


Hola,


Desde este momento ya te encuentras protegido con el **Seguro Salud a tu Alcance que has contratado a través del BBVA y brindado por RIMAC.**

Te detallamos tus principales coberturas:




Indemnización por primer diagnóstico de cáncer

Por S/ 30,000



Indemnización diaria por hospitalización por accidente

S/100 por cada día hospitalizado (máx. 60 días por evento/ Eventos Ilimitados).



Indemnización por muerte accidental

Por S/ 10,000

Beneficios de Asistencias en Salud

Consulta médica ambulatoria



Solo medicina general, ginecología y pediatría con un co-pago de **S/ 40.00 por consulta y 9 eventos como máximo al año.**

Médico a domicilio



Con un co-pago de **S/ 30.00 por consulta.**

Despistaje oncológico preventivo anual



Con un co-pago de **S/ 60.00 por evento.**

Telemedicina



Solo medicina general, ginecología y pediatría. **Los 12 primeros eventos sin co-pago. Posterior a los 12 eventos, co-pago S/ 30.00**

Hablemos claro

¿Desde cuándo te cubrimos?

Podrás usar la **cobertura de indemnización por primer diagnóstico de cáncer** pasados los **90 días calendario de carencia (*)**.

Podrás usar el **beneficio de asistencias en salud** pasados los **30 días calendario de carencia (*)**

Podrás usar el **despistaje oncológico** pasados los **6 meses de carencia (*)**.



No cubre:

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

(*) Carencia: es la etapa en la cual las coberturas y asistencias del seguro no se encuentran activas.

Si deseas hacer uso de las asistencias o para cualquier otra consulta comunícate al:

613-6352

Opción 2 para programar citas ambulatorias u otro servicio.
Opción 3 para información sobre el servicio de asistencias.

Información adicional:

Recuerda que para mantener activa la cobertura de tu seguro, es necesario que te mantengas al día en el pago de la prima. Revisa las condiciones de tu seguro en el certificado adjunto para conocer el detalle de tus asistencias, coberturas 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:

- Respecto a las coberturas del seguro: Este Certificado de Seguro cubre el riesgo de 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. Si Usted conoce de algún evento que se contradiga con la declaración que suscribirá a continuación, le sugerimos abstenerse de firmar el presente documento.
- Respecto a las asistencias del seguro: Este Certificado de Seguro incluye un beneficio que consiste en una Asistencia en Salud, el mismo que es gestionado y operado por un prestador de servicios, conforme a los términos y condiciones indicados en el Manual de Uso de la Asistencia que consta como Anexo N° 1 al presente Certificado de Seguro.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO RESPECTO DE SU ESTADO DE SALUD Y DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES

El Asegurado Titular declara conocer el estado de salud de los Asegurados Dependientes incluidos en el presente producto.

El Asegurado Titular, mediante la firma del presente Certificado de Seguro, 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.

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 cinco (5) años.

1. DATOS DE LA ASEGURADORA

ASEGURADORA : Rimac Seguros y Reaseguros
DIRECCIÓN : Las Begonias N° 475, Piso 3.
PROVINCIA : Lima
TELÉFONO : 411-3000

RUC : 20100041953
DISTRITO : San Isidro
DEPARTAMENTO : Lima
FAX : 421-0555

2. DATOS DEL CONTRATANTE/COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE : BANCO BBVA PERÚ
DIRECCIÓN : Av. República de Panamá 3055
PROVINCIA: Lima
TELÉFONO: 595-0000

RUC : 20100130204
DISTRITO: SAN ISIDRO
DEPARTAMENTO: LIMA
FAX: 211-2474

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/30,000
Cobertura Adicionales	SUMA ASEGURADA
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente (Renta Hospitalaria) (Max. 60 días por evento, eventos ilimitados)	S/100 por día
Muerte Accidental	S/10,000
Beneficios:	
Asistencias en Salud	Detalle en Anexo 1 del presente documento

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.

7. CARACTERISTICAS 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, cónyuge e hijos (como Asegurado(s) Dependiente(s)): Ilimitada

PERÍODO DE CARENCIA DE LAS COBERTURAS DEL SEGURO

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

Definición de Periodo de Carencia: Es el período inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que le sean diagnosticadas al Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados no serán cubiertas por la Póliza.

8. PRIMA TOTAL MENSUAL O ANUAL EN NUEVOS SOLES		
PAGO DE PRIMA COMERCIAL TOTAL MENSUAL O ANUAL		
	Prima Comercial Total Mensual (Incluye IGV y gasto de emisión)	Prima Comercial Total Anual* (Incluye IGV y gasto de emisión)
Plan titular	S/ 49.90	S/ 569.00
Plan titular + 1 dependiente (2 personas en total)**	S/ 94.90	S/ 1,138.00
Plan familiar (titular + cónyuge + hasta 3 hijos)**	S/ 165.90	S/ 1,991.00

* 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: Diez y 00/100 por ciento de la prima neta (***)

Plataforma: Quince y 00/100 por ciento de la prima neta (***)

- Plan titular + 1 dependiente (2 personas en total):

Telemarketing: Diez y 00/100 por ciento de la prima neta (***)

Plataforma: Quince y 00/100 por ciento de la prima neta (***)

- Plan familiar (titular + cónyuge + hasta 3 hijos):

Telemarketing: Diez y 00/100 por ciento de la prima neta (***)

Plataforma: Quince y 00/100 por ciento de la prima neta (***)

(***) Prima neta es igual a la prima comercial total descontándole el IGV (18%) y derecho de emisión (3%)

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Este Certificado de Seguro se extinguirá una vez que haya transcurrido 90 días calendario 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. Del mismo modo, el beneficio otorgado por el prestador de servicios se desactivará automáticamente en la fecha en que se produzca la extinción del presente Certificado de Seguro.

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 Asegurado y tomando en consideración el periodo de carencia descrito en el presente documento.

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 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 y que se encuentre autorizado por SUSALUD 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 definido en el presente documento.
- c) Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, servicio militar, así como los que resulten de la participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo.
- d) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- e) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- f) Diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud.
- g) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza
- h) 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 DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (RENTA HOSPITALARIA)

La presente cláusula adicional no cubre los siniestros ocurridos a consecuencia de cualquiera de las siguientes causas o situaciones:

- 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 Certificado 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 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 sufra 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 Titular 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 por los beneficiarios del presente Certificado 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 ni mencionados por él mismo en la solicitud respectiva. 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 la contratación de la Póliza del Seguro.
- l) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR).

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 Anatómo Patológico Positivo
- b) Copia simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (RENDA 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) Copia Simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados
- 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 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

I. La **ASEGURADORA** es responsable frente al **ASEGURADO** de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.

II. La **ASEGURADORA** es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Comercialización de productos de Seguros, aprobado por la Resolución SBS N° 1121-2017

III. Las comunicaciones cursadas por los **ASEGURADOS o BENEFICIARIOS** al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la **ASEGURADORA**.

IV. Los pagos efectuados por los **ASEGURADOS** o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La **ASEGURADORA**

El **ASEGURADO** manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento. La **ASEGURADORA** remitirá comunicaciones escritas al domicilio del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de la **ASEGURADORA**, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el **ASEGURADO** no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones al **CONTRATANTE y/o** a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

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, expreso, inequívoco, previo e informado para que Rímac Seguros y Reaseguros (en adelante, "RIMAC SEGUROS") realice el tratamiento de mis datos personales, incluyendo dentro de este concepto a imágenes, fotos y/o cualquier material audiovisual sobre mi persona (en adelante, "Datos personales"), a fin de ejecutar las relaciones contractuales que mantenga vigentes o que pudiera sostener en el futuro con RIMAC SEGUROS, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que se evalúe la calidad del producto o servicio brindado.

Declaro tener conocimiento sobre mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Asimismo, autorizo que para la finalidad descrita en el párrafo precedente, RIMAC SEGUROS realice el tratamiento de mis Datos Personales por encargo a terceros a nivel nacional y/o internacional (mediante Flujo Transfronterizo), pudiendo transferir mis Datos Personales a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al que pertenece.

El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel nacional se encuentran en el siguiente enlace: www.rimac.com. El listado de los terceros que podrán realizar tratamiento por encargo a nivel internacional, se encuentran en el siguiente enlace: www.rimac.com. A estos terceros les son aplicables las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales que a RIMAC SEGUROS.

Declaro estar informado que la autorización brindada perdurará mientras se mantenga vigente mi relación contractual con RIMAC SEGUROS y hasta por diez (10) años desde culminada la misma. Los Datos Personales serán almacenados en el banco de datos de RIMAC SEGUROS, la misma que consta en el domicilio inscrito 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 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 SEGUROS, 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 ante el Poder Judicial mediante la acción de hábeas data.

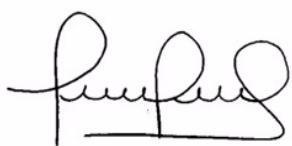
CONTRATACIÓN POR CANALES DIGITALES.

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 manuscrita 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 _____



CAROLINA VENTURO FARRO
GERENTE PRODUCTOS DE SALUD INDIVIDUALES
RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

ASEGURADO

RESPONSABLE DE PAGO

**ANEXO 1
MANUAL DE USO DEL PLAN DE ASISTENCIAS EN SALUD**

Recuerda que este Beneficio cuenta con un período de carencia de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado de Seguro. No obstante, el periodo de carencia para la asistencia de despistaje oncológico es de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia.

El Beneficio de Asistencia en Salud es gestionado y operado por la empresa IMPULSA365 S.A.C. (en adelante EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA) cuyo Manual de Uso se detalla a continuación. Se deja constancia que el Prestador de la Asistencia podría variar durante la vigencia del Certificado, por lo que te sugerimos que te informes sobre los términos y condiciones de la Asistencia en www.rimac.com/content/dam/rimac/common/documentos/salud-a-tu-alcance.pdf

Recuerda que para hacer uso de cualquier asistencia descrita en el presente documento, debes comunicarte previamente a la línea de asistencias (01) 613-6352 en el siguiente horario de atención: Lunes a viernes: de 9 a.m. a 6 p.m. / Sábados: de 9 a.m. a 1 p.m.

ASISTENCIAS		
SERVICIOS AMBULATORIOS	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Consulta Médica Ambulatoria	Co-pago S/ 40	9 eventos (con una diferencia de 7 días entre consultas). Solo Medicina General, Ginecología y Pediatría.
Exámenes de imágenes (RAYOS X) derivados de consulta médica en la red afiliada	S/ 100	4 Eventos (1 evento cada 3 meses)
Médico a domicilio	Co-pago S/ 30	Sin límite
Médico a domicilio para pacientes diagnosticados con Covid19 (Que requieran un médico para un diagnóstico ajeno al covid-19)	Co-pago S/ 60	2 Eventos
Medicamentos genéricos derivados del médico a domicilio y médico a domicilio para pacientes diagnosticados con COVID-19 (tratamientos no mayores a 15 días)	Hasta S/ 40	6 Eventos
Orientación psicológica telefónica	Al 100%	2 Eventos
Telemedicina (Medicina General, Ginecología y Pediatría.)	12 eventos (Sin co-pago). Posterior a los 12 eventos, co-pago S/ 30	Sin límite
SERVICIOS DE LABORATORIO	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Exámenes derivados de la consulta médica ambulatoria (Hemograma completo, glucosa, orina)	S/ 100	4 Eventos (1 evento cada 3 meses)
SERVICIOS DE DESPISTAJE ONCOLÓGICO	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS POR AÑO
Despistaje oncológico	Co-pago S/ 60	1 Evento. Carencia 6 meses

SERVICIO DESPISTAJE ONCOLOGICO - MUJERES	RANGO ETARIO			
	Desde 17 años	18 a 39 años	40 a 49 años	> 50 años
Despistaje evaluación física				
Búsqueda de neoplasia maligna de piel	X	X	X	X
Palpación de ganglios auxiliares, cervicales e inguinales	X	X	X	X
Examen de cavidad oral	X	X	X	X
Palpación de tiroides	X	X	X	X
Examen ginecológico				
Mamografía		X	X	X
Ecografía mamaria (entre 30 - 39 años)		X		
Mamografía bilateral (entre 40 - 74 años)			X	X
Papanicolaou		X	X	X
Cultivo de secreción vaginal		X	X	X
Colonoscopia (entre 50 - 75 años / cada 10 años)				X
Análisis clínicos				
Hemograma completo, proteína c-reactiva	X	X	X	X
Lectura de informes y resultados de despistaje				
	X	X	X	X

SERVICIO DESPISTAJE ONCOLOGICO - HOMBRES	RANGO ETARIO		
	Desde 17 años	18 a 49 años	> 50 años
Despistaje evaluación física			
Búsqueda de neoplasia maligna de piel	X	X	X
Palpación de ganglios auxiliares, cervicales e inguinales	X	X	X
Examen de cavidad oral	X	X	X
Palpación de tiroides	X	X	X
Examen urológico			
Palpación de sistema reproductor masculino	X	X	X
PSA - Antígeno prostático			X
Palpación de próstata	X	X	X
Colonoscopia (entre 50 - 75 años / cada 10 años)			X
Análisis clínicos			
Hemograma completo y proteína c-reactiva	X	X	X
Lectura de informes y resultados de despistaje			
	X	X	X

DESCRIPCIÓN DE LAS ASISTENCIAS EN SALUD

SERVICIOS AMBULATORIOS

CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

Cuando el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera realizar consulta médica en medicina general y ginecología, EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA 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 la cita correspondiente para que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sea atendido. **Este servicio se brindará con un CO-PAGO DE S/40.00 POR ATENCIÓN, 9 EVENTOS AL AÑO (CON UNA DIFERENCIA DE 7 DÍAS ENTRE CONSULTAS).** ****

Solo se reembolsará S/ 15.00 por consulta y sólo en aquellos casos donde no exista red de centros médicos afiliados hasta un máximo de 4 eventos por año. ****

EXÁMENES DE IMÁGENES DERIVADO DE LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA EN LA RED AFILIADA

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera de un examen de imágenes (rayos x) luego de la consulta médica agendada por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA en nuestra red médica. EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA cubrirá el costo de los rayos X máximo de 3 placas. El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA S/. 100.00 POR EVENTO y 4 EVENTOS AL AÑO (1 CADA 3 MESES).**

Los mismos deben ser derivados de la consulta médica, a través del médico que atendió la urgencia y validados previamente por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA, asimismo, en caso no exista disponibilidad de la máquina de Rayos X con la red de prestadores, EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA, autorizará previamente al cliente para que realice la atención en otro establecimiento, cubriendo esta atención bajo la modalidad de reembolso con un tope máximo de s/. 100 soles por evento , la autorización y validación deberá de ser por medio de la receta entregada por el médico que atendió la urgencia.

MÉDICO A DOMICILIO

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sufra una enfermedad o padecimiento del momento agudo de baja complejidad y que requiera la evaluación o diagnóstico de un Médico General, EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del TITULAR, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA, no están cubiertas, y EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros. **EL SERVICIO TIENE UN CO - PAGO DE S/. 30.00 NUEVOS SOLES POR ATENCION Y EVENTOS ILIMITADOS AL AÑO.** Es importante mencionar que el medico a domicilio no entrega descansos médicos, ni recetas de continuidad médica al Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

MÉDICO A DOMICILIO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON COVID-19

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados desea solicitar la evaluación o visita de un Médico General por afecciones o enfermedades que este padeciendo en ese momento (ajenos a la COVID-19) y mencione durante el triaje médico telefónico que es paciente positivo al COVID-19, A365 gestionará y cubrirá el costo del traslado del médico a la residencia del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados, con los implementos de bio seguridad descritos bajo la norma de Salud Vigente, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita.

Esta asistencia no cubrirá atenciones ni tratamientos relacionados al COVID-19 diagnosticados sobre el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA, no están cubiertas, y EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA no se responsabiliza por los servicios médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros.

EL SERVICIO TIENE UN CO-PAGO DE S/. 60.00 NUEVOS SOLES POR ATENCION Y 2 EVENTOS AL AÑO.

Es importante mencionar que el medico a domicilio no entrega descansos médicos y recetas de continuidad médica al Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

Para la visita de medico a domicilio por diagnóstico de "Covid-19", el servicio no incluye la entrega de medicamentos relacionados a la Covid-19 pero si cubre medicamentos por afecciones o enfermedades ajenas a la Covid-19.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS DERIVADOS DEL MÉDICO A DOMICILIO Y MÉDICO A DOMICILIO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON COVID-19 (TRATAMIENTO NO MAYORES A 15 DÍAS)

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera de la entrega de medicamentos genéricos luego de la consulta médica a domicilio por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA con nuestra red médica. EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA cubrirá la entrega o el reembolso de dichos medicamentos hasta por un tratamiento máximo de 15 días. **El servicio aquí indicado se realizará: HASTA S/.40,00 Y 6 EVENTOS AL AÑO.**

Los medicamentos derivados de la consulta de Medico a Domicilio, son genéricos. Estos deben ser recetados por el doctor dentro de la atención médica a domicilio y la cobertura abarca a medicamentos destinados a solucionar la urgencia del paciente, se brinda 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.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA:

En caso de evento traumático el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados podrá solicitar a través de EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA el apoyo de un médico especialista vía telefónica, el cual le brindará la orientación psicológica necesaria en temas de bullying, problemas familiares, despidos, enfermedades, entre otros. Cada orientación tendrá un tiempo máximo de 30 minutos.

El servicio aquí indicado se realizará: SIN COSTO Y 2 EVENTOS AL AÑO.

TELEMEDICINA:

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requieran de una consulta médica por video llamada ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean emergencia), EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA gestionará la habilitación de un consultorio virtual con un médico en las especialidades de Medicina General y Ginecología.

Este servicio se brindará las 24 horas del día. El servicio aquí indicado se realizará: 12 EVENTOS AL AÑO SIN COSTO. Posterior a esta cantidad de eventos, cada consulta por telemedicina tendrá un co-pago de S/ 30.00. Para hacer uso de la telemedicina el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados deberá comunicarse previamente con la línea de asistencias (01) 613-6352 y solicitar la cita.

IMPORTANTE: el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados debe previamente llamar a la línea de asistencia(01) 613-6352 para que le enviemos luego del triaje telefónico un link por mail o por sms para la videoconsulta. El servicio de Telemedicina podrá recetar medicamentos para que el cliente los pueda comprar.

El servicio de telemedicina no incluye la entrega de medicinas.

SERVICIOS DE LABORATORIO

EXÁMENES DE LABORATORIO DERIVADOS DE LA CONSULTA MÉDICA AMBULATORIA

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera de exámenes de laboratorio luego de la consulta médica agendada por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA en nuestra red médica. EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA cubrirá el costo de estos exámenes máximo de 3 exámenes (hemograma completo, glucosa, orina). El servicio aquí indicado se realizará: **HASTA S/. 100.00 POR EVENTO y 4 EVENTOS AL AÑO (1 CADA 3 MESES).**

Los mismos deben ser derivados de la consulta médica, a través del médico que atendió la urgencia y validados previamente por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA, asimismo, incluir que en caso de reembolso debe de ser autorizado previamente por EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA, la autorización y validación deberá de ser por medio de la receta entregada por el médico que atendió la urgencia.

SERVICIO DE DESPISTAJE ONCOLÓGICO

LOS SIGUIENTES SERVICIOS SERÁN UN PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES

La carencia finaliza en el mes 6, por lo que el cliente puede hacer uso del despistaje oncológico desde el primer día del mes 7, en donde el cliente debe mantener activa la póliza y vigente.

DESPISTAJE - EVALUACION FISICA (Aplica para Hombre o Mujer)

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera se realice examen de despistaje oncológico, el cual incluye los siguientes exámenes: Neoplasia maligna de piel, Palpación de ganglios axilares, cervicales e inguinales, examen de cavidad oral, palpación de tiroides, EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA gestionará con nuestra red médica para la atención de Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados. El servicio aquí indicado se realizará: **CON UN CO - PAGO DE S/. 60.00 SOLES Y 1 EVENTO AL AÑO.**

Dentro de la cobertura de despistaje el servicio incluye:

Hemograma completo, proteína y c- reactiva

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera realizar análisis clínicos (hemograma, proteína y c- reactiva), EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA gestionará la coordinación previa de nuestro call center, a través de su red de proveedores de clínicas puedan referenciar algún centro para que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados a través nuestra red de laboratorio realice la programación de análisis.

Lectura de informes y resultados de despistaje (Cita con Médico Oncólogo)

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera realizar la lectura de informes y resultado de despistaje, EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA a través de su proveedor de servicios a solicitud del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados, coordinará y cubrirá el costo de la cita médica en los centros médicos afiliados a su red para que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados sea atendido.

EXAMEN GINECOLÓGICO (PARA MUJERES):

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera realizar examen de ginecología (mamografía, ecografía mamaria entre 30-39 años, mamografía Bilateral entre 40-74 años, papanicolau, cultivo de secreción vaginal, colonoscopia entre 50-75 años cada 10 años), EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA coordinara a través de su proveedor de servicios, para que a través de su red de proveedores de clínicas puedan referenciar algún centro para el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

EXAMEN UROLÓGICO (PARA HOMBRES):

En caso de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados requiera realizar examen de Urología (Palpación de sistema reproductor masculino, PSA antígeno próstata, palpación de próstata, colonoscopia entre 50- 75 años, cada 10 años), EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA gestionará a través de su red de proveedores de clínicas puedan referenciar algún centro para que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.

1. EXCLUSIONES MÉDICAS:

Están excluidos de esta cobertura las prestaciones y hechos siguientes:

- Los servicios que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados haya concertado por su cuenta, sin previa coordinación con EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA través de su proveedor de servicios.
- La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación en toda clase de competencias deportivas profesionales, es decir, prácticas amateurs son
- 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. Tampoco se cubrirá el servicio de farmacias ni imágenes.
- Están también excluidas todas las enfermedades psicológicas mentales y/o afines, así como sus consecuencias.
- Están excluidas de la presente cobertura las pandemias, sospechas de pandemias y epidemias advertidas por la OMS o MINSA, para lo cual se deberá seguir el protocolo de atención según el MINSA haya notificado.

2. EXCLUSIONES GENERALES:

No son objeto de los SERVICIOS, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- La mala fe del Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados comprobada por el personal de EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA.
- Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.
- Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.
- Cuando el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Cuando el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados no se identifique como TITULAR de RIMAC SEGUROS.

- Cuando el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este documento.
- En caso de que el costo del servicio de exceda el monto establecido, este excedente será cubierto por el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados.
- EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA avisará a RIMAC SEGUROS de los servicios improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre y cuando que por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

3. OBLIGACIONES DEL TITULAR:

Con el fin de que el Asegurado Titular y/o Dependientes Asegurados pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de realizar gastos sin haber consultado previamente con EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA.
2. El TITULAR deberá llamar a la Central: (01) 613-6352.
3. Seguidamente, deberá identificarse con el nombre del TITULAR, DNI, teléfono y dirección para la validación respectiva.
4. El SERVICIO se efectuará las 24 horas del día los 365 días del año, incluyendo los días feriados y no laborables

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que EL PRESTADOR DE LA ASISTENCIA podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.

TERRITORIALIDAD PARA SERVICIOS MEDICOS:

Lima Metropolitana, Callao y Balnearios

Por el Norte: Hasta la Variante de Ancón.

Por el Sur: Hasta Villa el Salvador (en verano se amplía hasta Asia).

Por el Este: Hasta Chosica.

Por el Oeste: Hasta la Punta.

Provincias: El radio de acción será de 40km. a la redonda, partiendo del centro de cada ciudad.

Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote y Huaraz.

Por el Sur: Chincha, Pisco, Ica, Arequipa, Juliaca, Puno y Tacna.

Por el Este: Huancayo, Huánuco y Cuzco.

Por el Oriente: Amazonas, La Libertad, Lambayeque, Loreto, San Martín.

Para las ciudades donde no exista infraestructura pública o privada para la prestación del servicio I365 coordinará con el cliente la clínica más cercana a la ciudad donde viva el cliente y programará su cita. En caso de que I365 no ubique proveedor disponible por disponibilidad o tiempos prolongados se realizará el reembolso correspondiente de la atención que no se pueda prestar (bajo los límites máximos establecidos de acuerdo a la asistencia), siempre que el cliente se contacte previamente a la central (01) 613-6352