Fecha de vencimiento de pago de la prima: 30 días desde el inicio de vigencia y/o renovación.

Interés Moratorio: No aplica.

10. DETALLE DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA PRINCIPAL DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CÁNCER

La cobertura amparada por la presente Póliza es el diagnóstico de Cáncer, según el beneficio contratado por el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

LA ASEGURADORA será únicamente responsable por los siniestros incurridos durante la vigencia de la Póliza.

Para el propósito de la cobertura principal de esta póliza, el Cáncer significa la presencia de un tumor maligno que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal.

El Cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica. Esta cobertura considera los estándares médicos internacionales comprendidos dentro de las recomendaciones de la National Cancer Comprehensive Network (NCCN) o por el National Cancer Institute (NCI). Es indispensable para el pago del siniestro de Cáncer, presentar el informe anátomo patológico que sustente el diagnóstico de cáncer.

El Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados recibirá la suma asegurada contratada al 100% de conformidad con las definiciones y exclusiones incluidas más adelante (solo se pagará la primera ocurrencia de Cáncer), en caso de concurrir conjuntamente los siguientes acontecimientos: (i) En caso de diagnosticarse cualquier tipo de cáncer por primera vez durante la vigencia de la póliza, en tanto no se encuentre excluido expresamente; (ii) Que haya transcurrido el período de carencia, descrito en el artículo anterior.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO QUEMADURAS GRAVES

Indemnización, según el monto contratado, por lesión a tejidos por agentes térmicos (Ej. agua hervida), químicos (Ej. ácido muriático) o eléctricos (Ej. corriente eléctrica), entre otros; que ocasionan quemaduras de tercer grado o de espesor total de por lo menos 20% de la superficie corporal medida por la Regla de los Nueves o el esquema de superficie corporal de Lund y Browder.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (RENTA HOSPITALARIA)

Se entiende por Indemnización diaria Hospitalaria por Accidente al seguro mediante el cual el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados que sufre un accidente que dé lugar a su hospitalización, siempre que su causa directa y única fuera un accidente que no se encuentre excluido en la presente póliza, recibe una renta por cada día que se encuentre hospitalizado, en cualquier Institución Hospitalaria legalmente establecida dentro y fuera del territorio nacional.

Se entiende por Institución Hospitalaria, el hospital, clínica o establecimiento legalmente establecido para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, unidades de cuidados intensivos, sala de operaciones, equipos de rayos x, servicios de enfermería a tiempo completo y personal profesional especializado y debidamente calificado.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

Si el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados fallecen, a causa de un accidente que no se encuentre excluido en el presente Certificado, LA ASEGURADORA pagará la Indemnización por Muerte Accidental descrita en las Condiciones Particulares o Certificado de Seguro, a los herederos legales del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

Es condición para considerar que el fallecimiento se ha producido como consecuencia del accidente, si es que este se produce dentro de los noventa (90) días calendarios contados desde la fecha del accidente.

11. EXCLUSIONES

DE LA COBERTURA PRINCIPAL INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER:

- a) Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio del presente seguro.
- b) Enfermedades que se hayan diagnosticado o detectado antes o durante el periodo de carencia o no cobertura.
- c) Se excluyen los siguientes tumores:
 - Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
 - Tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos que son descritos histológicamente como pre-malignos.
 - Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
 - Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrita como TaN0M0 o con una clasificación menor.
 - Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI ó Estadio A-1 de Binet -I.

DE LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO QUEMADURAS GRAVES

No presenta exclusiones.

DE LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (RENTA HOSPITALARIA)

- a) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza de Seguro.
- b) Los denominados "Accidentes Médicos", tales como apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos de miocardio, trombosis, ataques epilépticos u otros análogos así como los casos de negligencia médica o impericia médica.
- c) Los accidentes que se produzcan cuando el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados se encuentre bajo la influencia de alcohol (0.5 gramos-litro a más), drogas o en estado de sonambulismo, y esta situación sea acto generador del siniestro.
- d) Lesiones que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sufran en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional o civil, insurrección, rebelión, invasión, huelgas, motín o tumulto popular, terrorismo; en actos delictivos en que el ASEGURADO participe por culpa grave propia o de sus beneficiarios, así como tampoco en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- e) Autolesiones, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas intencionalmente al Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados por los beneficiarios de esta Póliza de Seguro.
- f) Accidentes ocasionados por la emisión de radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier desperdicio proveniente de la combustión de dicho combustible;

- g) Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes peligrosos y que no guarden relación con la ocupación declarada por el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados ni mencionados por él mismo en la solicitud respectiva, o aun cuando lo hubiera hecho. Entiéndase como actividades y deportes peligrosos: Carreras en vehículos a motor o en bicicletas, concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería de fieras y pesca submarina.**
- h) Las consecuencias de hernias y enredamientos intestinales, de insolaciones, como tampoco, las intoxicaciones y envenenamientos que no sean accidentales.**
- i) Actos infractores de leyes o reglamentos, o actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por alguna necesidad profesional.**
- j) Las consecuencias no accidentales de embarazos o partos.**
- k) Lesiones preexistentes al momento de contratar el Seguro**

DE LA COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

- a) Suicidio, auto mutilación o autolesión, salvo que se produzca con posterioridad a los dos años contados desde la fecha de inicio de vigencia.**
- b) Pena de muerte o participación activa en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de las normas vigentes; en duelo concertado, en peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participando activamente en huelgas, motín, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.**
- c) Por acto delictivo contra el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados cometido en calidad de autor o cómplice por el Beneficiario, dejando a salvo el derecho de acrecer de los restantes Beneficiarios. En caso no se hayan designado Beneficiarios, se le aplica la misma condición para los herederos legales.**
- d) Guerra, invasión u operaciones bélicas (al margen de que exista o no declaración de guerra), actos hostiles de entidades soberanas o del gobierno, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que adquiera las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpado o ley marcial o confiscación por orden de un Gobierno o autoridad pública.**
- e) Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- f) Viajes aéreos y marítimos que haga el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados en calidad de pasajero en medios de transporte no comerciales, a excepción de embarcaciones recreacionales, que recorran itinerarios no fijos ni regulares; así como operaciones o viajes submarinos.**
- g) Participación como conductor, copiloto o acompañante, en carreras o entrenamiento para carreras de automóviles, bicicletas, motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas y de caballos.**
- h) Realización de actividades y/o deportes siendo estos los siguientes: escalamiento, paracaidismo, parapente, ala delta, aeronaves ultraligeras, inmersión o caza submarina, surf, windsurf, navegación en velero, canotaje, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, caza de fieras, rodeo, artes marciales, boxeo, lucha libre, squash, rugby, football Americano.**
- i) La práctica o desempeño de profesiones u oficios siendo estos los siguientes: bomberos, mineros, pilotos o tripulantes de nave aérea o marítima, miembros de las Fuerzas Armadas o Policiales, ingenieros químicos, obreros de construcción, manipuladores de explosivos.**
- j) Estar bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo al momento y aquellos como acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, y solo en el caso de accidentes vehiculares en tanto el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados haya sido el conductor del vehículo, se presumirá que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados se negara a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.**

- k) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- l) Los Accidentes Médicos.
- m) Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- n) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- o) Las complicaciones médicas de embarazos o partos.

12. BENEFICIARIOS

El Beneficiario de cada cobertura y asistencia es el Asegurado Titular y/o los Asegurados Dependientes, respectivamente, siempre que éstos últimos sean mayores de edad.

En caso que los Asegurados Dependientes (Hijos) sean menores de edad, los beneficiarios de todas sus coberturas serán sus padres.

Los Beneficiarios de la cobertura de Muerte Accidental para cualquiera de las personas aseguradas en el presente Certificado de Seguro, serán los Herederos Legales.

13. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En caso de arrepentimiento por haber contratado este seguro, se deberá presentar una carta con copia de DNI en las Plataformas de RIMAC SEGUROS, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha de haber recibido este Certificado, siempre que no hayas utilizado las coberturas ni los beneficios (asistencias) otorgados por este Certificado de Seguro. Una vez ejercido el Derecho de Arrepentimiento, se procederá a devolver la totalidad de la prima pagada, al Responsable de Pago. El Asegurado Titular podrá ejercer este derecho empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro.

14. DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Responsable de pago podrá resolver este Certificado de Seguro mediante una carta a LA ASEGURADORA, con una anticipación no menor de treinta (30) días, a la fecha en que surtirá efectos la resolución. Corresponde a LA ASEGURADORA la prima por la vigencia corrida del Certificado de Seguro.

15. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

15.1 AVISO DE SINIESTRO

Se deberá dar aviso del siniestro a LA ASEGURADORA dentro de los siete (7) días calendario contados desde la fecha de ocurrencia del siniestro, o desde que se conoce la existencia del beneficio, según corresponda.

15.2 SOLICITUD DE COBERTURA

Para solicitar cualquiera de las coberturas descritas en el presente Certificado de Seguro, se deberá presentar:

PARA LA COBERTURA PRINCIPAL DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a LA ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en lima o provincias los siguientes documentos:

- a) Diagnóstico Anátomo Patológico Positivo

PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE QUEMADURAS GRAVES

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a LA ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en lima o provincias los siguientes documentos:

- a) Informe Médico indicando Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialistas (RNE) documentado en la Historia Clínica de la institución donde se atendió el diagnóstico, según lo señalado en la definición de la cobertura.
- b) Epicrisis del caso.

PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (RENTA HOSPITALARIA)

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a LA ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en lima o provincias los siguientes documentos:

- a) Documento Nacional de Identidad del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados Copia Certificada de la Denuncia o Atestado Policial (si fuera un accidente donde hubo intervención policial).
- b) Copia Certificada de la Denuncia o Atestado Policial (si fuera un accidente donde hubo intervención policial).
- c) Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
- d) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Informe Médico suscrito por el médico tratante, que acredite la hospitalización del asegurado en una Institución Hospitalaria y se verifique el nombre del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados como paciente hospitalizado, el periodo de la hospitalización, diagnóstico y tratamiento.

PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a LA ASEGURADORA, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en lima o provincias los siguientes documentos:

- a) Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción.
- b) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción.
- c) Copia Certificada del Atestado policial, en caso corresponda.
- d) Original del informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
- e) Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- f) Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.
- g) Copia Certificada del resultado de Dosaje Etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito).
- h) Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO (en caso cuenten con el mismo) y de los Beneficiarios (Partida de Nacimiento en caso de ser menores de edad que no cuenten con DNI).
- i) Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento, expedida con no más de 30 días por Registros Públicos.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el CONSULADO PERUANO en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una TRADUCCION OFICIAL del mismo.

LA ASEGURADORA tendrá un plazo máximo de 30 (treinta) días calendario contados desde la recepción de la totalidad de los documentos descritos precedentemente, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes.

El listado anterior muestra la documentación mínima que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar aclaraciones o precisiones respecto de los documentos previamente indicados para la comprobación del siniestro, los cuales deberán ser solicitados dentro de los primeros 20 días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el cómputo del plazo hasta que la presentación de la documentación solicitada.

15.3 PAGO DE SINIESTRO

Una vez aprobado (consentido) el siniestro, LA ASEGURADORA pagará la indemnización correspondiente dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de aprobación del siniestro.

16. LUGARES AUTORIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA SOLICITAR LAS COBERTURAS DE SEGURO

Oficinas en Lima: Av. Las Begonias 475, San Isidro, / Av. Paseo de la República 3505, San Isidro / Av. Paseo de la República 3082, San Isidro / Av. Comandante Espinar 689, Miraflores.

Arequipa: Pasaje. Belén 103, Urb. Vallecito (Telf. 054-381700).

Huancayo: Jr. Ancash 125, Huancayo (Telf. (064)-223233).

Trujillo: Av. América Oeste N° 750. Stand 1004-1006 (Telf. (044)-485200).

Chiclayo: Av. Salaverry 560, Urb. Patazca (Telf. (074)- 481400).

Piura: Calle Libertad 450 (Telf. (073)-284900).

17. MEDIOS HABILITADOS POR LA ASEGURADORA PARA PRESENTAR RECLAMOS

Plataformas de Atención en Lima y Provincias y Central de Consultas

Mediante carta dirigida a Rímac Seguros o a través de la página web o correo electrónico.

Central de Consultas y Reclamos: (01)411-3000 Correo electrónico: reclamos@rimac.com.pe

Web: www.rimac.com

18. INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe - Lima:(01) 421-0614 - Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San Isidro, Lima.

Indecopi: www.indecopi.gob.pe - (01) 224-7777 - Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 / SEDE 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 y Seguros y AFP (SBS): www.sbs.gob.pe - LIMA: Plataforma de Atención al Usuario (PAU) Lima: Av. Dos de Mayo N° 1475 - San Isidro. La SBS cuenta con otras oficinas a nivel nacional.

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.

Información adicional: LA ASEGURADORA es responsable frente al Asegurado de las coberturas contratadas. Las comunicaciones cursadas por los Asegurados o Beneficiarios al Comercializador tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA ASEGURADORA. / Los pagos efectuados al comercializador, se considerarán abonados a LA ASEGURADORA.

LEY 29733 - LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web www.rimac.com.pe, sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 - San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con la denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N° 1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

CONTRATACIÓN POR CANALES DIGITALES.

El Asegurado brindó su conformidad y aceptación a los términos y condiciones establecidos en este Certificado de Seguro, a través de los canales puestos a sus disposición (como son: Banca por Internet, con su clave de acceso y clave SMS, entre otros), o de forma presencial con su firma.

La firma electrónica del Asegurado ya sea física u obtenida por medios electrónicos o comercialización a distancia tales como: (huella dactilar, ingreso de claves o contraseñas, grabación de voz, entre otros) que integra este certificado que se utiliza para la contratación del presente seguro, confirma la exactitud y veracidad de sus declaraciones expresadas, indicando que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por él y que hubiesen impedido que el presente Contrato de Seguro surta efectos legales o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda a la nulidad del presente Certificado de Seguro.

El Asegurado podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

Lugar y fecha de emisión: _____, ____ de _____ de _____



FRANCISCO RODRIGUEZ LARRAÍN LABARTHE
VICEPRESIDENTE RIESGOS HUMANOS
RIMAC

ASEGURADO

RESPONSABLE DE PAGO

MANUAL DE USO DEL PLAN DE ASISTENCIAS

Recuerda que para hacer uso de cualquier asistencia descrita en el presente documento, debes comunicarte previamente al teléfono 411-1111, donde RIMAC a través de su proveedor de servicios coordinará el otorgamiento de las mismas.

1. PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA

ASISTENCIAS MÉDICAS DE SERVICIOS AMBULATORIOS

CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

Cuando el Afiliado requiera realizar consulta médica en medicina general y/o especialista, la ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios y a solicitud del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados coordinará en los centros médicos afiliados a su red las citas para que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sea atendido. Este servicio se brindará **CON UN CO-PAGO DE 8 SOLES y es ILIMITADO.**

MEDICAMENTOS DERIVADOS DE LA CONSULTA AMBULATORIA

Se cubrirá al 100%, sin límite de monto, los medicamentos derivados de la atención ambulatoria. Dichos medicamentos son genéricos y deben ser proporcionados por la clínica o centro médico donde se atendió el cliente y bajo receta médica. Este servicio se brindará **SIN LIMITE EVENTOS POR AÑO POR CADA ASEGURADO.**

Los medicamentos derivados de la consulta médica son genéricos. Estos deben ser recetados por el doctor dentro de la atención médica ambulatoria y la cobertura abarca a medicamentos destinados a solucionar la urgencia del paciente, se brindan medicamentos para un **máximo de hasta 15 (quince) días de tratamiento.** No están en cobertura, así estén recetados, productos cuyo fin sea el inicio, continuidad o fin de tratamientos.

EXÁMENES DE IMÁGENES

Derivado de la consulta médica, y si fuera necesario se le podrían indicar al paciente la siguiente toma de imágenes: mano, muñeca, brazo, codo, hombro, muslo, rodilla, pierna (espinilla), tobillo o pie y costillas. Con lo cual le permitirá diagnosticar huesos fracturados o dislocación de articulaciones, de tipo Radiografía (Rayos X) y Ecografías Pélvica y Abdominal completa. Este servicio se brindará hasta un monto máximo de **S/. 500.00 POR EVENTO y 3 EVENTOS AL AÑO.**

SEGUNDA OPINION MÉDICA

Cuando el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera de una segunda opinión médica a raíz de una enfermedad o por casos médicos que derivan de una emergencia, previa llamada, se coordinará en los centros médicos y médicos especialistas afiliados a su red para que el ASEGURADO TITULAR Y/O DEPENDIENTES ASEGURADOS sea atendido y tenga la opción de recibir una segunda y hasta tercera opinión médica referente a su caso. El costo de estos servicios será hasta por un monto de **SIN LIMITE POR EVENTO Y 2 EVENTOS AL AÑO.**

MÉDICO A DOMICILIO

En caso que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera de un médico para que lo revise en su casa (situaciones que no sean emergencia), la ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios coordinará el envío de un médico especialista en medicina general para que evalúe al paciente y le realice un diagnóstico. El servicio aquí indicado se realizará con un **CO-PAGO DE S/.35.00 NUEVOS SOLES Y 4 EVENTOS AL AÑO.**

OFTALMOLOGÍA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sufra un accidente que afecte la vista y requieran de un oftalmólogo, la ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios coordinará y cubrirá el costo de dicho servicio en la RED de clínicas y médicos especialistas afiliados. Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE MONTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

ODONTOLOGÍA POR EMERGENCIA ACCIDENTAL

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sufra un accidente que afecte su dentadura y requieran de un odontólogo, la ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios coordinará y cubrirá el costo de dicho servicio en la RED de clínicas y médicos especialistas afiliados. Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE MONTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

ASISTENCIAS MÉDICAS DE TELEFONICA E INTERNET

ALÓ DOCTOR, ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Conexión telefónica con un médico las 24 horas del día los 7 días de la semana para que oriente al Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados ante cualquier consulta médica. Este servicio es proporcionado por personal médico orientado a responder las inquietudes relacionadas con las principales urgencias médicas y procedimientos de primeros auxilios, acerca del uso de medicamentos, como por ejemplo reacciones adversas a la medicación, efectos secundarios, dosis, contraindicaciones, entre otros. Este servicio es de carácter informativo por lo que no reemplaza la consulta de un médico.

APP TELEMEDICINA EN MEDICINA GENERAL, PEDIATRIA Y GINECOLOGIA

Conexión vía aplicativo con una red de especialistas médicos en las ramas de Ginecología, Pediatría y Medicina General, las 24 horas del día los 7 días de la semana para que oriente al Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados ante cualquier consulta médica. Este servicio es proporcionado por personal médico orientado a responder las inquietudes relacionadas con las principales urgencias médicas y procedimientos de primeros auxilios, así como acerca del uso de medicamentos, como por ejemplo reacciones adversas a la medicación, efectos secundarios, dosis, contraindicaciones, entre otros. Este servicio se brindará **SIN COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFONICA

La ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios se compromete a poner a disposición del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados, a cualquier hora y durante los 365 días del año, los servicios de orientación nutricional, los cuales le serán brindados, previa solicitud y mediante vía telefónica, a efectos de brindar consultas y planes relacionados con la buena alimentación de los ASEGURADOS, en diferentes áreas como Tercera Edad, Nutrición Infantil, Control de Alimentos por enfermedad y/o Alimentación Sana.

Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

ASISTENCIAS MÉDICAS DE LABORATORIO

EXÁMENES DE LABORATORIO

Incluye exámenes básicos a escoger (colesterol, glucosa y triglicéridos), dentro de la red, hasta por un **MONTO MAXIMO DE S/. 50.00 Y 3 EVENTOS POR AÑO.** Además de examen de orina y hemograma completo, los cuales se brindarán **SIN LÍMITE DE COSTO Y POR 2 EVENTOS AL AÑO.**

CHEQUEO PREVENTIVO PRESENCIAL

Los Asegurados Titular y/o Dependientes Asegurados que pertenezcan al programa de Asistencia Médica, tendrán como beneficio de bienvenida al programa, un chequeo preventivo presencial en nuestra red de clínicas disponibles, el cual consta de Glucosa, triglicéridos y colesterol.

Este servicio se brindará **SIN LÍMITE DE COSTO Y 1 EVENTO AL AÑO.**

ASISTENCIAS MÉDICAS DE SALA DE EMERGENCIA

AMBULANCIA EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sufra una enfermedad grave o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de una atención médica inmediata o su hospitalización. La **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios gestionará y cubrirá el costo del diagnóstico y estabilización del paciente, traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad. Este servicio se brindará **HASTA POR S/. 350.00 NUEVOS SOLES Y HASTA POR 04 EVENTOS AL AÑO.**

Si luego de estabilizar al paciente el médico de la ambulancia determina que debe ser trasladado el paciente a un centro médico, La ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios coordinará el traslado a uno de los centros médicos afiliados a su red, donde se le brindará las siguientes coberturas:

DERIVACIÓN A LA SALA DE EMERGENCIA

El médico de la ambulancia realizará todos los trámites que permitan ingresar al paciente a la Sala de Emergencia de una clínica, afiliada a la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios donde solo se cubrirá las atenciones descritas:

- a) Deshidratación, hipertensión arterial, laberintitis, cólico renal, politraumatismo, poli contusiones heridas punzo cortantes, extracciones de cuerpo extraños en boca, nariz y oído, problemas gastro-intestinal, Hiperémesis, quemaduras de primer grado, fracturas cerradas, esguinces, Hemoptisis moderada, intoxicaciones, contusiones leves y severas, síndrome convulsivo, hipoglicemia, hiperglicemia y cuadros febriles.
- b) Para efectos de comprensión detallamos las atenciones según emergencias que se presenten afectando la salud del paciente:
- c) Sistema Digestivo:
Problemas gastrointestinales, intoxicación por ingesta de alimentos, cólico renal, hiperglicemia, hipoglicemia, apendicitis, peritonitis y cuadros febriles.
- d) Sistema Nervioso Central:
Cuadros febriles, hipertensión arterial, desmayos laberintitis, hiperémesis, síndrome convulsivo y cuadros febriles.
- e) Cuadros comunes de emergencias médicas:
Deshidratación, politraumatismo, policitaciones, heridas punzo cortantes, extracciones de cuerpos extraños en boca, nariz y oído quemadura de primer grado, fracturas cerradas, esguince, cuadros febriles, contusiones leves y severas.

ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO POR MÉDICO DE SALA DE EMERGENCIA

El médico de la Sala de Emergencia procederá a realizar la valoración clínica y diagnóstico del paciente donde podrá solicitar los siguientes procedimientos los cuales se brindarán a costo de La **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios:

- a) **EXÁMENES DE LABORATORIO**, A solicitud del médico se podrá realizar exámenes de laboratorio los cuales son: Hemograma Completo y Orina. Este servicio se brindará a costo de La ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios.
- b) **EXÁMENES DE IMÁGENES**, El médico de Sala de Emergencia podrá solicitar que se realice al paciente las siguientes tomas de imágenes: mano, muñeca, brazo, codo, hombro, muslo, rodilla, pierna (espinilla), tobillo o pie y costillas. Con lo cual le permitirá diagnosticar huesos fracturados o dislocación de articulaciones, de tipo Radiografía (Rayos X) y Ecografías Pélvica y Abdominal completa. Este servicio se brindará a costo de La **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios.
- c) **MEDICAMENTOS**, A solicitud del médico de Sala de Emergencia se brindará la medicina que permita brindar la atención dentro de la Sala de Emergencia. Este servicio se brindará a costo de La ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios.
- d) **MATERIAL MÉDICO**, Llámese, guantes, gasa estéril, apósitos, algodón, jeringas, agujas hipodérmicas, catéter intravenoso, vendas, esparadrapos y adhesivos instrumental (bisturí, pinzas, tijeras, sutura seda trenzada), productos de desinfección y limpieza (agua oxigenada alcohol, suero fisiológico alcohol yodado, jabón antiséptico) mascarilla de oxígeno. Este servicio se brindará a costo de La **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios.
- e) **EQUIPO Y MATERIAL DE SUTURA, YESO O FÉRULA**, El médico contará con todo el material y equipo para realizar los procedimientos de sutura o el colocar un yeso o férula. Este servicio se brindará a costo de La **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios.

TRASLADO DE LA FAMILIA HASTA EL LUGAR DE LA HOSPITALIZACIÓN

Ante la gravedad del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados, se podrá coordinar a través de nuestra central el traslado de ida de un familiar de primera línea de consanguinidad (padres, conyugue e hijos), hasta el lugar de hospitalización.

Este servicio se brindará **HASTA POR UN MONTO DE \$ 100.00 (CIEN Y 00/100 DÓLARES) Y HASTA 2 EVENTOS AL AÑO. Se pagará por REEMBOLSO.**

ASISTENCIAS MÉDICAS DE DESPISTAJE ONCOLOGICO

DESPISTAJE EVALUACIÓN FÍSICA

El Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados afiliado al programa podrán solicitar un despistaje oncológico el cual incluye los siguientes exámenes:

- a) Neoplasia maligna de Piel
- b) Palpación de ganglios axilares, cervicales e inguinales
- c) Examen de cavidad oral
- d) Palpación de tiroides

Dichos exámenes tienen una cobertura del **100 % por un evento al año**, previa llamada de solicitud, según disponibilidad de nuestra red de proveedores.

EXAMEN GINECOLÓGICO

El Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados afiliado al programa podrán solicitar la coordinación con la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios, para que a través de su red de proveedores de clínicas puedan referenciar algún centro para que los **ASEGURADOS**

- a) Mamografías
- b) Papanicolau
- c) Cultivo de secreción vaginal

Dichos exámenes tienen una cobertura del **100 % por un evento al año**, previa llamada de solicitud, según disponibilidad de nuestra red de proveedores.

EXAMEN UROLÓGICO

El Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados afiliado al programa podrán solicitar la coordinación con la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios, para que a través de su red de proveedores de clínicas puedan referenciar algún centro para que el **ASEGURADO** pueda

- a) Palpación de sistema reproductor masculino
- b) Palpación de próstata

Dichos exámenes tienen una cobertura del **100 % por un evento al año**, previa llamada de solicitud, según disponibilidad de nuestra red de proveedores.

ANÁLISIS CLÍNICOS

El Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados podrán acudir, mediante la coordinación previa de nuestro call center, a cualquiera de nuestra red de laboratorios para realizarse un hemograma completo de Proteína C Reactiva.

Este servicio está cubierto **al 100 % y es por un evento al año.**

LECTURA DE INFORMES Y RESULTADOS DE DESPISTAJE

Cuando el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera realizar la lectura de informes y resultado de despistaje con la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios a solicitud del **ASEGURADO**, coordinará en los centros médicos afiliados a su red las citas para que el **ASEGURADO** sea atendido. El costo de estos servicios correrá por cuenta de la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios.

Están excluidos de esta cobertura las prestaciones y hechos siguientes:

- a) Los servicios que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación de la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios.
- b) La asistencia por enfermedades (Accidentes si están cubiertos) o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- c) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en toda clase de competencias deportivas profesionales, es decir, prácticas amateurs son cubiertas.

- d) Quedan excluidas de estas coberturas las atenciones de cualquier índole a causa de enfermedades crónicas o PREEXISTENTES (incluyendo pero no limitado a: hipertensión arterial, cáncer, diabetes, insuficiencia renal, respiratoria o cardíaca, cirugías) quedan excluidas las prótesis u órtesis internas o externas incluyendo pero no limitado a: prótesis dentales, audífonos, anteojos, muletas, férulas, nebulizadores, respiradores, etc. en caso de procedimientos, cirugías u hospitalizaciones.
- e) Están también excluidas todas las enfermedades psicológicas mentales y/o afines, así como sus consecuencias.
- f) Estas exclusiones no son efectivas para el servicio de Sala de Emergencias y todos sus componentes, donde se atiende cualquier emergencia médica o accidente que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados pueda tener y solicite el servicio, sin importar preexistencias o enfermedades crónicas.

PLAN DE ASISTENCIA EVENTOS DE LA VIDA

Ante la solicitud del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados, y ocurriendo alguno de los eventos mencionados dentro de la cobertura, la ASEGURADORA a través de su proveedor de servicios cubrirá los Eventos por año estipulados en el producto, una vez presente la documentación solicitada para demostrar el evento.

- a) Pago de recibo en caso de nacimiento de hijo del ASEGURADO TITULAR.
- b) Pago de recibo por casamiento del ASEGURADO TITULAR.
- c) Pago de recibo por graduación de hijos del ASEGURADO TITULAR o graduación del mismo en carreras de mínimo 2 años (Maestrías).

El monto a cubrir para cada caso es de S/ 1,000.00 por 1 evento de cada tipo al año.

DOCUMENTOS A PRESENTAR

- a) Nacimiento de un hijo: Acta de nacimiento.
- b) Graduación: Título o cédula profesional, se cubre solo al Asegurado Titular o a los hijos del Asegurado Titular (documento nacional de identidad de los hijos).
- c) Matrimonio: Acta de matrimonio.

PAGO DEL SINIESTRO

Para el pago de las coberturas contempladas dentro de la asistencia Eventos de la Vida, de la **ASEGURADORA** a través de su proveedor de servicios pagará la indemnización establecida para una de estas, mediante el abono a la cuenta del asegurado contra la presentación de los documentos solicitados.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO

- a) Esta cláusula no cubre cualquier Matrimonio que ocurra o se produzca o se contraiga:
 - Fuera del periodo de vigencia de la Póliza.
 - Durante el Periodo de Carencia.
 - El asegurado fuera indemnizado por esta póliza y por esta misma cobertura en los últimos 12 meses.
- b) Esta cláusula no cubre cualquier Nacimiento de un hijo que ocurra o se produzca o se contraiga:
 - Fuera del periodo de vigencia de la Póliza.
 - Durante el Periodo de Carencia.
 - El asegurado fuera indemnizado por esta póliza y por esta misma cobertura en los últimos 12 meses.
- c) Esta cláusula no cubre cualquier Graduación que ocurra o se produzca:
 - Fuera del periodo de vigencia de la Póliza.
 - Durante el Periodo de Carencia.
 - El asegurado fuera indemnizado por esta póliza y por esta misma cobertura en los últimos 12 meses.
 - Se excluyen graduaciones de grado en carreras técnicas (menores a 3 años) y diplomados.

