

MANUAL DE USO DE BENEFICIOS DEL CLUB RIMAC PLAN PREMIUM

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 del 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 700 (setecientos 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-PREMIUM.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 contrato 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	Co-pago para acceder al servicio	# Eventos al semestre	Límite de cobertura
Cuerpo sano			
Orientación Médica Telefónica	Gratis	Sin Límite	100%
Envío y Coordinación de Médico a Domicilio	S/30	02 eventos al semestre	100%
Telemedicina (Consulta médica virtual)	Gratis	Sin Límite	100%
Triaje COVID-19 a domicilio	S/30	02 eventos al semestre	100%
Prueba de antígeno o prueba molecular (previo Triaje COVID19)	Gratis	01 evento al semestre	100%
Ambulancia por Enfermedad o Accidente (Emergencia, Urgencia y COVID19)	Gratis	02 eventos al semestre	100%
Medicamentos derivados de consulta médica (Médico a Domicilio o Telemedicina)	Gratis	03 eventos al semestre	S/. 40.00
Chequeo preventivo			
1. Hemograma Completo, Proteína C-Reactiva	Gratis	01 evento al semestre	100%
2. Consulta oftalmológica general	Gratis	01 evento al semestre	100%
3. Mamografía	Gratis	01 evento al semestre	100%
4. Colposcopia	Gratis	01 evento al semestre	100%
5. Estudios de Control de Papanicolau	Gratis	01 evento al semestre	100%

Beneficio	Co-pago para acceder al servicio	# Eventos al semestre	Límite de cobertura
Cuerpo sano			
6. <i>Ecografías</i>	Gratis	01 evento al semestre	100%
7. <i>Palpación de Testículos</i>	Gratis	01 evento al semestre	100%
8. <i>Palpación de pene</i>	Gratis	01 evento al semestre	100%
9. <i>Tacto Rectal (Palpación de próstata)</i>	Gratis	01 evento al semestre	100%
Asistencia Odontológica			
1. <i>Consultas, Examen Clínico y Odontograma</i>	Gratis	01 evento al semestre	100%
2. <i>Odontopediatría: Pulpotomía, Pulpectomía, Topicación de fluor gel ambas arcadas, aplicaciones de sellantes por piezas</i>	S/15	Sin Límite	100%
3. <i>Cirugía dental: Exodoncia simple</i>	S/15	Sin Límite	100%
4. <i>Periodoncia: Profilaxis y fisioterapia</i>	Gratis	Sin Límite	100%
5. <i>Operatoria dental: obturación anterior/posterior con resina simple, compuesta o compleja; reconstrucciones de ángulo con resina y luz halógena</i>	S/15	Sin Límite	100%
6. <i>Tratamiento radicular: endodoncia anterior/posterior, retratamiento de una endodoncia anterior o posterior</i>	S/15	Sin Límite	100%
7. <i>Radiografías: periapicales, Bitewing, oclusal</i>	Gratis	Sin Límite	100%
8. <i>Emergencia Accidental Dental: Cobertura semestral hasta por máximo S/ 800 o su equivalente en dólares</i>	Gratis	Sin Límite	100%
Mente sana			
Orientación psicológica telefónica	Gratis	02 eventos al semestre	100%
Consulta nutricional telefónica	Gratis	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 en el presente documento llamando a la Central Telefónica al +51(1) 411-3053 para Lima y provincia.

- **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 +51(1) 411-3053 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. ENVÍO Y COORDINACIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO:

En caso de que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requieran un médico en su domicilio en situaciones que no sean emergencias, el **PROVEEDOR** coordinará el envío de un médico especialista en Medicina General y/o Pediatría para que evalúe al **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio. Dependiendo del estado de salud del **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio, el médico podrá solicitar la realización de exámenes, recomendar tratamiento o recetar medicinas. El servicio no incluye el costo de tratamiento, exámenes ni medicinas.

Condiciones del Servicio: Para acceder a este beneficio, el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio deberán realizar el copago de S/. 30.00 (Treinta con 00/100 Soles) por cada servicio y el número máximo de eventos por **ASEGURADO** es dos (02) al semestre. Una vez realizado el copago, el costo total del servicio será cubierto por el **PROVEEDOR**.

3. 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.

4. TRIAJE COVID19 A DOMICILIO

En caso de que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requieran la evaluación de un médico general en su domicilio en situaciones que no sean catalogadas como emergencia, por alguna molestia física que causara una sospecha de posible contagio de COVID-19, **EL PROVEEDOR** gestionará el envío de un médico general al domicilio o al lugar donde el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio indiquen siempre y cuando no exista una prohibición o limitación determinada por el Gobierno Central para brindar la atención.

En caso **EL PROVEEDOR** se cerciore sobre sospecha del caso de COVID-10 ordenará la realización de una prueba antígeno o molecular, bajo las condiciones descritas en el inciso 3.5.

Este servicio no incluye las atenciones médicas para la atención de COVID-19 ni tampoco se brindará al **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio que ya hayan sido diagnosticados previamente con COVID-19 anteriormente a la prestación del servicio.

Condiciones del Servicio: Para acceder a este beneficio, el **ASEGURADO** o quien designe el

ASEGURADO como Beneficiario del servicio deberán realizar el copago de S/. 30.00 (Treinta con 00/100 Soles) por cada servicio y el número máximo de eventos por ASEGURADO es dos (02) al semestre. Una vez realizado el copago, el costo total del servicio será cubierto por el PROVEEDOR.

5. PRUEBAS DE ANTÍGENO O MOLECULAR POR COVID-19

Cuando el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio presenten síntomas relacionados al COVID-19 y han pasado por el Triage COVID19 a domicilio con el **PROVEEDOR** y requieren del examen de laboratorio de descarte de COVID19, el **PROVEEDOR** gestionará y coordinará con su Red de Clínicas y Laboratorios la realización del examen de descarte con una prueba de antígeno o molecular.

La atención se brindará siempre y cuando el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio cuente con la orden médica derivada el Triage COVID19 a domicilio realizada por el **PROVEEDOR**.

En caso de atención a domicilio o presencial en laboratorio, el servicio se brindará previa coordinación de cita con **EL PROVEEDOR** y de acuerdo a la disponibilidad del servicio y según las siguientes condiciones:

- Se deberá brindar los resultados de la prueba en un plazo máximo de 48 horas.
- El cliente deberá portar la mascarilla ya que es de uso obligatorio. El personal asistencial por temas de bioseguridad siempre deberá portar su Equipo de Protección (EPP) establecido por el Ministerio de Salud (MINSA). Para todos los casos se utiliza insumos descartables y de uso exclusivo para un paciente.

El **PROVEEDOR** no asumirá gastos relacionados al tratamiento del paciente.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago. El número máximo de eventos al semestre de una prueba de antígeno es de uno (01) por ASEGURADO y el número máximo de eventos al semestre de una prueba de molecular es de uno (01) por ASEGURADO.

6. 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.

7. MEDICAMENTOS DERIVADOS DE CONSULTA MÉDICA (MÉDICO A DOMICILIO O 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 de la atención médica a domicilio o 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.

8. CHEQUEOS PREVENTIVOS

3.8.1. HEMOGRAMA COMPLETO, PROTEÍNA C-REACTIVA:

En caso de que el **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio requieran realizarse los exámenes de Hemograma completo y Proteína c-reactiva, EL **PROVEEDOR** gestionará y coordinará una cita con el laboratorio disponible más cercano a la vivienda del **ASEGURADO** o quien designe el **ASEGURADO** como Beneficiario del servicio.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.8.2. CONSULTA OFTALMOLOGICA GENERAL (MEDICIÓN DE VISTA, FONDO DE OJO)

En caso el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio lo solicite, EL PROVEEDOR coordinará una cita médica con un especialista en oftalmología el cual realizará un despistaje para prevención de enfermedades y medición ocular (fondo de ojo).

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

Exclusiones del Servicio: Quedan excluidas de la presente cobertura los tratamientos, operaciones, lentes o medicamentos.

3.8.3. MAMOGRAFIA:

Cuando se requiera realizar un examen de Mamografía, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio podrán solicitarlo al PROVEEDOR quien coordinará el examen en la red de clínicas disponibles que brinde EL PROVEEDOR al momento de la comunicación.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.8.4. COLPOSCOPIA:

Cuando se requiera realizar un examen de Colposcopia, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio podrán solicitarlo al PROVEEDOR quien coordinará el examen en la red de clínicas disponibles que brinde EL PROVEEDOR al momento de la comunicación.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.8.5. ESTUDIOS DE CONTROL PAPANICOLAU:

Cuando se requiera realizar un Estudio de control Papanicolau, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio podrán solicitarlo al PROVEEDOR quien coordinará el examen en la red de clínicas disponibles que brinde EL PROVEEDOR al momento de la comunicación.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.8.6. ECOGRAFIAS:

Cuando se requiera realizar un examen de Ecografías, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio podrán solicitarlo al PROVEEDOR quien coordinará el examen en la red de clínicas disponibles que brinde EL PROVEEDOR al momento de la comunicación.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.8.7. PALPACIÓN DE TESTÍCULOS:

Cuando se requiera realizar un examen de Palpación de Testículos, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio podrán solicitarlo al PROVEEDOR quien coordinará el examen en la red de clínicas disponibles que brinde EL PROVEEDOR al momento de la comunicación.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.8.8. PALPACIÓN DE PENE:

Cuando se requiera realizar un examen de Palpación de Pene, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio podrán solicitarlo al PROVEEDOR quien coordinará el examen en la red de clínicas disponibles que brinde EL PROVEEDOR al momento de la comunicación.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.8.9. TACTO RECTAL (PALPACIÓN DE PRÓSTATA)

Cuando se requiera realizarse un examen de Tacto Rectal (palpación de próstata), el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio podrán solicitarlo al PROVEEDOR quien coordinará el examen en la red de clínicas disponibles que brinde EL PROVEEDOR al momento de la comunicación.

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

9. ASISTENCIAS ODONTOLÓGICAS

En las atenciones se cubrirán todo tipo de gasto odontológico como son Honorarios, Exámenes y Procedimientos Auxiliares así como anestesia, materiales, insumos y otros que los odontólogos del PROVEEDOR soliciten para su realización dentro de los ámbitos de su infraestructura o a través de terceros considerando los límites, gastos no cubiertos y exclusiones.

Este servicio incluye:

• Odontología General y Odontopediatría

La cobertura de Odontología General y Odontopediatría está referida a los gastos Ambulatorios que impliquen las atenciones relacionadas a:

3.9.1. Consultas, Examen Clínico y Odontograma

Condiciones del servicio: El costo del servicio será cubierto por el PROVEEDOR sin requerir copago y el número máximo de eventos por ASEGURADO es de un (01) al semestre.

3.9.2. **Odontopediatría:** Pulpotomía, Pulpectomía, Topicación de flúor gel ambas arcadas, aplicaciones de sellantes por piezas

Condiciones del Servicio: Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio deberán realizar el copago de S/. 15 (Quince con 00/100 Soles) por cada servicio y el número máximo de eventos por ASEGURADO es ilimitado. Una vez realizado el copago, el costo total del servicio será cubierto por el PROVEEDOR.

3.9.3. **Cirugía dental:** Exodoncia simple

Condiciones del Servicio: Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio deberán realizar el copago de S/. 15 (Quince con 00/100 Soles) por cada servicio y el número máximo de eventos por ASEGURADO es ilimitado. Una vez realizado el copago, el costo total del servicio será cubierto por el PROVEEDOR.

3.9.4. **Periodoncia:** Profilaxis y fisioterapia

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

3.9.5. **Operatoria dental:** obturación anterior/posterior con resina simple, compuesta o compleja; reconstrucciones de ángulo con resina y luz halógena

Condiciones del Servicio: Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio deberán realizar el copago de S/. 15 (Quince con 00/100 Soles) por cada servicio y el número máximo de eventos por ASEGURADO es ilimitado. Una vez realizado el copago, el costo total del servicio será cubierto por el PROVEEDOR.

3.9.6. **Tratamiento radicular:** endodoncia anterior/posterior, retratamiento de una endodoncia anterior o posterior

Condiciones del Servicio: Para acceder a este beneficio, el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio deberán realizar el copago de S/. 15 (Quince con 00/100 Soles) por cada servicio y el número máximo de eventos por ASEGURADO es ilimitado. Una vez realizado el copago, el costo total del servicio será cubierto por el PROVEEDOR.

3.9.7. **Radiografías:** periapicales, Bitewing, oclusal

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

• **Emergencia Accidental Dental**

Se califica como Emergencia Accidental Dental a aquella declarada al PROVEEDOR a través de su Central Telefónica dentro de las primeras doce (12) horas producido el evento. Vencido este plazo, el tratamiento realizado será cubierto en función al tipo de actividad y/o los procedimientos complementarios requeridos, según lo estipulado en la presente Cláusula Adicional de Asistencia Dental. En el caso de las Consultas Dentales de Seguimiento posteriores al evento, estas serán cubiertas al 100% hasta los diez (10) primeros días de ocurrido el accidente.

Condiciones del Servicio: Sin requerir copago, la cobertura semestral por ASEGURADO es de máximo S/ 800 o su equivalente en dólares y el número máximo de eventos es ilimitado

MENTE SANA

10. 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.

11. CONSULTA NUTRICIONAL TELEFÓNICA

En caso de que el ASEGURADO o quien designe el ASEGURADO como Beneficiario del servicio requiera una consulta nutricional, EL PROVEEDOR coordinará y gestionará una cita vía telefónica con un profesional especialista en nutrición, respecto a temas como alimentación sana, alimentación especial para tercera edad, nutrición infantil, control de alimentos por enfermedades específicas, entre otros temas relacionados.

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.

12. 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.

EXCLUSIONES APLICABLES A LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

No se cubren causas, consecuencias ni complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico, que no estén cubiertas en esta Asistencia Dental, ni las atenciones que no hayan sido realizadas por alguno de la red de prestadores de servicios del **PROVEEDOR** así como los gastos relacionados con los siguiente:

- Gastos realizados en establecimientos de salud diferentes a los indicados en la presente Asistencia Dental o aquellos en los que la Sede no guarde correlación con el tipo de actividad específica autorizada. Gastos hospitalarios. Gastos de alquiler de teléfono y TV, de cafetería y de enfermeras particulares a domicilio.
- Enfermedades como consecuencia de Alcoholismo y Fármaco dependencia o automedicación negligente.
- Tratamientos de enfermedades congénitas.
- Odontología estética o embellecimiento o requerimientos de carácter psicológico para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes o eventos congénitos. Empastes de oro u otros materiales con fines cosméticos.
- Tratamientos de Periodoncia, a menos que se contemple en la presente Asistencia Dental.
- Tratamientos de Rehabilitación Oral y Ortodoncia. Cirugía máxilo facial y cirugía bucal.
- Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el Síndrome Temporomandibular y Craneomandibular, aún en caso de accidente. Todo daño derivado del intento de auto eliminación o lesiones auto infligidas o generadas en peleas, riñas, esté o no en uso de sus facultades mentales; salvo aquellas en que se demuestre se ha tratado de legítima defensa.
- Gastos a consecuencia directa de una complicación causada por un procedimiento no cubierto por la presente Asistencia Dental.
- Gastos a consecuencia directa de una complicación o incumplimiento en el tratamiento o mantenimiento ineficiente de materiales e insumos por parte del **ASEGURADO**.
- Cualquier tratamiento dental iniciado cuando la póliza del seguro no contaba con cobertura
- Tratamientos de Ortodoncia.
- Tratamientos de Rehabilitación Oral.
- No se cubrirán además aquellos procedimientos que no guarden relación con el diagnóstico o que no se sujeten a estándares científicamente aceptados. En este caso debido a su no-pertinencia tampoco serán cobrados al **ASEGURADO**.

Diagnósticos excluidos para Tratamientos y Procedimientos de Diagnóstico:

- Trastornos de la Articulación Témporo Mandibular, desarmonias neuro-musculares de la Articulación Témporo Mandibular, Bruxismo y las Patologías asociadas.
- Enfermedad periodontal crónica y aguda en todas sus variantes y clasificaciones.
- Enfermedades de mucosas, labios, glándulas salivares, alveolitos (producto de exodoncias por terceros).
- Neoplasias malignas de tejidos orales
- Quistes y tumores odontogénicos y no odontogénicos.
- Patologías asociadas a tratamientos o fracasos endodónticos (realizados por terceros) o no restaurados adecuadamente.
- Otros diagnósticos que involucren únicamente la estética dental, mas no la función.

Tratamientos excluidos de la Cobertura

- Tratamientos periodontales (raspajes y alisados radiculares, cirugías a colgajo, gingivoplastias, gingivectomías, recuperación de espacio biológico, injerto de tejidos blandos, regeneración tisular guiada, rellenos de hueso y sustitutos, membranas para regeneración ósea, etc.) ni mantenimientos periodontales.
- Cirugía máxilo facial (remoción de quistes, granulomas, exodoncias semi impactadas, curetaje apicales, apicectomia, Le ford, cirugías ortognáticas, etc.).
- Uso de Óxido Nitroso para cualquier tratamiento.
- Tratamientos de fractura mandibulares y maxilares así como la reducción de luxaciones de Articulación Témporo Mandibular.
- Implantes dentales de Titanio u otros materiales.
- Retratamientos endodónticos, cirugías endodónticas complementarias (apicectomia) de tratamientos endodónticos realizados en otros establecimientos de salud.
- Cirugías de granulomas, quistes, curetaje apical u otros que se consideren tratamiento adicional a una endodoncia.
- Todo tratamiento de carácter estético.
- No se cubrirán los gastos de farmacia (antibióticos, analgésicos, anti inflamatorios, etc.).
- Tomografía axial, lineal, helicoidal o similares.
- Reemplazo de rehabilitaciones.
- Las prótesis existentes antes del inicio del Seguro.
- Reembolso por tratamientos ni medicamentos.
- Atenciones dentales fuera de horario regular establecido para atención ambulatoria definida por los prestadores de servicio.

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 según el siguiente radio de acción:

- **Lima Metropolitana:** Callao y Balnearios:

- Por el Norte: hasta Puente Piedra, inclusive.
- Por el Sur: hasta Cañete (KM 140), inclusive
- Por el Este: hasta Chaclacayo, San Juan de Lurigancho y Chosica (Puente Los Ángeles), inclusive
- Por el Oeste: La Punta, inclusive

- **Provincias:** cobertura en los 24 departamentos con radio de acción de 40 Km a la redonda partiendo del centro de cada ciudad.

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) 411-3053 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.

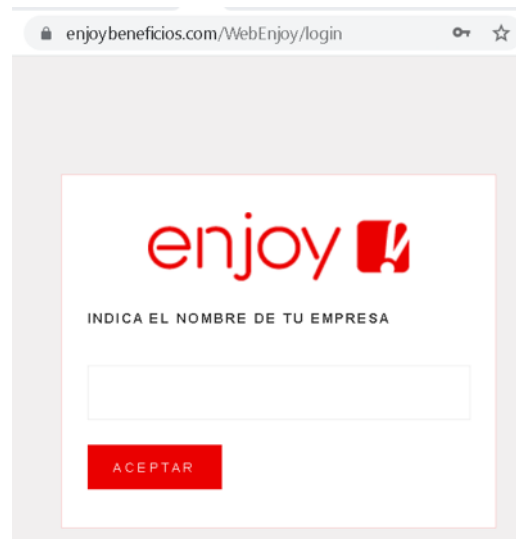
Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el **PROVEEDOR** le prestará al **ASEGURADO** o Beneficiario designado por el **ASEGURADO** los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de

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



The screenshot shows a web browser window with the URL 'enjoybeneficios.com/WebEnjoy/login'. The page content includes the 'enjoy' logo in red, followed by the text 'INDICA EL NOMBRE DE TU EMPRESA'. Below this text is a white rectangular input field. At the bottom of the form is a red button with the word 'ACEPTAR' in white capital letters.

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



This screenshot is identical to the previous one, but the input field now contains the text 'RIMAC SEGUROS|'. The red 'ACEPTAR' button remains at the bottom of the form.

- 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.



- 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
- **Prueba de antígeno o prueba molecular:** Hasta S/. 250.00 (doscientos cincuenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento
- **Chequeo Preventivo:** Hasta S/. 250.00 (doscientos cincuenta con 00/100 Soles) incluido IGV entre las 9 pruebas que incluye este servicio.
- **Consulta Dental:** Hasta S/. 50.00 (cincuenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento
- **Periodoncia dental:** Hasta S/. 60.00 (sesenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento
- **Radiografías dentales:** Hasta S/. 80.00 (ochenta con 00/100 Soles) incluido IGV por evento

PROGRAMA RIMAC SALUD PARA CLIENTES DE VIDA

Disfruta los excelentes beneficios que tenemos para ti. Por haber elegido a RIMAC Seguros para tu seguro de Vida, tus beneficiarios designados en tu póliza y tú vivirán un futuro tranquilo y gozarán de forma inmediata del “Programa de Descuentos y Beneficios RIMAC Salud” que ofrecemos a nuestros asegurados a través de la Clínica Internacional y otros proveedores afiliados a nivel nacional al que podrán acceder hasta el 30 de Setiembre del 2021. Para acceder a estos beneficios tus Seguros de Vida deben mantenerse vigentes, estar al día en pagos y mantener una prima no menor a USD 700 (setecientos con 00/100 dólares americanos) o su equivalente en moneda nacional.

Algunos de nuestros beneficios son:

- Atención médica en una amplia red de Clínicas.
- Servicio de ambulancia para emergencia con descuento.
- Chequeo oncológico.
- Chequeo preventivo.
- Atención geriátrica especializada.
- Descuentos en diversos centros de salud, especializados en: Oftalmología, Quiropraxia, Podología, Ópticas, entre otros.

Podrá conocer el detalle del programa que empieza a disfrutar hoy, ingresando a nuestra página web <https://www.rimac.com/salud?rfid=publica:categoria-salud:menu-principal:tab>, y revisar la información vigente del “Programa de Descuentos y Beneficios RIMAC Salud” que encontrará en esta sección:

¿Qué beneficios tengo como cliente RIMAC?

Con tus Seguros RIMAC tienes todo un programa de descuentos y beneficios en salud para ti

[RIMAC Salud Lima](#)

[RIMAC Salud provincias](#)

Cabe indicar que, cualquier reclamo o diferencia que pudiera suscitarse con los proveedores, responde a una relación entre particulares, por lo que se deberá resolver fuera del ámbito de su Seguro de Vida.

Asimismo, queremos agradecerle por la confianza depositada en RIMAC Seguros, y recordarle que estamos siempre a su servicio.

Cordialmente,

RIMAC SEGUROS