

SALUD FLEXIBLE

Condiciones Generales Salud Flexible

Código SBS: AE0506400421

¡Bienvenido!

Has contratado la Póliza de Salud Flexible que otorga al Asegurado, las coberturas principales descritas en estas Condiciones Generales y las que optativamente contrate el cliente en calidad de coberturas adicionales. En adelante, al conjunto de documentos que has recibido, se les denominará conjuntamente como la Póliza.

Recuerda: En caso que en tu Declaración Personal de Salud hayas respondido que padeces de una enfermedad que está recibiendo tratamiento médico (no resuelta) y no ha estado cubierta en una Póliza de Seguro y/o Plan de Salud anterior, estas enfermedades no podrán ser materia de cobertura bajo la presente póliza (ver numeral 12 de las presentes Condiciones Generales).

Para la lectura de tu Póliza de Seguro, te sugerimos revisar nuestro **Glosario de Términos**.



1. ¿Cuáles son las coberturas?

1.1. Consulta médica a domicilio (sujeto a disponibilidad):

Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de **RIMAC** al teléfono 01 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro, a fin de coordinar la hora de visita del médico.

Esta cobertura tiene como finalidad atender enfermedades agudas y de baja complejidad (síntomas durante menos de 7 días), tales como un resfrío, dolor de garganta o malestar general que puedan ser atendidos por un médico general y que no sean considerados urgencias ni emergencias. Además, esta cobertura incluye la entrega de medicinas y la toma de muestras de laboratorio a domicilio.

Esta cobertura está disponible en Lima Metropolitana. Infórmate de las zonas de cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si consideras que cuentas con una urgencia o emergencia te sugerimos que te acerques al área de emergencias de la clínica de tu preferencia, lo más pronto posible.



1.2. Videoconsulta (Disponible de lunes a sábado desde las 08:00 horas a las 20:00 horas)



Esta cobertura se brinda a través de videollamada y está orientada al manejo de enfermedades agudas de baja complejidad y para las especialidades descritas en las Condiciones Particulares de tu Póliza. Para acceder a esta cobertura deberás comunicarte previamente a la Central de Emergencias y Asistencias de **RIMAC** al teléfono 411-1111 o accediendo a través de nuestros canales digitales indicados en el Resumen de la Póliza de Seguro.

Además, incluye la entrega de medicinas en caso te encuentres en Lima Metropolitana (a través de Delivery) y en caso te encuentres en provincia, deberás recoger las medicinas en la cadena de farmacia indicada (sujeto a restricciones y según zonas de cobertura).

Esta cobertura es brindada por un profesional de la salud que recopilará información relevante mediante una entrevista al Asegurado respecto al motivo de consulta, síntomas y/o antecedentes de importancia; y quien, además, cuenta con las competencias para indicar el tratamiento o continuidad del mismo, en los casos que corresponda. Asimismo, tiene la facultad de decidir sobre aquellos casos que precisan más investigación (examen físico completo o pruebas auxiliares de ayuda al diagnóstico) o requieren de atención en un servicio médico de emergencias o presencial.

Es importante indicar que esta cobertura no tiene como finalidad sustituir la consulta médica presencial (donde se incluye examen físico), la cual podrá ser requerida por un profesional de la salud para los casos que éste considere pertinente de acuerdo a la información proporcionada por el Asegurado.

1.3. Indemnización por días de hospitalización



Esta cobertura otorga un pago indemnizatorio por la cantidad de días en que el Asegurado estuvo hospitalizado a causa de una enfermedad o accidente, hasta por el monto y límites establecidos en las Condiciones Particulares, y siempre que dicha hospitalización no sea causada por algún evento excluido por la presente póliza.

Para activar esta cobertura, el Asegurado deberá haber permanecido hospitalizado en una institución hospitalaria autorizada para internamiento (superior a **Categoría I-4** del 1er Nivel de atención) por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, por más de veinticuatro (24) horas continuas.

Para poder obtener la indemnización, se deberán presentar los documentos que se detallan en el numeral 2 de las presentes Condiciones Generales.

1.4. Orientación médica telefónica



La Central de Emergencias y de Asistencias es una exclusiva central de Asistencia Telefónica, diseñada especialmente para atender a los asegurados de **RIMAC**, las 24 (veinticuatro) horas del día, todos los días del año. Para comunicarse, solo tienen que llamar al teléfono que figura en el Resumen de la Póliza de Seguro y nuestro personal atenderá sus consultas. No se cubren medicamentos, exámenes auxiliares o certificados de atención.

2. ¿Qué debo hacer para acceder a mis coberturas?

El modo de acceder a las coberturas descritas en los numerales 1.1., 1.2 y 1.4. se encuentran descritas en el numeral anterior.

Procedimiento de Atención para la Cobertura de Indemnización por Días de Hospitalización. Para obtener la cobertura descrita en el numeral 1.3 precedente (indemnización por días de hospitalización), se deberán presentar los siguientes documentos al término de la hospitalización:



Si la hospitalización es de 0-7 días:

- a) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Informe de hospitalización o constancia, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del Asegurado, fecha de "alta" del Asegurado y el diagnóstico.
- b) Copia simple del Documento Nacional de Identidad del Asegurado.

Si la hospitalización es mayor a 7 días:

Adicionalmente a los documentos antes indicados, deberás presentar:

- a) Copia fedateada y foliada de la historia clínica, en el cual se especifique la fecha de ingreso a hospitalización del asegurado, fecha del "alta" del asegurado y el diagnóstico.

En caso que el Asegurado fallezca antes de poder recibir la indemnización, los herederos legales del Asegurado deberán presentar adicionalmente:

- a) Copia literal de la partida registral donde se encuentra inscrita en forma definitiva, la sucesión intestada o testamento en los Registros Públicos.
- b) Copia Certificada de la Partida de Defunción, la misma que deberá ser solicitada a RENIEC.
- c) Copia simple del Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios solicitantes. Si fuera extranjero el Carné de Extranjería o en su defecto el Pasaporte.
- d) Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del protocolo de necropsia, en caso corresponda, el mismo que deberá haberse tramitado bajo los procedimientos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.
- e) Copia Certificada del atestado policial completo, en caso corresponda.

Procedimiento de Atención para las coberturas indemnizatorias por Enfermedades Graves.

El presente procedimiento de atención en caso de siniestros aplica en caso tu Plan cuenta con coberturas adicionales de Indemnización por Enfermedades Graves:

Paso 1: Aviso de siniestro

Deberás dar aviso a **RIMAC** sobre el evento presentado dentro de los:

- a) ciento veinte (120) días calendario después de la fecha de ocurrencia del siniestro; o
- b) siete (7) días calendario desde que tu beneficiario conoce el beneficio.

Paso 2: Solicitud de cobertura

Para solicitar la cobertura, se deberá entregar a **RIMAC**, en cualquiera de sus plataformas de atención al cliente en Lima o provincias, los documentos indicados en cada cláusula adicional que describa la cobertura de indemnización por enfermedad grave según corresponda.

Adicionalmente, y siendo esta condición aplicable a todas las cláusulas adicionales de indemnización por enfermedades graves, en caso que se produzca el fallecimiento del asegurado en fecha posterior al periodo de carencia y antes de la evaluación del siniestro por parte de **RIMAC**, los Beneficiarios designados por el Asegurado o, a falta de designación de estos, sus herederos legales, deberán presentar -adicionalmente a los documentos establecidos en cada cobertura adicional- los siguientes documentos:

- a) Copia Certificada del Acta de Defunción de Asegurado, el cual deberá solicitar en RENIEC.
Copia simple del Documento de Identidad del beneficiario.
- a) En caso que el asegurado no haya designado Beneficiarios, serán los herederos legales, quienes presentarán además de los requisitos anteriores, la inscripción registral definitiva de la Declaratoria de Herederos, ya sea por Sucesión Intestada o por Testamento.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a tres (03) meses.

Los Centros Médicos que emitan pronunciamiento de acuerdo a los requisitos anteriores, deben ser legalmente reconocidos.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la totalidad de la documentación para que se produzca la liquidación del Siniestro, **RIMAC** deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del Siniestro.

En caso **RIMAC** requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, beneficiario o heredero, según corresponda, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo señalado en el párrafo precedente, lo cual suspenderá el plazo para el pronunciamiento respecto a la procedencia del pago hasta que se presente la documentación e información solicitada.

El asegurado deberá dar las facilidades y someterse a los exámenes y pruebas que **RIMAC** solicite para efecto de que ésta pueda determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico. El asegurado se compromete a realizarse las pruebas médicas que solicite **RIMAC**, incluyendo las de HIV/SIDA y autoriza a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de su persona o salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por **RIMAC**, incluyendo la referida al HIV/SIDA. Los exámenes médicos descritos en el presente párrafo deberán solicitarse según lo establecido en el párrafo precedente.

RIMAC declara que la información obtenida referida al diagnóstico de HIV/SIDA será tratada como información confidencial y empleada exclusivamente para determinar y verificar la enfermedad o diagnóstico por la cual se solicita cobertura.

Una vez obtenida la documentación e información que solicitara **RIMAC**, según lo establecido en el párrafo precedente, y en caso que ésta no se pronuncie dentro del plazo de treinta (30) días con que cuenta para pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro se entenderá que éste ha quedado consentido, salvo que se solicite la prórroga de dicho plazo.

En caso de sobrevenir alguna diferencia sobre la naturaleza del diagnóstico, y siempre durante el período de prórroga, la diferencia será sometida a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte en un periodo no mayor de tres (03) días (los honorarios de los peritos serán asumidos por **RIMAC**). Los médicos designados por las partes tendrán un plazo de siete (07) días para presentar su informe. En caso de divergencia, ambos médicos designarán dentro de los tres (03) días siguientes, un tercer perito médico, el que deberá dar su diagnóstico dentro del plazo de siete (07) días posteriores a su designación. El resultado del informe será comunicado de manera simultánea a **RIMAC**, al contratante, asegurado, beneficiario o heredero, según corresponda.

Si el tercer perito médico concluye que el diagnóstico no forma parte de la cobertura contratada, el siniestro será rechazado (los honorarios del perito serán asumidos por **RIMAC**). Si el asegurado, beneficiario o heredero, según corresponda, no está de acuerdo con el rechazo podrá aplicar cualquiera de los mecanismos de solución de controversias establecidos en la póliza.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del plazo de 03 días de requerida por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo dentro del plazo de 03 días de emitido los informes médicos divergentes, la parte más diligente—previa intimación a la otra—procederá a su designación.

Los documentos pueden ser enviados vía electrónica a la casilla de solicitudsiniestrospersonas@rimac.com.pe, siempre que cumplan con los requisitos y los documentos sean legibles.

Paso 3: Pago de la indemnización

En caso de consentimiento del siniestro, **RIMAC** cuenta con el plazo de treinta (30) días desde la fecha en que el siniestro se declara consentido (aceptado) para proceder al pago del beneficio, indemnización, capital asegurado o suma asegurada, según corresponda.

3. ¿Desde cuándo se pueden usar mis coberturas?



Todas las coberturas de esta Póliza de Seguro cuentan con un Período de Carencia de 30 días calendarios contados desde la fecha de inicio de la vigencia de tu Póliza, salvo las coberturas de Telemedicina y Orientación Médica Telefónica a las cuales no les aplica este período de carencia. Recuerda que las coberturas adicionales de tu Póliza podrían tener Períodos de Carencia y/o Espera; te sugerimos que las revises.

El periodo de carencia no aplica en caso de accidentes o para las siguientes enfermedades (en su episodio agudo): apendicitis, accidente cerebro vascular, hemorragia por aneurisma, torsión testicular e infartos al miocardio.

4. ¿Puedo agregar a otros asegurados después del inicio de vigencia de mi póliza?



Sí. Puedes agregar a nuevos asegurados en tu póliza, los cuales se llamarán Asegurados Dependientes y se inscribirán después de entrar en vigencia tu Póliza de Seguro. La Solicitud de Inclusión de los nuevos Asegurados Dependientes deberá estar acompañada de la correspondiente Declaración Personal de Salud o cuestionarios médicos completamente llenados por los nuevos Asegurados Dependientes.

Asimismo, podrás solicitar el retiro de Asegurados Dependientes de tu póliza en el momento que creas conveniente. Para todos los tipos de inscripción mencionados en este artículo, será de aplicación los Períodos de Carencia y Espera estipulados en la presente Póliza.

5. ¿Cuáles son las exclusiones?

Esta Póliza no cubre los gastos relacionados con lo siguiente:

- a) Enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos considerados enfermedades preexistentes (anteriores al inicio de la presente Póliza) y gastos derivados de causas relacionadas, de acuerdo al CIE-10, dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). Se exceptúan las enfermedades, condiciones y/o defectos congénitos de los Asegurados cuyo nacimiento fuera amparado por la Póliza y que fueran inscritos en un plazo máximo de sesenta (60) días calendarios contados desde la fecha de su nacimiento.
- b) Respecto del Beneficio de Enfermedades Congénitas, las lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad.
- c) No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- d) Las enfermedades y/o condiciones preexistentes al inicio de cobertura del presente seguro, conforme lo señala el numeral 11° de la presente.
- e) Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales y desórdenes funcionales de la mente, desarrollo psicomotor, déficit de atención, trastornos o problemas de aprendizaje, trastornos o problemas del lenguaje, tratamientos de origen psiquiátrico y/o psicológico, incluyendo tratamiento psiquiátrico de apoyo a otras enfermedades no mentales (desorden emocional, desorden de ansiedad, depresión exógena, trastorno psicossomático).
- f) Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, así como el tratamiento y/o medicina preventiva, todo tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la tabla de Beneficios.
- g) Cirugía estética o plástica o reconstructiva. Cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia.
- h) Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por **RIMAC**.
- i) Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, prótesis o implantes dentales, equipos mecánicos, eléctricos o electrónicos, medias para varices, instrumental médico para medición de la presión arterial, medición de glucosa (equipo y tiras reactivas), equipos de oxigenoterapia (ventilador mecánico o portátil y GPAP), audífonos e implante coclear a excepción de prótesis quirúrgicas internas. No se cubre el estudio de Polisomnografía, salvo en casos de diagnósticos de Apnea obstructiva del sueño, Narcolepsia o Insuficiencia Cardíaca, que no responden al tratamiento farmacológico.
- j) No se cubre la adquisición de los siguientes equipos médicos durables: oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas, bombas de infusión.
- k) No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o no sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia "II A" (ver definiciones). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.
- l) Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción: miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. No se cubren las complicaciones relacionadas a vicios de refracción. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de Catarata, lentes monofocales.
- m) Cualquier afectación del estado de salud o lesiones cuando el acto generador del siniestro sea resultante del uso no diagnosticado por un médico colegiado de drogas, fármacos, estupefacientes, narcóticos y alcohol, inclusive en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas o bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos. En el caso de lesiones en situaciones de embriaguez por bebidas alcohólicas se considerará que el Asegurado se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado igual o mayor a 0.5gr./Lt. en caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, para calcular el grado de alcohol en la sangre al momento del accidente, se considerará una disminución por hora de 0.15gr./Lt. desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de situación bajo influencia de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
- n) Las afectaciones del estado de salud del Asegurado a consecuencia de la conducción de un vehículo motorizado sin contar con la licencia de conducir vigente que corresponda al tipo de vehículo según la normativa pertinente, y que esta inobservancia haya causado o contribuido al daño o afectación al Asegurado.
- o) Compra de Sangre y derivados, dado que son sujetos a donación según la regulación existente. Sin embargo, si están cubiertas las pruebas de donantes para su utilización de acuerdo a las unidades efectivamente transfundidas por su necesidad médica.

- p) Estudios, tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil de cualquier etiología y cambio de sexo.
- q) Insuficiencia o sustitución hormonal, todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo, menopausia, climaterio, anorexia nerviosa, y los derivados de los anteriormente descritos.
- r) Cuidado de enfermeras, enfermeros, técnicos o técnicas de enfermería adicionales a los brindados por el proveedor durante una hospitalización, con excepción de las primeras 48 horas posteriores a una intervención quirúrgica, mientras el paciente se mantenga hospitalizado, sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con **RIMAC**. No se cubren cuidados de enfermería en domicilio.
- s) Tratamientos originados por negligencia del propio Asegurado en perjuicio de su rehabilitación, incluyendo los casos en que el Asegurado se automedique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- t) Vitaminas, minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos y antidepresivos); leches maternizadas, productos naturales (derivados o extractos de origen animal y/o vegetal); tónicos cerebrales, vasodilatadores cerebrales, hepatoprotectores, psicotrópicos, nootrópicos, estimulantes cerebrales, suplementos proteicos, hemostáticos, venoactivos, energizantes o las llamadas fórmulas magistrales o suplementos nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.
- u) Vacunas, no especificadas en el Plan de Beneficios, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal). No se cubrirá la inmunoterapia.
- v) Tratamiento de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasios y centros no reconocidos por el Colegio Médico Peruano, así como todo tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o periodo de prueba cuya indicación no esté aprobada por la FDA (Food and Drug Administration - EEUU)
- w) Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y callos.
- x) Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza, evidenciados a través de exámenes de imágenes para lo cual se aplicará la cobertura adicional de Odontología, en tanto haya sido contratada. En casos de accidentes no estarán cubiertas las prótesis o implantes dentales con los que contaba el Asegurado.
- y) Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y los relacionados con ellos, aun cuando sean a consecuencia de un accidente.
- z) Lesiones o enfermedades producidas en actos de guerra, revoluciones, participación activa en actos delictivos, motines, huelgas, conmoción civil y terrorismo. Lesiones como consecuencia directa o indirecta de fusión o fisión nuclear, isótopos radioactivos así como radioterapia y rayos x sin supervisión médica.
- aa) Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y no profesional cuando haya sido practicada o desarrollada en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.
- bb) La Circuncisión ni Postectomía, salvo en los siguientes diagnósticos debidamente documentado en la historia clínica: Fimosis adquirida, Parafimosis, Balanopostitis recurrente, e infección del tracto urinario, y salvo para los bebés nacidos bajo la cobertura de esta Póliza, siempre que este tratamiento se realice durante los primeros noventa (90) días calendarios desde el nacimiento.
- cc) Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para Asegurados que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).
- dd) No se cubre sepelio de los No-natos.
- ee) Lesiones producidas voluntariamente por el Asegurado o en estado mental insano del Asegurado o suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.
- ff) En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros, aire acondicionado.
- gg) Se excluye todo tipo de atención ambulatorio/hospitalario por Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias, salvo que expresamente el asegurado haya contratado dicha cobertura adicional y forme parte de la presente póliza.
- hh) Todo tipo de gasto y/o atención por Diagnósticos oncológicos y/o tratamiento del Cáncer.

- ii) Se excluye todo tipo de atención y/o gasto por atención ambulatoria, salvo que expresamente el asegurado haya contratado dicha cobertura adicional y forme parte de la presente póliza.
- jj) Se excluye todo tipo de atenciones y/o gasto por chequeo preventivo, así como el acceso al programa de vacunas, salvo que expresamente el asegurado haya contratado dicha cobertura adicional y forme parte de la presente póliza.
- kk) Se excluye todo tipo de atención y/o gasto en los centros especializados de Oftalmología y odontología conforme los términos y condiciones de su respectiva Cláusula adicional, salvo que expresamente el asegurado la haya contratado y forme parte de la presente póliza.
- ll) Se excluye todo tipo de atenciones y/o gasto por hospitalización del asegurado, inclusive la hospitalización por Embarazo, maternidad, sus complicaciones y consecuencias, salvo que expresamente el asegurado haya contratado dicha cobertura adicional y forme parte de la presente póliza.
- mm) Se excluye todo tipo de servicio de traslado en ambulancia, salvo que expresamente el asegurado haya contratado dicha cobertura adicional y forme parte de la presente póliza.
- nn) Se excluye todo tipo atención y/o gasto por emergencia ya sea accidental o no accidental, salvo que hayas contratado dichas coberturas adicionales y formen parte de la presente póliza.
- oo) Diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud.

Asimismo, están excluidas las causas, consecuencias, y complicaciones de un tratamiento médico y/o quirúrgico relacionado a cualquiera de los eventos excluidos descritos precedentemente.

6. ¿Puedo arrepentirme de la contratación de este seguro?



Si es que esta póliza de seguro ha sido adquirida a través de Comercializadores (inc. Bancaseguros) o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia (por ejemplo: web, telemarketing, entre otros), podrás arrepentirte de la contratación de esta Póliza de Seguro, dentro de los 15 días calendarios siguientes a la fecha en que recibiste este documento.

El derecho de arrepentimiento podrá ser solicitado a través de un correo electrónico dirigido a atencionalcliente@rimac.com.pe (con el asunto “Derecho de arrepentimiento”) o a través del mismo mecanismo de comunicación utilizado para la contratación de la póliza de seguro, indicando tu nombre y apellidos completos y tu número de DNI.

Esta póliza de seguro se considerará resuelta (anulada) desde la fecha en que recibimos tu comunicación y siempre que no hayas hecho uso de alguna de sus coberturas y/o beneficios. Resuelta la póliza de seguro procederemos a devolverte la totalidad de la prima pagada al medio de pago utilizado para contratar esta póliza de seguro, dentro del plazo de 30 días contados partir de la fecha en que te hayas arrepentido.

7. ¿Qué sucede si no realizo el pago de mi prima?



Si no realizas el pago de alguna de las cuotas de la prima, te informaremos dicho incumplimiento a tu correo electrónico (de manera cierta), y te indicaremos:

- La fecha en que venció el plazo para el pago.
- El plazo que dispones para pagar la prima a fin de no suspender tu cobertura, y la fecha en que se suspenderá tu cobertura en caso no realices el pago.

Si transcurren 30 días desde la fecha en que venció el plazo para el pago, y no has realizado el pago de la prima, se procederá a suspender la cobertura de tu Póliza.

Recuerda que no tendrás cobertura durante el periodo que dure la suspensión. Recuerda que una vez suspendida tu Póliza, si no regularizas los pagos, tu Póliza podría resolverse. Para esto, **RIMAC** te comunicará por escrito dicha decisión y la resolución se dará luego de 30 días contados desde esta comunicación.

8. ¿Cómo reactivo la cobertura de mi seguro?



Para reactivar la cobertura de tu seguro, debes realizar el pago de todas tus cuotas vencidas. La cobertura se reactivará a las 0:00 horas del día siguiente de la fecha de pago.

9. ¿Cuánto tiempo tengo para reactivar mi cobertura? ¿qué sucede si no reactivo mi cobertura a tiempo?



Desde la fecha de inicio de la suspensión de la cobertura de tu seguro, solo tienes 60 días calendario para realizar el pago total de las cuotas vencidas. Si no realizas el pago en dicho plazo, esta póliza se extinguirá (anulará). No obstante lo antes indicado, y antes que se extinga tu seguro conforme lo indicado en el párrafo precedente, **RIMAC** podrá resolver esta póliza luego de producida la suspensión de la cobertura, para lo cual te enviaremos una comunicación escrita informándote sobre dicha decisión. La resolución se producirá una vez que haya transcurrido 30 días desde que recibiste dicha comunicación.

10. ¿Hasta cuándo puedo estar cubierto por mi póliza Salud Flexible?



Esta Póliza no tiene límite de edad de permanencia.

11. ¿Qué sucede si realizo fraude para solicitar las coberturas de esta póliza?



Es muy importante que sepas que, en caso de presentación de solicitud de cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas, el Asegurado perderá el derecho a recibir las coberturas de tu Póliza.

En este caso, **RIMAC** responderá la solicitud de cobertura emitiendo la correspondiente Carta de Rechazo, y además, tendrá derecho a resolver la Póliza, para lo cual te remitiremos una comunicación escrita con una anticipación no menor a 15 días a la fecha en que se efectúe la resolución. Una vez resuelta (anulada) la Póliza, **RIMAC** quedará liberada de toda responsabilidad a su cargo.

RIMAC conservará las primas correspondientes al período cubierto, y te devolveremos la prima correspondiente al período no corrido de vigencia dentro de los 30 días siguientes a la fecha de resolución.

12. ¿Cómo tratamos las enfermedades preexistentes?

En caso de **Enfermedades Preexistentes**, podremos solicitar información adicional con la finalidad de comprobar la evidencia médica de la enfermedad.

Asimismo, para el caso de **Enfermedades No Resueltas** podremos solicitarle que se practiquen y/u obtengan informes médicos adicionales, bajo su cuenta y costo.

Sin perjuicio de lo antes indicado, toda **Enfermedad Resuelta** o no, tendrá que pasar un proceso de suscripción con intervención del área médica de **RIMAC** a efectos de su evaluación.

a) Continuidad de Enfermedades Preexistentes

No se considera como **Enfermedad Preexistente**, a aquella que se haya generado o que haya recibido cobertura durante la vigencia de un Plan de Salud y/o Contrato de Seguro que cubrió el período inmediatamente anterior; siempre y cuando:

- i) Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 120 días calendario contados desde el término de la Póliza de Seguro anterior que cubrió el período inmediatamente anterior.
- ii) Se solicite la contratación de la presente Póliza de Seguro dentro de los 60 días calendario contados desde el término del Plan de Salud de EPS anterior que cubrió el período inmediatamente anterior,
- iii) Se hayan declarado las preexistencias a **RIMAC** en forma previa.



Recuerda: Si la Póliza de Seguro y/o Plan de Salud bajo la cual se presentó la **Enfermedad Preexistente** tiene solo coberturas indemnizatorias, no aplica continuidad de Enfermedades Preexistentes.

13. ¿Podrían exonerarme de los periodos de carencia y/o espera?



Sí, siempre que durante los últimos doce (12) meses previos a la contratación de esta Póliza, hayas estado cubierto de forma ininterrumpida por una o varias Póliza de Seguro y/o Plan de Salud que haya cubierto prestaciones médicas. Desde la terminación de tu Póliza de Seguro y/o Plan de Salud anterior tienes treinta 30 días para contratar esta Póliza y así gozar de la exoneración de Periodos de Carencia y Espera.

Para gozar de la exoneración antes indicada es requisito indispensable que presentes (i) la Solicitud de inscripción del Seguro, (ii) copia de la/las Póliza y/o Plan de Salud anteriores que sumen en su totalidad la vigencia de doce (12) meses calendario previos a la contratación de la presente Póliza, (iii) Copia de los comprobantes de pago cancelados correspondientes al pago de la prima u aporte conforme corresponda; y, (iv) el detalle de los siniestros incurridos.

Las condiciones y coberturas que se hayan activado bajo su Póliza y/o Plan de Salud anterior (bajo sus condiciones y hasta sus límites asegurados, siempre que no sean mayores a las de la presente Póliza de Seguro), y siempre que dichas coberturas también se encuentren incluidas en esta Póliza de Seguro, y en tanto dichos diagnósticos o condiciones no sean considerados como excluidos de cobertura por parte de **RIMAC**.

14. ¿Qué pasa si los datos que declaré para contratar mi póliza, no son exactos o reales?



Si la declaración que hiciste fue inexacta con dolo o culpa inexcusable, tu seguro es nulo, y te devolveremos las cuotas pagadas. La nulidad te la comunicaremos por correo electrónico dentro de los 30 días siguientes desde la fecha en que conocimos dicha situación. **RIMAC** conservará las primas correspondientes al primer año de vigencia a título indemnizatorio.

15. ¿Puedo anular anticipadamente esta póliza de seguro? (resolución sin expresión de causa):



En cualquier momento de la vigencia, podrás anular (resolver) tu Póliza sin más requisito que una comunicación por escrito a **RIMAC**, con una anticipación no menor de treinta (30) días. La anulación se hace efectiva en el primer día calendario del mes inmediato siguiente a la fecha de haberse solicitado la anulación. Recuerda que si solicitas la resolución, te informaremos que puedes solicitar la devolución de la prima que no haya devengado (la que corresponde al período no corrido de tu vigencia).

Una vez anulada (resuelta), **RIMAC** no será responsable de brindar las coberturas descritas en la presente Póliza. De producirse la anulación, a la fecha en que surta efectos esta, **RIMAC** procederá a devolver la prima correspondiente al período no cubierto, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el Asegurado haya solicitado la resolución de la presente Póliza de Seguro, y en tanto corresponda.

16. ¿Qué es el derecho de subrogación?



Si como consecuencia de un accidente producido y/u ocasionado por un tercero, el asegurado sufre un deterioro en su salud física y/o psicológica cuyas consecuencias son atendidas por **RIMAC**, éste último podrá repetir contra los terceros responsables y/o el médico (solo para casos de negligencia médica, mala praxis o complicaciones médicas no esperadas) de dicho deterioro, los gastos realizados por las atenciones médicas del asegurado.

El Asegurado deberá facilitar toda la información y documentos necesarios para que **RIMAC** pueda ejercer este derecho así como concurrir a las citaciones y demás diligencias requeridas por ley para estos efectos.

El Asegurado será responsable ante **RIMAC** por cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación, en especial y sin excluir otros actos, el recibir pagos de los terceros responsables cuyo derechos han sido subrogados a favor de **RIMAC**, obligándose en este caso a devolver lo pagado por **RIMAC** hasta por el monto recibido por dicho tercero responsable.

17. ¿Dónde presento mis quejas y/o reclamos?



Podrás presentarlas por vía telefónica: A través de la Central de Consultas descrita en tu Póliza; o Por escrito: Por carta dirigida a **RIMAC** la cual deberás presentarla en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención; o mediante un correo electrónico, ambos señalados en tu Póliza. Las quejas y reclamos serán atendidos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

En caso esta Póliza de Seguro haya sido comercializada por Comercializadores y/o Bancaseguros, las comunicaciones cursadas a estos, tienen los mismo efectos como si se hubiesen realizado a **RIMAC**, aplicando el mismo plazo descrito en el párrafo precedente.

18. ¿En qué casos acudo a la defensoría del asegurado?



En caso no te encuentres de acuerdo con nuestra respuesta a la queja o reclamo, tienes el derecho de acudir a la Defensoría del Asegurado, ubicado en Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9, distrito de San Isidro, Lima, teléfono 01-421-0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para **RIMAC**.

19. ¿Cómo se realizarán las comunicaciones referentes a esta póliza?



Los avisos y comunicaciones relacionados a esta Póliza se remitirán por medios virtuales y/o electrónicos y/o telefónicos, salvo que la norma exija su envío físico. Las comunicaciones surten efecto desde el momento en que son notificadas a través de dichos mecanismos de comunicación, y en caso de que existan plazos surten efecto una vez vencidos estos. En caso varíe sus datos de contacto o los del Asegurado (en caso de ser persona distinta), deberán informarnos para actualizar sus datos. En caso contrario, se tendrá como válido los últimos datos de contacto señalados en la Póliza y el cambio solo surtirá efectos para comunicaciones posteriores a dicha fecha.

En caso esta Póliza de Seguro haya sido comercializada por Comercializadores y/o Bancaseguros, las comunicaciones que les remita, tienen los mismos efectos como si se hubiesen realizado a **RIMAC**.

20. ¿Cuáles son los mecanismos de solución de controversias?



Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del Contrato de Seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los Jueces y Tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia o donde domicilian los Asegurados (Beneficiarios), según corresponda de acuerdo a Ley.

Sin perjuicio de lo antes indicado, el Contratante o el Asegurado podrán presentar su reclamo ante la Defensoría del Asegurado; su denuncia, consulta o reclamo según corresponda, ante la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual-INDECOPI, Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, entre otros.

21. ¿Cuál es el plazo de prescripción liberatoria?



Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de 10 años desde que ocurre el siniestro conforme lo establecido en la normatividad vigente, o en el caso de fallecimiento del Asegurado, desde que el beneficiario conoce la existencia de dicho beneficio.

22. ¿Podrían variar las condiciones de mi póliza de seguro a la renovación de la vigencia?



Sí. Recuerda que la renovación de tu póliza es automática por lo que podríamos proponerte modificaciones a tu póliza de seguro a la renovación, las cuales debemos informártelas con 45 días de anticipación (como mínimo) a la fecha en que culmine la vigencia en curso. Recuerda que tienes 30 días calendarios desde que recibes dicha información a fin de manifestar tu aceptación o rechazo a las mismas. Si manifiestas tu rechazo, la vigencia de tu póliza no se renovará y finalizará cuando culmine la vigencia en curso. Si no manifiestas tu rechazo, entenderemos que has aceptado las nuevas condiciones planteadas y se te remitirá tu nueva póliza de seguro para tu próxima anualidad destacando las modificaciones.

Asimismo, si esta Póliza de Seguro se ha renovado por 5 años consecutivos, esta Póliza de Seguro se renovará indefinidamente con las mismas coberturas (salvo que cuente alguna de ellas con una edad máxima de permanencia.). No obstante, y conforme lo indicado en el párrafo previo, podremos proponerte algunas modificaciones a tu Póliza de Seguro cuando corresponda la renovación de su vigencia.

23. ¿Qué sucede si me diagnostican una enfermedad durante la vigencia de mi póliza y luego quiero contratar coberturas adicionales?



Las enfermedades o diagnósticos cubiertos durante la presente vigencia del plan, seguirán siendo cubiertos en la renovación de esta póliza con las mismas coberturas y condiciones que se mantenían vigentes al momento del diagnóstico de la enfermedad. Esto quiere decir que, las coberturas adicionales que adquieras solo serán aplicables a nuevos diagnósticos y no a aquellos diagnósticos presentados antes de la contratación de las nuevas coberturas adicionales.

Por otro lado, si ha habido enfermedades o diagnósticos que no han sido materia de cobertura durante la vigencia de esta póliza, estos no serán cubiertos en una nueva vigencia, aun cuando se adquieran coberturas adicionales en la renovación de esta póliza. Esto significa que, las coberturas adicionales adquiridas solo serán aplicables a nuevos diagnósticos a partir de la fecha de su contratación.

Glosario de Términos

Alta Hospitalaria: Es el término de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico (por curación, fallecimiento, traslado o retiro voluntario).

Asegurado o Asegurado Dependiente: Persona natural cuya salud se asegura en la presente Póliza, puede ser también el contratante del Seguro.

Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales: Toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro de trabajo o con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre la persona del trabajador o debida al esfuerzo del mismo, están considerados dentro del Seguro.

Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR.

Beneficio máximo anual por asegurado: Es la suma límite que **RIMAC** asumirá durante la vigencia anual de la Póliza por cada Asegurado, el cual está indicado en el Plan de Beneficios del Condicionado Particular. Las coberturas adicionales y Beneficios Adicionales podrán tener sus propios límites los mismos que estarán descritos en el Plan de Beneficios. Al término de cada año de vigencia de la Póliza, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por Asegurado.

CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. Dicha clasificación es publicada en la página web de la Organización Mundial de Salud (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>)

Cláusula adicional: Aquellas condiciones especiales que permiten extender o ampliar las coberturas comprendidas en las condiciones generales, incluyendo riesgos no contemplados o expresamente excluidos.

Contratante: Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de asegurado. El contratante es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

Copago: Porcentaje del gasto que el asegurado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de **RIMAC** en el momento en que se le brindan las coberturas, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Deducibles y Copagos.

Deducible: Monto fijo que el asegurado debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor de servicios en salud de la red de **RIMAC** en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Deducibles se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Copagos y Deducibles.

Dolo: Intención, voluntad de hacer algo indebido, de incumplir. No declarar intencionalmente lo que se debe declarar. Tiene el mismo efecto que la Culpa inexcusable.

EMEA (EUROPEAN MEDICINES AGENCY): Organización europea que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, de forma similar a la FDA.

Emergencia: Es una condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente, por ejemplo, puede ser un sangrado que no cese, dificultad para respirar, dolor en el pecho, desmayo, ingestión de una sustancia tóxica, caída de altura, convulsión, entre otros.

Enfermedades Graves: Para efectos de la presente póliza, las enfermedades graves son las siguientes: Primer diagnóstico de cáncer, Ceguera bajo los términos de la cláusula adicional, Cirugías Artero Coronaria (Bypass), Aorta, Válvula Cardíaca, Derrame e Infarto Cerebral, Esclerosis Múltiple, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal, Parálisis, Quemaduras Graves y Trasplante de Órgano Mayor.

ENDOSO: Documento que se adhiere con posterioridad a la Póliza emitida, en el que se establecen modificaciones o nuevas declaraciones del contratante, surtiendo efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por **RIMAC** y el contratante, según corresponda.

Glosario de Términos

Enfermedades Agudas de Baja Complejidad: Son aquellas enfermedades de mayor frecuencia y poca complejidad que tienen una duración no mayor a 7 días calendarios aproximadamente, y que pueden ser atendidas por un Médico General ya que no necesitan consulta especializada, alta tecnología diagnóstica, hospitalizaciones prolongadas, medicación muy específica, ni intervenciones quirúrgicas mayores y definida por el Médico tratante.

Establecimiento de Salud categoría I-4: Es un establecimiento de salud, que pertenece al primer nivel de atención, con capacidad resolutoria para la recuperación, rehabilitación de problemas de salud y que cuenta con la autorización para realizar internamientos y/o hospitalizaciones de pacientes.

Exclusiones: Circunstancias y/o causas bajo las cuales se podría producir un siniestro y que no están cubiertas por la Póliza de Seguro.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION): Organización norteamericana que regula la producción y distribución al público de nuevos medicamentos en desarrollo, si es que su seguridad y eficacia está probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

Gastos cubiertos: Gastos Cubiertos se refiere a los gastos normales y razonables, incurridos por un ASEGURADO, en razón de un accidente, enfermedad o beneficio adicional amparado por esta Póliza, y tomando como base el tarifario UCR (Usual, Customary and Reasonable) para coberturas en el extranjero y el Tarifario RIMAC para un caso similar para coberturas que se brinden en territorio nacional, bajo los términos, condiciones y hasta los límites señalados en el Plan de Beneficios.

Medicina basada en la evidencia: Es el uso juicioso y prudente de la mejor evidencia médica disponible para tomar decisiones que conciernen al cuidado de los pacientes. La evidencia médica se refiere a los resultados de los estudios clínicos realizados a nivel nacional e internacional, cuyas conclusiones y recomendaciones son aplicables al paciente. La práctica de la medicina basada en evidencias se está convirtiendo en el estándar internacional para la práctica de la medicina.

Periodo de Carencia: Periodo inicial durante el cual, las enfermedades que le ocurran o que sean diagnosticadas al Asegurado no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

Periodo de Espera: Es el periodo inicial durante el cual las coberturas no estarán activas. Culinado este periodo a diferencia del Periodo de Carencia, la ASEGURADORA otorgará la cobertura a aquellas atenciones.