

## **AVISO DE SINIESTRO & SOLICITUD DE COBERTURA**

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS, producido un accidente amparado en virtud de esta Póliza, están en la obligación de comunicarlo a LA ASEGURADORA, mediante carta, fax o correo electrónico, dentro de los quince (15) días hábiles de ocurrido. EL plazo establecido no afecta el derecho del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO/s a solicitar la cobertura a través de otras instancias, interponiendo las acciones que correspondan de acuerdo a lo establecido en el marco normativo vigente.

LA ASEGURADORA dará por recibido el aviso respectivo aún con posteridad al plazo indicado anteriormente, cuando se pruebe fehacientemente la imposibilidad de haber efectuado dicho aviso dentro de tal indicado plazo.

Deberán presentarse a LA ASEGURADORA, a través de su plataforma de Servicio al Cliente, ubicada en la Agencia del Distrito de San Isidro (Av. Paseo de la República 3505 – Plataforma Servicio Atención al Cliente) y/o llamando a nuestro Teléfono de Servicio al Cliente al 411-3000 Opción 0 para información adicional, con los siguientes documentos:

### **A) En caso de Fallecimiento Accidental:**

- 1) Copia Certificada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Acta o Partida de defunción del ASEGURADO.
- 2) Copia Certificada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Certificado Médico de defunción del ASEGURADO.
- 3) Copia simple del Documento de Identidad del ASEGURADO.
- 4) Copia legalizada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Documento de Identidad de los beneficiarios mayores de edad y/o copia certificada de la Partida de Nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
- 5) Original del Certificado domiciliario de los beneficiarios menores de edad.
- 6) En caso la póliza detalle a “Herederos legales” como beneficiarios, presentar el Testimonio de Sucesión Intestada, con su respectiva copia Literal actualizada de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada en Registros Públicos.
- 7) Copia legalizada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Informe médico e Historia Clínica del ASEGURADO.
- 8) Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.
- 9) Original o copia legalizada del Protocolo de Necropsia.
- 10) Original y/o copia legalizada del Dosaje etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito).
- 11) Original y/o copia legalizada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas.

### **B) En caso de Invalidez Total Permanente o Invalidez Parcial Permanente (Desmembramiento) por Accidente:**

- 1) Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO.
- 2) Copia Legalizada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) de la Historia Clínica del ASEGURADO, en caso corresponda.
- 3) Copia Legalizada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Informe Médico completo, en caso corresponda.
- 4) Copia Certificada del Atestado policial completo o diligencias fiscales, en caso corresponda.

- 5) Original y/o copia legalizada del Dosaje etílico, en caso corresponda.
- 6) Original del Dictamen de Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD o EPS

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la Ley vigente.

#### **SOBRE LOS DOCUMENTOS EMITIDOS EN EL EXTRANJERO**

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

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de requerir al o los Beneficiario(s) cualquier documento o información adicional en original o copia legalizada, en caso las circunstancias específicas así lo ameriten.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la necropsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los sucesores o Beneficiarios otorgar su conformidad y su concurso, si fueran imprescindibles, para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los herederos y/o Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta de LA ASEGURADORA, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los herederos o Beneficiarios.

En los casos de invalidez, LA ASEGURADORA, con base a los documentos pertinentes presentados determinará la naturaleza o grado de la invalidez, tomando en consideración su aplicación en base a lo establecido en el Anexo A-Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente, en caso de discrepancia, se recurrirá a la opinión de un médico especializado, a libre elección del CONTRATANTE y/o ASEGURADO dentro de la terna de expertos que LA ASEGURADORA le presente al efecto.

Los documentos mencionados y cualesquiera otros certificados y/o pruebas que LA ASEGURADORA estime necesarios, por tener relación con la identidad del accidentado, su calidad de ASEGURADO, su actividad profesional o laboral, su historia clínica o las circunstancias mismas del siniestro; serán suministrados a LA ASEGURADORA por cuenta del ASEGURADO, víctima del accidente, o de sus Beneficiarios en su caso.

La falta de cumplimiento de alguna o de todas las obligaciones y formalidades señaladas en el presente artículo, salvo que se demostrare la imposibilidad de cumplir, hace perder todo derecho a la indemnización, pues queda entendido y convenido que su estricto y total cumplimiento es esencial a los efectos de este Seguro, no pudiendo en caso alguno EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS, alegar como excusa del incumplimiento, la ignorancia, olvido o error de la existencia de la Póliza o del desconocimiento de las obligaciones que imponen sus condiciones.

**C) Para la cobertura de Gastos de Sepelio por Accidente**

- 1) Copia Certificada (con una antigüedad no mayor a 3 meses) del Acta o Partida de defunción del ASEGURADO.**
- 2) Facturas originales de los gastos incurridos.**

**D) Para la cobertura de Gastos de Curación en caso de Accidente:**

**A) Cuando la atención sea por vía crédito se realizara solo en las clínicas afiliadas indicadas en la Póliza. EL ASEGURADO debe de presentar cada vez que se atienda en la clínica lo siguiente:**

- 1) Hoja de Declaración de Accidentes, debidamente llenada, con firma y sello original del CONTRATANTE.**
- 2) Documento de identidad del ASEGURADO.**

• **Requieren Carta de Garantía los siguientes Exámenes y Procedimientos siempre y cuando sean Gastos de Curación en caso de Accidente Cubierto por la Póliza:**

- ✓ **Tomografía Espiral Multicorte (TEM), Tomografía por Emisión de Positrones (PET).**
- ✓ **Exámenes oftalmológicos de imagen como: Tomografía de Coherencia Optica (OCT), Visante OCT, Tomografía Retinal Heidelberg (HRT), Polarimetría de Barrido Láser (GDx), Pentacam, Perimetría Computarizada de alta resolución, etc.**
- ✓ **Resonancia Magnética Nuclear.**
- ✓ **Angiografía Arterial y venosa.**
- ✓ **Procedimientos de Medicina Nuclear (gammagrafías).**
- ✓ **Cateterismo Cardíaco y Procedimientos de Cardiología Invasiva.**
- ✓ **Procedimientos Endoscópicos Terapéuticos programados (de los Aparatos Digestivo, Respiratorio y Génito-Urinario). También y únicamente los siguientes procedimientos diagnósticos: Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica, pHmetríamanometría y Cápsula Endoscópica. Si los hallazgos durante una Endoscopia diagnóstica determinan la necesidad de realizar un procedimiento terapéutico, este debe proceder sin necesidad de solicitar Carta de Garantía ni regularización posterior. El caso se facturará con los requisitos que establecen las Normas de Facturación de Auditoría Médica (Informes Médico, endoscópico, de Anatomía Patológica u otro pertinente).**
- ✓ **Electroencefalograma Digital y Mapeo Cerebral.**
- ✓ **Polisomnografías**
- ✓ **Spect Cerebral**
- ✓ **Cámara Hiperbárica**
- ✓ **Exámenes y Procedimientos no tarifados (de tratarse de una Nueva Tecnología, el proveedor remitirá con anticipación a Rímac el respectivo "Formato de Nueva Tecnología", oportunamente enviado por nuestra Institución).**
- ✓ **Cirugías Ambulatorias con costo mayor a S/. 500.00 (Incluido IGV)**
- ✓ **Todos los casos de atención Hospitalaria.**
- ✓ **Paquetes quirúrgicos**
- ✓ **Radiología invasiva, biopsias dirigidas**
- ✓ **Vertebroplastía, Nucleoplastía.**

- ✓ Colocación y costo de Prótesis, implantes, injertos o trasplantes.
- ✓ Cariotipo, Inmunolectroforesis.
- ✓ Procedimientos ambulatorios con anestesia general.
- ✓ Procedimientos y exámenes con órdenes de otros proveedores.

**B) Cuando sea por vía reembolso la atención del Asegurado será en cualquier Proveedor, aplica para la primera atención (Emergencia) o por todo el tratamiento hasta el límite máximo de la Suma Asegurada que consta en la Condiciones Particulares. La tarifa para los reembolsos se reconocerán tomando como base máxima la Tarifa de la Asociación de Clínicas del Perú. El Asegurado debe de presentar lo siguiente:**

- 1) Factura a nombre de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS (RUC 20100041953) y/o Recibo por Honorarios a nombre del Asegurado ambos documentos deben contar con el sello de cancelado.  
Ticket no es documento válido para reembolso.  
Boleta de venta no es documento válido para reembolso, sin embargo sólo podrán ser aceptados los gastos sustentados con boletas de venta los emitidos sólo por contribuyentes que pertenezcan al Régimen Único Simplificado (RUS) y estén a nombre de Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros.**
- 2) Declaración de accidentes debidamente llenada, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente, nombre, apellidos, edad, dirección de la persona que sufrió el accidente, copia de DNI, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió, asimismo la declaración de accidentes debe estar firmada y sellada por el CONTRATANTE y el médico tratante.**
- 3) Los documentos detallados a continuación están sujetos a evaluación y LA ASEGURADORA podrá solicitar sustentos adicionales según sea el caso:**
  - a. Si es por accidente transito denuncia policial o parte, dosaje etílico para que se evalúe por el médico y dirá si requiere de más información.**
  - b. Si es por robo, adjuntar denuncia policial.**
  - c. Certificado del médico que presto los primeros auxilios a la víctima expresando las causas del accidente y sus consecuencias conocidas o probables.**
  - d. Si se realizaron exámenes presentar orden firmada por el médico y resultados de los mismos.**
  - e. Medicinas: recetas con firma del médico**
  - f. Detalle con costos de todos los gastos realizados (farmacia, curaciones, consultas médicas, exámenes, insumos, etc.).**
  - g. Si el paciente fue intervenido y LA ASEGURADORA otorgo carta garantía deberán enviar copia de la pre-liquidación por el internamiento, reporte operatorio, hoja de anestesia y resultado anatomía patológica dependiente el procedimiento realizado.**