RIMAC

Cláusula Adicional de Prevención

1. Descripción de la cobertura Chequeo Médico Preventivo

Esta cobertura otorga al Asegurado, un Chequeo Médico Preventivo (una vez por vigencia anual), y tomando en consideración la edad y el sexo del Asegurado, conforme a los términos y condiciones establecidos en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

En caso que tu Plan contratado no cuente con la Cobertura Adicional de Cobertura de Atención Ambulatoria, la presente cobertura se otorgará vía Examen Médico Virtual (incluye toma de muestras de laboratorio a domicilio y atención médica de manera virtual para informe de resultados).

Vacunas

La presente cobertura consiste en la aplicación de las vacunas de manera privada a través del Centro de Vacunación descrito en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

Se deja constancia que las vacunas disponibles brindadas a través de la presente cláusula son las incluidas en el Programa ampliado de inmunización del MINSA, además de otras vacunas que específicamente estén detalladas en el Plan de beneficios.

Respecto a los Asegurados menores a 5 años deberán cumplir con el cronograma de vacunación conforme lo indicado en el Programa ampliado de inmunización del MINSA.

2. Exclusiones

Las exclusiones aplicables a la presente cláusula adicional se encuentran descritas en el numeral 5 del Condicionado General.

3. Procedimiento para solicitar cobertura Chequeo Médico Preventivo

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

a. Reservar cita para el chequeo médico preventivo en cualquiera de las clínicas descritas en el Plan de Beneficios.

b. Acudir a la clínica en la que reservaste cita para el Chequeo Médico Preventivo y presentar el original de su Documento Nacional de identidad.

De no tener contratada la Cláusula Adicional de Cobertura de Atención Ambulatoria, entonces deberásrealizar lo siguiente:

a. Reservar la cita en los Centros Especializados o Clínicas descritas en el Plan de Beneficios de la presente póliza, fecha en la cual se realizará la toma de muestras a domicilio, según lo confirme el proveedor.

Vacunas

Programar fecha de vacunación en los laboratorios especificados en el plan de beneficios de la presente póliza

a. Programar fecha de vacunación en los laboratorios especificados en el plan de beneficios de la presente póliza.

b. Acudir al laboratorio para la atención presentando su Documento Nacional de identidad.

Para acceder al Programa ampliado de inmunización del MINSA, deberás reservar la cita correspondiente con el Centro de Vacunación descrito en el Plan de Beneficios de la Póliza de Seguro.

RIMAC

Cláusula Adicional de Odontología

1. Descripción de la cobertura

Esta cobertura otorga atenciones de consulta odontológica que se lleva a cabo por un profesional de lasalud el consultorio dental de los Centros Odontológicos descritos en tu Plan de Beneficios.

Revisa el detalle de las atenciones cubiertas por esta cláusula, así como sus copagos y deducibles en el Plan de Beneficios que forma parte de tu Condicionado Particular.

2. Período de Espera:

Para esta cobertura aplica un Período de Espera descrito en las Condiciones Particulares de la póliza de seguro y será contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o desde la fecha deincorporación del asegurado en la póliza que solicitará la presente cobertura.

3. Exclusiones Particulares

Adicionalmente a las exclusiones descritas en el numeral 5 del Condicionado General, la presentecobertura no cubre:

- Cualquier procedimiento odontológico que no tenga relación con los siguientes procedimientos dentales: Consulta y diagnóstico, Calces en resina cualquier superficie,Extracciones simples y Profilaxis.
- Atenciones médicas en un prestador que no forme parte de la red de prestadores de la póliza.
- Odontología que requiera cirugía, sea por enfermedad, accidente o estético.
- Médico odontólogo a domicilio ni médico telefónico.
- Atenciones y servicios con fines netamente estéticos.

4. Procedimiento para solicitar cobertura

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

a. Sacar cita para la atención por odontología en cualquiera de los Centros Odontológicos descritos en el Plan deBeneficios.

b. Acudir al Centro Odontológico en el que reservaste cita para la atención ambulatoria.

c. Presentar el original de su Documento Nacional de identidad.

d. Recuerda que, de corresponder, deberás pagar los Deducibles y Copagos de la cobertura.

RIMAC

Cláusula Adicional de Oftalmología

1. Descripción de la cobertura

Esta cobertura otorga atenciones ambulatorias en la especialidad de oftalmología y también otorga unexamen de medición de vista durante la vigencia de la presente Póliza para cada Asegurado, según ladisponibilidad de nuestros proveedores de servicios de Salud.

La presente cobertura se brinda en los Centros Oftalmológicos y en la Red de Clínicas descritas en tu Plan de Beneficios conforme a las condiciones detalladas en las Condiciones Particulares de tu Póliza.

Recuerda que en caso te atiendas a través de la Red de Clínicas de tu Plan de Beneficios, esta cobertura se brindará conforme a las condiciones aplicables a dicho Establecimiento de Salud, para las atenciones ambulatorias y hospitalarias (en caso la hubieras contratado), que se encuentran descritas en tu Plan de Beneficios.

2. Período de Espera

Para esta cobertura aplica un Período de Espera descrito en las Condiciones Particulares de la póliza de seguro y será contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o desde la fecha deincorporación del asegurado en la póliza que solicitará la presente cobertura.

3. Exclusiones Particulares

Las exclusiones aplicables a la presente cláusula adicional se encuentran descritas en el numeral 5 del Condicionado General.

4. Procedimiento para solicitar cobertura

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

a. Sacar cita para la atención oftalmológica en cualquiera de los Centros oftalmológicos o Clínicas descritas en el Plan de Beneficios

b. Acudir al Centro oftalmológico o la Clínica en la que reservaste cita para la atención ambulatoria.

c. Presentar su Documento Nacional de identidad.

d. Recuerda que, de corresponder, deberás pagar los Deducibles y Copagos de la cobertura.

RIMAC

Cláusula Adicional de Atención Hospitalaria y Maternidad

1. Descripción de la cobertura de Atención Hospitalaria

Esta cobertura otorga Atenciones Hospitalarias a favor del Asegurado, que se presten en los Establecimientos de Salud indicados en tu Plan de Beneficios.

Los servicios que serán cubiertos por esta cobertura adicional y específicamente para la Atención Hospitalaria son:

a. Habitación estándar unipersonal o bipersonal (no suite), y alimentación (incluyendo dietas especiales, en un hospital o clínica legalmente establecida).

b. Sala de operaciones, sala de recuperación, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, exámenes y análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopo, radio fisioterapia, enyesado, entablillado, vendas y otros gastos similares.

c) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario o ambulatorio, por ayudantía y por anestesista.

2. Procedimiento para solicitar cobertura de Atención Hospitalaria

La activación de la presente cobertura estará supeditada a que se haya activado previamente, la cobertura de Atención Ambulatoria o cualquiera de las coberturas que cubren Emergencias.

Luego que el Asegurado haya recibido toda la documentación que sustente la pertinencia de su hospitalización (original de la orden de internamiento emitida por su médico tratante, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto del centro médico correspondiente) deberá gestionar con la Clínica donde se va a hospitalizar, la correspondiente solicitud de Carta de Garantía aRIMAC.

Una vez aprobada la Carta de Garantía por RIMAC, el Asegurado podrá hospitalizarse, abonando, al momento de alta o término del servicio, los gastos no cubiertos, Deducibles y el Copago respectivo, según corresponda.

3. Descripción de la cobertura de Maternidad.

Esta cobertura otorga las atenciones descritas en el Plan de Beneficios de la Póliza, en caso que el Asegurado se encuentre en estado de gestación, así como los controles correspondientes y susposibles complicaciones.

La cobertura adicional de maternidad cuenta con un Período de Espera descrito en las condiciones particulares de la póliza de seguro y será contado desde el inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o desde que el Asegurado acreedor de esta cobertura fue registrado o inscrito bajo la misma. Por tanto, ninguna atención relacionada al estado de gestación del Asegurado que se encuentre dentro del Período de Espera será cubierta por esta Póliza.

Una vez culminado el Período de Espera, el Asegurado que se encuentre en estado de gestación podrá hacer uso de esta cobertura, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante ese Periodo de Espera no serán cubiertos por esta cobertura.

En caso de hospitalización de la asegurada debido a la activación de esta cobertura, ello no activará la cobertura de Indemnización por hospitalización descrita en las Condiciones Generales.

RIMAC

4. Procedimiento para solicitar cobertura de Maternidad

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

- Sacar cita para la atención ambulatoria en cualquiera de las Clínicas descritas en el Plan deBeneficios.
- Acudir a la Clínica en la que reservaste cita para la atención ambulatoria.
- Presentar el original de su Documento Nacional de identidad.

Recuerda que para esta primera cita aplicarán los deducibles y copagos de la cobertura de atención ambulatoria; y en caso de que el médico tratante -en dicha cita- confirme el estado de gestación, se procederá a la activación de la cobertura de Maternidad a partir de la cita siguiente, asumiendo el Aseguradolos Deducibles y Copagos de la cobertura de Maternidad.

RIMAC

Cláusula Adicional de Liberación de Pago de Primas por Fallecimiento

1. Descripción de la cobertura

En caso de fallecimiento de un Asegurado y siempre que dicho evento no esté comprendido dentro de las exclusiones, RIMAC mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los Asegurados Dependientes bajo la presente Póliza incluidos previamente a la fecha del fallecimiento delAsegurado Titular, por el periodo establecido en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

Asimismo, en caso que se produzca el fallecimiento, tanto del Asegurado Titular como su cónyuge o conviviente (siempre que esté incluida en la Póliza de Seguro como Asegurado(a) Dependiente) en un mismo evento, RIMAC mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los Asegurados Dependientes restantes bajo la presente Póliza incluidos previamente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular y su cónyuge, por el periodo establecido en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

2. Exclusiones

Las exclusiones aplicables a la presente cláusula adicional se encuentran descritas en el numeral 5 del Condicionado General.

3. Procedimiento para solicitar cobertura.

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

Solicita la presente cobertura acercándote a cualquiera de nuestras plataformas de servicios o escribiéndonos a la casilla de atención al cliente: atencionalcliente@rimac.com.pe o contactarnos a través de nuestros canales digitales, presentando la Copia Certificada de la Partida de Defunción expedida por RENIEC (ya sea del Asegurado Titular y cónyuge o conviviente, de ser el caso).

RIMAC procederá a emitir una nueva Póliza de Seguro, en la cual se hará referencia a la activación de esta cobertura (período de liberación de pago de primas, según corresponda) la misma que se contará desde la fecha de fallecimiento delAsegurado Titular y su cónyuge o conviviente (según sea el caso).

En caso se solicite la liberación tardíamente, dentro de los 6 meses, se realiza la emisión de las nueva(s) póliza(s) retroactivamente contando desde la fecha del fallecimiento.

Para tal efecto, se deberá presentar la Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción y para caso de muerte accidental, copia certificada del Atestado Policial y Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de Necropsia, el cual se debe haber obtenido bajo el procedimiento establecido por el Instituto Peruano de Medicina Legal, y que contenga resultados toxicológicos. De igual forma, en caso de desamparo súbito familiar, al fallecimiento a consecuencia de un accidente en un mismo evento del ASEGURADO.

RIMAC

Cláusula Adicional de Sepelio

1. Descripción de la cobertura

En caso de fallecimiento de un Asegurado y siempre que dicho evento no esté comprendido dentro de las exclusiones, esta cobertura brindará el servicio funerario prestado por los proveedores de servicios de RIMAC, el cual está conformado por los servicios particulares y bajo los límites y condiciones descritos en el Plan de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares.

2. Exclusiones

Las exclusiones aplicables a la presente cláusula adicional se encuentran descritas en el numeral 5 del Condicionado General.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

La presente cobertura de sepelio se solicita directamente a cualquiera de los proveedores de serviciosfunerarios descritos en el Plan de Beneficios de su Póliza de Seguros, al cual deberá presentar el CertificadoMédico de Defunción respectivo y el Documento Nacional de Identidad del Asegurado en original. No obstante lo antes indicado, el proveedor de servicios funerarios indicará todos los requisitos que debenpresentar para proceder a la activación de la presente cobertura.

El límite asegurado y las condiciones de esta cobertura se encuentran en el Plan de Beneficios de esta Póliza.

Cláusula Adicional de Sepelio

1. Descripción de la cobertura

En caso de fallecimiento de un Asegurado y siempre que dicho evento no esté comprendido dentro de las exclusiones, RIMAC mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los Asegurados Dependientes bajo la presente Póliza incluidos previamente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular, por el periodo establecido en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

Asimismo, en caso que se produzca el fallecimiento, tanto del Asegurado Titular como su cónyuge o conviviente (siempre que esté incluida en la Póliza de Seguro como Asegurado(a) Dependiente) en un mismo evento, RIMAC mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los Asegurados Dependientes restantes bajo la presente Póliza incluidos previamente a la fecha del fallecimiento del Asegurado Titular y su cónyuge, por el periodo establecido en el Plan de Beneficios de la presente Póliza.

2. Exclusiones

Las exclusiones aplicables a la presente cláusula adicional se encuentran descritas en el numeral 5 del Condicionado General.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

Solicita la presente cobertura acercándote a cualquiera de nuestras plataformas de servicios o escribiéndonos a la casilla de atención al cliente: atencionalcliente@rimac.com.pe o contactarnos a través de nuestros canales digitales, presentando la Partida de Defunción expedida por RENIEC (ya sea del Asegurado Titular y cónyuge o conviviente, de ser el caso).

RIMAC procederá a emitir una nueva Póliza de Seguro, en la cual se hará referencia a la activación de esta cobertura (período de liberación de pago de primas, según corresponda) la misma que se contará desde la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular y su cónyuge o conviviente (según sea el caso).

En caso se solicite la liberación tardíamente, dentro de los 6 meses, se realiza la emisión de las nueva(s) póliza(s) retroactivamente contando desde la fecha del fallecimiento.

Para tal efecto, se deberá presentar la Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado de Defunción y para caso de muerte accidental, copia certificada del Atestado Policial y Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Protocolo de Necropsia, el cual se debe haber obtenido bajo el procedimiento establecido por el Instituto Peruano de Medicina Legal, y que contenga resultados toxicológicos. De igual forma, en caso de desamparo súbito familiar, al fallecimiento a consecuencia de un accidente en un mismo evento del ASEGURADO.

Cláusula Adicional de Servicio de Ambulancia por Emergencia

1. Descripción de la cobertura

Esta cobertura consiste en brindar el servicio de traslado en una ambulancia terrestre, así como todos los servicios y medicamentos que le sean suministrados durante el mismo, en caso el Asegurado sufra alguna dolencia, enfermedad o accidente que requiera de atención de emergencia por poner en riesgo su vida y su salud, conforme a los límites territoriales descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro

En caso, la emergencia ocurra en un lugar no contemplado dentro de los límites territoriales, esta cobertura se brindará a través de reembolso hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura se otorga, de acuerdo a la disponibilidad del servicio, durante las 24 (veinticuatro) horas y todos los días del año, por emergencia médica o emergencia accidental. Se deja constancia que el otorgamiento de ésta no implica la emisión de un
certificado médico de atención.

2. Exclusiones Particulares

Para la presente cobertura aplican las exclusiones mencionadas en el numeral 5 de las Condiciones Generales.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Comunícate a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de coordinar eltraslado por ambulancia.

Esta cobertura está disponible en las zonas geográficas descritas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

RIMAC

Cláusula Adicional de Emergencias Médicas Accidentales

1. Descripción de la cobertura

Esta cobertura cubre la integridad de los gastos ambulatorios de las Emergencias Médicas Accidentales (al 100%), en la Red de Clínicas que formen parte de tu Plan de Beneficios, incurridos dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.

Los controles posteriores a una Emergencia Médica Accidental serán cubiertos al 100% (cien por ciento) siempre que se continúe el tratamiento en la misma clínica y hasta por un plazo máximo de 90 (noventa) días. Si el Asegurado decide o requiere cambiar de clínica cualquiera sea el motivo, se aplicarán las condiciones de cobertura ambulatoria.

2. Exclusiones Particulares

Para la presente cobertura aplican las exclusiones mencionadas en el numeral 5 de las Condiciones Generales.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Comunícate a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de dar aviso la emergencia o preséntate en el proveedor de servicios de salud dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia.

4. Glosario de Términos

Emergencia Médica: aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que requiere de atención médica inmediata.

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales.

Emergencias Médicas Accidentales: son todas aquellas derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) y que ponen en peligro la salud del asegurado como por ejemplo:

- Traumatismo: luxaciones, esguinces, fracturas
- Heridas cortantes de cualquier etiología.
- Quemaduras de cualquier etiología
- Mordeduras de animales y picaduras de insectos con reacción alérgica.

RIMAC

Cláusula Adicional de Emergencias Médicas No Accidentales

1. Descripción de la cobertura

Esta cobertura cubre los gastos ambulatorios de las Emergencias Médicas No Accidentales y Urgencias (Ver definición en Glosario de Términos) incurridos dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrida la emergencia, en la Red de Clínicas que formen parte de tu Plan de Beneficios, conforme a las condiciones descritas en el Condicionado Particular.

La presente cobertura no cubre gastos derivados de atenciones hospitalarias, inclusive si son como consecuencia de la emergencia médica no accidental, siempre y cuando no se haya contratado la cobertura adicional de Hospitalización por emergencias no accidentales.

2. Exclusiones Particulares

Para la presente cobertura aplican las exclusiones mencionadas en el numeral 5 de las Condiciones Generales.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Comunícate a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de dar aviso de la emergencia o presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho(48) horas de ocurrida la emergencia.

Glosario de Términos

Emergencia Médica: aparición repentina de una alteración en la salud del ASEGURADO, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que requiere de atención médica inmediata.

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales

Emergencias médicas no accidentales: son todas aquellas emergencias que no derivan de un accidente y que también ponen en peligro la salud del asegurado como por ejemplo:

- Cardiovasculares: infarto del miocardio, angina de pecho, crisis hipertensiva, edema agudo pulmonar.
- Respiratorias: crisis asmática, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía y bronquitis aguda.
- Abdominales: cólico vesicular, apendicitis, gastroenterocolitis aguda con deshidratación moderada a severa, obstrucción intestinal, hernias estranguladas, pancreatitis aguda, úlcera péptica sangrante, hemorragias digestivas, perforación de vísceras, peritonitis.
- Renales: cólico renal, retención urinaria, pielonefritis aguda, insuficiencia renal aguda.
- Neurológicos: convulsiones, accidentes cerebro vasculares (derrame cerebral, hemiplejías).
- Síndrome febriles: fiebre mayor de 38.5'c (de 0-12 años), fiebre mayor de 39.0 °c (mayores de 12 años).

- Hemorragias: de cualquier etiología, excepto las que se originen por el embarazo.
- Pérdida de conocimiento súbita.
- Intoxicaciones: medicamentosas y/o alimentarías.

Estas emergencias serán determinadas al momento de la atención por el Médico de servicio

Urgencia médica: Alteración del estado de salud que, en primera instancia, no pone en riesgo la vida del asegurado, pero que debe ser atendida en un plazo no mayor a 6 horas.

RIMAC

Cláusula Adicional de Hospitalización por Accidente

1. Descripción de la cobertura

La presente cobertura cubre todos los gastos derivados de atenciones hospitalarias incurridas como consecuencia ni de una emergencia médica accidental, hasta los límites indicados en tu Plan de Beneficios descrito en el condicionado particular.

Recuerda que, según lo indicado en tu Plan de Beneficios, podrías asumir una parte de los gastos ("deducibles"), o quizás debas pagar una suma de dinero ("Copago").

Para efectos de esta Cláusula Adicional, se considera como Atención Hospitalaria al internamiento porindicación médica en un Proveedor de servicio de salud que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación.

Adicionalmente, es posible que, para algunas atenciones ambulatorias programadas, sea necesario que respaldemos la atención emitiendo una "Carta de Garantía"; sin embargo, la aprobación de la emisión de dicho documento está sujeta a una evaluación que realizaremos nosotros.

2. Exclusiones Particulares

Para la presente cobertura aplican las exclusiones mencionadas en el numeral 5 de las Condiciones Generales.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Comunícate a la Central de Emergencias y Asistencias de RIMAC al teléfono 411-1111 a fin de dar aviso de la emergencia o presentarse en el proveedor de servicios en salud dentro de las primeras cuarenta y ocho(48) horas de ocurrida la emergencia.

RIMAC

Cláusula Adicional de Atención Ambulatoria

1. Descripción de la cobertura

Esta cobertura otorga atenciones ambulatorias al crédito en las especialidades médicas descritas en el Plan de Beneficios que forma parte del Condicionado Particular.

Para efectos de esta Cláusula Adicional, se considera como Atención Ambulatoria a la consulta médicarealizada en consultorio, la misma que contribuye a determinar un diagnóstico, o a realizar el control de un tratamiento que sigue el Asegurado como consecuencia de una afección, enfermedad o problema de salud.

En esta cobertura nosotros asumiremos los gastos de atención ambulatoria hasta los límites indicados entu Plan de Beneficios. Recuerda que, según lo indicado en tu Plan de Beneficios, podrías asumir una parte de los gastos (denominados “deducibles”), o quizás debas pagar una suma de dinero para poder activar cada una de las coberturas (denominado “Copago”). Asimismo, es importante que sepas que, en una atención médica, podrías realizar el pago de estos dos conceptos.

Adicionalmente, es posible que, para algunas atenciones ambulatorias programadas, sea necesario que respaldemos la atención emitiendo una “Carta de Garantía”; sin embargo, la aprobación de la emisión de dicho documento está sujeta a una evaluación que realizaremos nosotros.

Esta cobertura incluye medicinas, procedimientos médicos, exámenes de laboratorio e imágenes conforme a los términos y condiciones descritos en las Condiciones Particulares

Recuerda que una vez recibida la Atención Médica, solo cuentas con siete (7) días calendario contados desde la consulta médica para realizarte los procedimientos, exámenes complementarios y acceder a los medicamentos indicados en dicha atención inicial. Una vez cumplido el plazo indicado, el Asegurado deberá coordinar una nueva atención ambulatoria, abonando para este fin el monto del Deducible y Copago respectivo, en caso corresponda.

2. Exclusiones Particulares

Para la presente cobertura aplican las exclusiones mencionadas en el numeral 5 de las Condiciones Generales.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Para acceder a esta cobertura deberás realizar lo siguiente:

a. Sacar cita para la atención ambulatoria en cualquiera de las Clínicas descritas en el Plan deBeneficios.

b. Acudir a la Clínica en la que reservaste cita para la atención ambulatoria.

c. Presentar el original de su Documento Nacional de identidad.

d. Recuerda que, de corresponder, deberás pagar los Deducibles y Copagos de la cobertura.

4. Glosario de Términos

Carta de garantía: Documento tramitado por el Proveedor de servicios de salud y que, de corresponder, es emitido por RIMAC para autorizar la cobertura al Asegurado. Recuerda que los procedimientos no contemplados en este documento no serán cubiertos y deberás asumirlos íntegramente.

RIMAC

Cláusula Adicional de Indemnización por cáncer

1. Descripción de la cobertura

La cobertura amparada por la presente cláusula adicional es el primer diagnóstico de cáncer sobre el asegurado, y en tanto dicho diagnóstico se haya producido durante la vigencia de la póliza. 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. Debe considerarse necesario un esquema de intervención mayor o cirugía mayor o haberse iniciado tratamiento paliativo. 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 Comprenhensive Network (NCCN) o por el National Cancer Institute (NCI).En caso de diagnosticarse cáncer por primera vez durante la vigencia de la póliza, y en tanto haya transcurrido el período de carencia descrito en el Plan de Beneficios que forma parte de la Póliza de Seguro, el ASEGURADO recibirá la suma asegurada correspondiente a esta cobertura, conforme con las definiciones y exclusiones incluidas más adelante (solo se pagará la primera ocurrencia de Cáncer).En virtud de lo antes indicado, queda claro que el otorgamiento de esta cobertura se realiza por única vez sobre el Asegurado, por lo que una vez otorgada es causal de terminación automática de la misma para el Asegurado, pudiendo conservarla los otros asegurados que formen parte de esta Póliza.

2. Exclusiones Particulares

Las exclusiones aplicables a la presente cobertura adicional se encuentran descritas en el numeral 5 del Condicionado General. No obstante ello, aplican exclusivamente para la presente cláusula adicional, las siguientes exclusiones particulares:

a) Inhalación de gases, intoxicación o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
b) Se excluyen los siguientes tumores:

a. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.

b. 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.

c. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.

d. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrita como TaN0M0 o con una clasificación menor.

e. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet -I.

3. Procedimiento para solicitar cobertura

Aplica el “Procedimiento de Atención para coberturas indemnizatorias por Enfermedades Graves” indicado en el numeral2 de las Condiciones Generales de la Póliza. Para solicitar la cobertura, se deberá remitir la documentación indicada a continuación al correo solicitudsiniestrospersonas@rimac.com.pe, o al COMERCIALIZADOR, en caso corresponda, los siguientes documentos:

a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.

a. Copia simple del Documento de Identidad del Asegurado.

b. Original o Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del diagnóstico Anatomo-Patológico emitido por la institución de salud quién se ha encargado de realizar dicho diagnóstico.

c. Copia Fedateada y Foliada de la Historia Clínica del ASEGURADO donde se evidencie el diagnóstico y procedimientosrealizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la presente cláusula adicional, emitida por la instituciónde salud donde el ASEGURADO se atendió y se encargó de diagnosticar el cáncer del ASEGURADO. La evidencia sobrela ocurrencia de cualquier evento ASEGURADO cubierto por esta Póliza debe ser sustentada por:

- Médico especialista debidamente registrado en Perú, sin que éste sea el CONTRATANTE de la Póliza, el mismoASEGURADO o cónyuge o conviviente o pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- Investigaciones confirmatorias, así como evidencias clínicas, radiológicas, histológicos y de laboratorio.