

MANUAL DE USO DE BENEFICIOS DEL CLUB RIMAC PLAN PLATINUM

EL PRESENTE PROGRAMA DE ASISTENCIAS ESTARÁ DISPONIBLE A LOS 10 DÍAS DE HABER INICIADO LA VIGENCIA DEL SEGURO DE VIDA CON RIMAC SEGUROS

Este Beneficio del CLUB RIMAC es gestionado y operado por un proveedor de servicios de Rimac a los clientes que hayan aceptado la contratación del Seguro de Vida, conforme los términos y condiciones establecidos en el presente documento. Estos beneficios estarán vigentes hasta el 30 de Setiembre 2021 y siempre que el cliente mantenga vigente y al día en sus pagos sus seguros de Vida con una prima anual no menor a USD 250 (Doscientos cincuenta con 00/100 dólares americanos) o su equivalente en moneda nacional.

Cabe resaltar que, al ser un beneficio otorgado por Rimac, cabe la posibilidad que dichos beneficios sean modificados y/o brindados por otros proveedores de servicios, y a sola decisión de Rimac. Cualquier cambio o variación del beneficio otorgado por Rimac podrá revisarlo en <https://www.rimac.com/content/dam/rimac/common/documentos/solicitudes/MANUAL-DE-USO-Plan-PLATINUM.pdf>

Cada vez que en este documento se use la expresión **ASEGURADO**, se entiende que, dentro de dicho término, y solo para efectos de estos Beneficios, se incluye a quien contrató un Seguro de Vida durante la vigencia de estos beneficios señalada en párrafos precedentes.

1. OBJETO:

EL PROVEEDOR brindará a los **ASEGURADOS**, los servicios que se indican en el presente documento, y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los **ASEGURADOS**.

2. BENEFICIOS:

Beneficio	# Eventos al semestre	Límite de cobertura
Cuerpo sano		
Orientación Médica Telefónica	Sin Límite	100%
Telemedicina (Consulta médica virtual)	Sin Límite	100%
Ambulancia por Enfermedad o Accidente (Emergencia, Urgencia y COVID19)	02 eventos al semestre	100%
Medicamentos derivados de consulta médica (Telemedicina)	03 eventos al semestre	S/. 40.00
Mente sana		
Orientación psicológica telefónica	02 eventos al semestre	100%
Descuentos en establecimientos (Asegurado puede usarlo con quien desee)	Sin límite	% de descuento según condiciones del establecimiento

Importante:

- Contarán con estos beneficios el **ASEGURADO** de un Seguro de Vida y quien designe el **ASEGURADO**. No existe un límite de beneficiarios por póliza.
- El **ASEGURADO** podrá solicitar cualquiera de los servicios descritos (excepto los descuentos en establecimientos) en el presente documento llamando a la Central Telefónica al +51(1) 411-3043 para Lima y provincia. Solo para solicitar Soporte para los Descuentos en establecimientos, contactarse al +51(1)411-3053.
- **Medios para comunicar aspectos de la asistencia:** El **ASEGURADO** acepta expresamente que los datos de contacto que usará **EL PROVEEDOR** para comunicar cualquier aspecto relacionado con este Programa de Beneficios Vida serán correo electrónico, Central Telefónica, celular y dirección física.
- **Medios habilitados por EL PROVEEDOR para presentar reclamos:** En caso de reclamo, el **ASEGURADO** cuenta con la Central Telefónica al +51(1) 411-3043 para Lima y provincia.

3. DETALLE DE ASISTENCIAS:

CUERPO SANO

1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

Si durante la vigencia del servicio de asistencia, el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requieren de una Orientación Telefónica Médica ante cualquier molestia que sufriera (situaciones que no sean Emergencia), **EL PROVEEDOR** gestionará y coordinará el enlace telefónico con un médico especialista en medicina general para poder absolver la consulta requerida, cuyo costo será cubierto por el **PROVEEDOR**. La atención estará disponible las 24 horas los 365 días del año

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número de eventos en el semestre por **ASEGURADO** es ilimitado.

2. TELEMEDICINA (Consulta médica virtual)

El **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio tendrán acceso a una red de profesionales de la salud brindada por el **PROVEEDOR**, con quienes podrá agendar de manera virtual una consulta médica mediante la comunicación a distancia a través de una plataforma de video conferencia que realiza el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio con un profesional médico de Medicina General o Pediatría sobre su estado de salud, realizando una evaluación y brindándole una receta médica y tratamiento, según criterio de este profesional. El servicio no incluye el costo de tratamiento, exámenes ni medicinas.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número de eventos en el semestre por **ASEGURADO** es ilimitado.

3. AMBULANCIA (TRASLADO MÉDICO TERRESTRE) POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE (EMERGENCIA, URGENCIA Y COVID19):

En caso que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio sufran una emergencia médica o urgencia a consecuencia de una enfermedad (incluso COVID19) o accidente que le provoquen lesiones o traumatismos tales que requiera traslado a un hospital y/o clínica, **EL PROVEEDOR** gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre siempre y cuando exista la infraestructura pública o privada que lo permita.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número máximo de eventos por **ASEGURADO** son dos (02) al semestre por enfermedad (incluso COVID19) y/o accidente.

4. MEDICAMENTOS DERIVADOS DE CONSULTA MÉDICA (TELEMEDICINA)

En caso de que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requieran de la entrega de medicamentos recetados por el doctor dentro del Servicio de Telemedicina realizada por **EL PROVEEDOR** a través de su red de prestadores de servicio, **EL PROVEEDOR** cubrirá el costo de los medicamentos destinados a solucionar la urgencia del paciente y para un máximo de hasta 15 (quince) días de tratamiento.

Condiciones del Servicio: Sin requerir copago, el costo de máximo de los medicamentos será S/.40.00 (cuarenta con 00/100 Soles) más el costo del delivery, los que serán cubiertos por el **PROVEEDOR**. El número máximo de eventos es tres (03) al semestre por **ASEGURADO**.

MENTE SANA

5. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

En caso de que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requiera una orientación psicológica, **EL PROVEEDOR** coordinará y gestionará una cita vía telefónica con un psicólogo profesional para atender las inquietudes o problemas personales efectuadas por el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio, con el fin de evaluar, reconocer al cliente y hacerle seguimiento si lo requiere.

Es importante que el profesional que brinde la primera consulta al **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio sea el mismo que realice las sesiones de seguimiento.

Condiciones del Servicio: El costo del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR** sin requerir copago y el número máximo de eventos por **ASEGURADO** son dos (02) al semestre.

6. DESCUENTOS EN ESTABLECIMIENTOS

El **ASEGURADO** tendrá acceso a descuentos y promociones en diferentes establecimientos de la red del **PROVEEDOR** disponibles en la web (<https://www.enjoybeneficios.com/WebEnjoy/login>) y APP Enjoy! Beneficios que podrá descargar desde el App Store (iOS) o Play Store, los que están a su disposición las 24 horas del día, los 365 días del año.

El **ASEGURADO** deberá proporcionar su DNI para utilizar los descuentos los que podrá utilizar las veces que desee y disfrutarlo con la familia.

Estos beneficios cumplen con las siguientes condiciones:

- Cada establecimiento definirá la vigencia de los descuentos
- Cada establecimiento contará con sus términos y condiciones particulares., que serán detallados y manifestados previamente al canje, con el fin de que el cliente brinde conformidad.
- Contar como mínimo un establecimiento reconocido y con cobertura a nivel nacional.

Condiciones del Servicio: El servicio cuenta con un porcentaje de descuento (%) acuerdo al plan elegido y el número de eventos por **ASEGURADO** es ilimitado.

4. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS PLANES:

No quedará cubierto por las disposiciones de estas condiciones además lo siguiente:

- Cuando el **ASEGURADO** no se identifique como tal para uso de los servicios o no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
- Los resultantes de los servicios que el **ASEGURADO** haya contratado sin el previo consentimiento del **PROVEEDOR**.
- Mala fe del **ASEGURADO**, comprobada por el personal del **PROVEEDOR** o si en la petición mediare mala fe.

EXCLUSIONES APLICABLES A LAS ASISTENCIAS DE LA CATEGORÍA CUERPO SANO

No será objeto de atención las siguientes condiciones:

- Requerimiento del servicio de asistencia como consecuencia de accidentes ocurridos durante participación en competencias y/o durante la práctica de deportes de alto riesgo.
- Traslados médicos por lesiones originada, directa o indirectamente, de actos realizados por el **ASEGURADO** con dolo o mala fe.
- Requerimiento del servicio de asistencias como consecuencia de intento de suicidio, auto mutilación o autolesión.
- Requerimiento del servicio por accidentes, emergencias o estados patológicos causados por encontrarse el **ASEGURADO** en estado de ebriedad y/o bajo los efectos o influencia de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos, y/o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

Si bien el **PROVEEDOR** no está obligado a brindar servicio en estas situaciones, el **PROVEEDOR** brindará al **ASEGURADO** alguna alternativa cuyo costo que será asumido por el **ASEGURADO**.

5. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de asistencia se prestarán a nivel nacional, Lima y provincias a excepción de:

- Amazonas
- Madre de Dios
- Loreto a excepción de Iquitos
- Pasco
- Huancavelica
- Huánuco

Según el siguiente radio de acción:

- **Lima Metropolitana:** Callao y Balnearios:
 - Por el Norte: hasta Ancón, inclusive.
 - Por el Sur: hasta Cañete (KM 144), inclusive
 - Por el Este: hasta Chaclacayo, Chosica y Cieneguilla, inclusive
 - Por el Oeste: La Punta, inclusive
- **Provincias:** el radio de acción será de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.
 - Por el Norte: Tumbes, Piura, Sullana, Talara, Cajamarca, Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Huaraz, Huaral,

Barranca.

- Por el Sur: Ica, Chincha, Pisco, Arequipa, Juliaca, Puno, Moquegua, Ilo, Tacna.
- Por el Este: Huancayo, Ayacucho, Cusco.
- Por el Oriente: Tarapoto, Iquitos.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51(1) 411-3043 para Lima y para provincias los 365 días del año.

Los referidos servicios serán atendidos por **EL PROVEEDOR** con la mayor prontitud posible y de acuerdo a los niveles de servicio esperados por **RIMAC SEGUROS**. Al momento de llamar los **ASEGURADOS**, o la persona que solicite el servicio, deberán indicar los siguientes datos sobre el **ASEGURADO**:

- Nombre y Apellidos (*)
- DNI (*)
- Dirección y teléfono
- Tipo de servicio que precise
- Relación con el **ASEGURADO**
- Nombres y Apellidos del Beneficiario designado por el **ASEGURADO**
- DNI del Beneficiario designado por el **ASEGURADO** que requiere el servicio según el alcance del servicio

(*) Datos obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

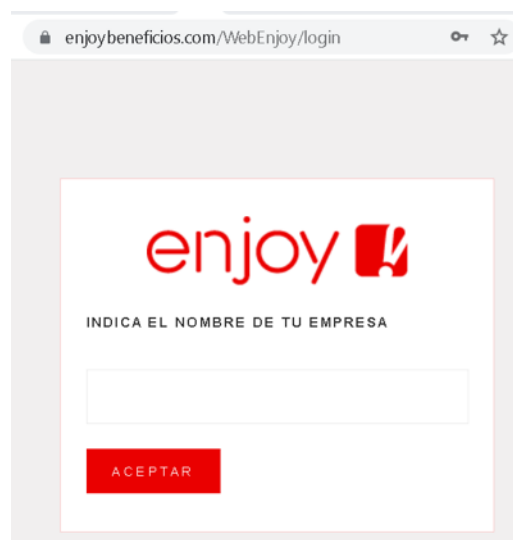
Para todos los casos, el **PROVEEDOR** tendrá siempre derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento que se estime pertinente que sean necesarios para la evaluación del siniestro correspondiente.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el **PROVEEDOR** le prestará al **ASEGURADO** o Beneficiario designado por el **ASEGURADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. En caso de que el **ASEGURADO** no cumpla con los requisitos indicados, el **PROVEEDOR** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente contrato frente al **ASEGURADO**.

Para asegurar la calidad del servicio, toda llamada a la Central Telefónica del **PROVEEDOR** será registrada en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes de los **ASEGURADOS**, por lo que el **ASEGURADO** autoriza expresamente al **PROVEEDOR** para dichos fines.

7. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A LOS DESCUENTOS EN ESTABLECIMIENTOS

- A. El **ASEGURADO** deberá ingresar a <https://www.enjoybeneficios.com/WebEnjoy/login>) o descargar en su celular APP Enjoy! Beneficios desde el App Store (iOS) o Play Store



- B. El **ASEGURADO** deberá ingresar el nombre de la empresa “RIMAC SEGUROS” y dar click en el botón “Aceptar”.



The screenshot shows the 'enjoy' app interface. At the top is the 'enjoy' logo in red. Below it, the text 'INDICA EL NOMBRE DE TU EMPRESA' is displayed. A text input field contains 'RIMAC SEGUROS'. Below the input field is a red button labeled 'ACEPTAR'.

- C. El **ASEGURADO** deberá ingresar su DNI y su contraseña y dar click en el botón “Ingresar”. La 1ª vez que se acceda a esta plataforma, la contraseña será “123456”. Luego, el **ASEGURADO** podrá modificar su contraseña y accederá a la plataforma con esta última.



The screenshot shows the 'enjoy' app interface for login. At the top is the 'enjoy' logo in red. Below it, the text 'DNI' is displayed above a text input field containing '44444444'. Below that, the text 'Contraseña' is displayed above a password input field containing '.....'. Below the password field is the text 'Olvide mi contraseña'. At the bottom, there are two buttons: a red button labeled 'INGRESAR' and a white button with a red border labeled 'ACTIVAR CUENTA'.

- D. Para acceder a los descuentos, el **ASEGURADO** deberá revisar los Términos y Condiciones y verificar que cumpla con estos.
- E. En caso el **ASEGURADO** presente dificultades para acceder a la plataforma, deberá llamar a la Central de Telefónica al (01) 411-3053 para que le brinden Soporte, para lo cual deberá identificarse con el nombre del **ASEGURADO** y DNI para la validación respectiva.

8. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por **EL PROVEEDOR**.

EL PROVEEDOR y **RIMAC** quedan relevados de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o caso fortuito ajenos a su voluntad, las prestaciones antes mencionadas no estén disponibles en el lugar en que se encuentre ubicado el **ASEGURADO**, o el inmueble del **ASEGURADO**. No obstante, en estos casos, **EL PROVEEDOR** quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al **ASEGURADO** para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos.

EL PROVEEDOR cubrirá hasta los límites que se señalan a continuación, siempre que hubiese sido autorizado previamente por **EL PROVEEDOR**. En tal evento, **EL PROVEEDOR** reembolsará los gastos

efectivos previo sustento presentado (boleta o factura) por el **ASEGURADO** o Beneficiario designado por el **ASEGURADO** hasta una suma que no exceda de la responsabilidad máxima por evento indicada a continuación:

- **Telemedicina:** S/ 50 (cincuenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento
- **Ambulancia:** S/ 350 (trescientos cincuenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento