

**SOLICITUD - CERTIFICADO
SEGURO CONTIGO SALUD EFECTIVA**

Código SBS: VI050720462
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias
Póliza N°: 4140-500001

DATOS DEL CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR

CONTRATANTE: Financiera Efectiva S.A
Dirección: Av. Luis Gonzales N° 1315 Int. 302
Provincia: Chiclayo
Teléfono: (074) 274867-223680
RUC: 20441805960
Distrito: Chiclayo
Departamento: Lambayeque

DATOS DE LA ASEGURADORA

Rimac Seguros y Reaseguros
Dirección: Las Begonias 475, Piso 3.
Provincia: Lima
Teléfono: 411-1000
Página Web: www.rimac.com
RUC: 20100041953
Distrito: San Isidro
Departamento: Lima
Fax: 421-0555
Correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

DATOS DEL ASEGURADO / RESPONSABLE DE PAGO

Los datos del asegurado son los que se consignan en el CCP, el cual está vinculado a un número de préstamo especificado en dicho documento.

DATOS DEL BENEFICIARIO

En caso de que los BENEFICIARIOS sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos.
En caso de que el ASEGURADO no haya designado BENEFICIARIOS, los BENEFICIARIOS serán los Herederos Legales.
Si se designan varios BENEFICIARIOS, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es partes iguales.

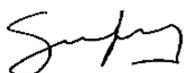
VIGENCIA DEL SEGURO

La cobertura inicia con la aceptación y firma del CCP, así como el pago de la prima por parte del asegurado. La póliza tiene una vigencia de 1 a 5 años, dependiendo del plan contratado, desde la firma del CCP el cual está vinculado al préstamo consignado en dicho documento. Para el último día se considera que la cobertura aplica hasta 12 del mediodía.

INICIO DE LA COBERTURA: La cobertura del seguro se inicia con la aceptación de la Solicitud del Seguro por parte de la COMPAÑÍA y el pago de la Prima convenida por parte del ASEGURADO. La Póliza inicia su cobertura y termina a las 12 del medio día de la fecha señalada en el presente Certificado de Seguro.

Esta póliza no se renueva automáticamente.

Lugar y Fecha de emisión: La fecha y hora considera desde la aceptación y firma de CCP, así como la ciudad que señala dicho documento



GIOVANNI SCARSI NUÑEZ
Vicepresidente de Seguros Vida y Pensiones
División Seguros Personas
Rimac Seguros y Reaseguros

ASEGURADO

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

Cobertura Principal

Suma Asegurada (S/ o US\$)

Fallecimiento (Muerte Natural y Accidental)

S/. 1,500

DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS

Cobertura de Fallecimiento por muerte natural y muerte accidental:

Si se produjera tu fallecimiento por cualquier causa que no esté excluida en tu póliza de seguro, RIMAC indemnizará al Beneficiario, de acuerdo con las condiciones, coberturas y límites contratados.

PLAN (Marcar con una x)

Opciones de Plan: 1 año, 2 años, 3 años, 4 años, 5 años

El plan contratado por parte del asegurado se encuentra especificado en el CCP

Máximo de pólizas a contratar por cliente: Máximo 3 pólizas activas. En caso de que se supere el máximo de Solicitudes – Certificados de Seguro contratados, dichos certificados de seguro contratados en exceso serán nulos.

PRIMA COMERCIAL ANUAL (NO CONTIENE IGV)

Plan (De acuerdo a la vigencia del seguro)	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Prima Comercial Anual Total	S/ 139.90	S/ 279.80	S/ 419.70	S/ 559.60	S/ 699.50

Comisión del comercializador: Veintinueve punto veinticuatro por ciento sobre la prima comercial. La cobertura inicia con la aceptación y firma del CCP (constancia de contratación del producto aprobado), y culmina con la fecha de vencimiento que señala el plan consignado en el CCP.

INTERÉS ASEGURADO

Descripción del Interés Asegurable: Es el requisito esencial para que exista un Contrato de Seguro. Es el interés que debe tener el Contratante en obtener el beneficio de determinadas coberturas en caso se materialicen cualquier riesgo sobre el Asegurado, debido a que guarda una relación lícita con el mismo (en este caso, una relación económica entre el Contratante y Asegurado). Si este interés asegurable no existe, este Certificado de Seguro será nulo bajo las condiciones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Desgravamen Premier.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Lugar: Oficinas del Contratante.

Interés Moratorio: No aplica.

Forma de Pago

Ten en cuenta que el pago de la prima lo realizarás mensualmente (fraccionada) al momento de pagar las cuotas de tu crédito, el cual te ha otorgado el Contratante (Financiera Efectiva).

En caso que el ASEGURADO no realice el pago de la cuota de la prima del seguro, y este incumpliendo se extienda por noventa (90) días calendario, la presente Solicitud – Certificado de Seguro se considerará extinguida, sin necesidad de comunicación previa alguna por parte de RIMAC.

EDADES DEL ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como tal en la Póliza, y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

Para las coberturas Fallecimiento:

La edad máxima de ingreso es 69 años y 364 días.

La edad máxima de permanencia es 69 años y 364 días.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA PRINCIPAL

Están excluidos de cobertura los siniestros que se produzcan en, o a consecuencia de, los siguientes eventos o circunstancias. Las coberturas adicionales podrán contener exclusiones específicas las cuales se añadirán a las presentes exclusiones generales.

- Enfermedades, lesiones y/o condiciones pre-existentes al inicio de la vigencia del presente seguro.**
- Suicidio consciente y voluntario, salvo que el contrato haya estado en vigencia ininterrumpida por dos años.**
- Detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva; independientemente de la forma en que se haya ocasionado la detonación nuclear, reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**

- d. Pena de Muerte o participación activa del asegurado en cualquier acto delictivo cometido o en actos violatorios de leyes o reglamentos, en duelo concertado; en peleas o riñas, salvo aquellos casos en que se acredite legalmente legítima defensa; servicio militar; así como participación activa en huelgas, motines, conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y terrorismo.
- e. Cuando el deceso sea consecuencia de acción de guerra (civil o internacional) declarada o no, estando el asegurado en campaña, así como por intervención en duelo concertado.
- f. Por hacer uso de la aviación salvo cuando estés de viaje en calidad de pasajero en un transporte aéreo de servicio público autorizado y en itinerarios regulares.
- g. Las lesiones que sufra el asegurado como consecuencia de la práctica temeraria y/o participación en competencias profesionales o no profesionales o en prácticas de entrenamiento de las siguientes actividades o deportes riesgosos: Carreras de automóviles, motocicletas, bicicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, motocicletas náuticas, lanchas a motor, avionetas, deportes hípicas; artes marciales, escalamiento, andinismo, montañismo, ala delta, ultraligeros, paracaidismo, salto desde puentes o puntos elevados al vacío, esquí acuático y sobre nieve, inmersión o caza submarina, buzo, boxeo, caza de fieras, trabajos con explosivos o químicos.
- h. Accidente o fallecimiento producido como consecuencia de la influencia de droga o alucinógenos (en cualquier grado) o bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre). En caso de accidente de tránsito se presume la influencia de alcohol o drogas si el asegurado o beneficiario se niegan a someterse al examen toxicológico y/o de alcoholemia.
- i. Por inhalación de gases o envenenamiento sistemático de cualquier naturaleza.
- j. Los siguientes accidentes médicos: apoplejías, congestiones, síncope, vértigos, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis y ataques epilépticos, así como los casos de negligencia o impericia médica.
- k. Cualquier enfermedad corporal o mental, y a las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza.
- l. Por participación como conductores o acompañantes en carreras de automóviles, bicicletas, lanchas a motor o avionetas, o en carreras de entrenamiento.

COMUNICACIÓN DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá comunicar por escrito a RIMAC, cualquier hecho o circunstancia que agrave el riesgo cubierto por la presente póliza, y sean de tal magnitud que, si son conocidas por RIMAC al momento de suscribir el presente Certificado de Seguro, éste no lo emitiría o lo haría bajo otras consideraciones.

DERECHO DE RESOLVER EL CERTIFICADO DE SEGURO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

Cuando así lo decidas y sin necesidad de una justificación. Para ello debes enviar una comunicación escrita a RIMAC o solicitarlo por cualquiera de los medios que usaste para contratar la Póliza de Seguro. Ésta quedará resuelta a los 30 días siguientes.

RIMAC tiene derecho a conservar y/o cobrar las primas por el período de vigencia transcurrido. En el caso que se hayan pagado primas por adelantado, tendrás derecho a que se te reembolse la prima por el período de vigencia que no ha transcurrido. Este reembolso se realizará en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la resolución.

EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO DE SEGURO

Si transcurren 90 días desde la fecha del incumplimiento del pago de la prima, esta Póliza de Seguro quedará extinguida. RIMAC conservará las primas correspondientes al período efectivamente cubierto. A partir de la fecha en que se produzca la extinción, RIMAC queda liberada de todas las obligaciones a su cargo conforme a la presente Póliza.

QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO:

• Paso 1 AVISO DE SINIESTRO

El siniestro será comunicado a la ASEGURADORA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio según corresponda en cualquiera de los Centros de Atención descritas en el resumen de la presente Póliza, así como por vía telefónica o al correo electrónico señalado en dicho resumen.

El incumplimiento del plazo antes señalado, no constituye causal del rechazo del siniestro, pero la ASEGURADORA podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba a caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a la ASEGURADORA.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, o si se demuestra que la ASEGURADORA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

- **Paso 2 SOLICITUD DE COBERTURA:**

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de fallecimiento se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus Centros de Atención al Cliente en Lima o provincias (detallados en el resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a. Documento de identidad del ASEGURADO.
- b. Certificado de defunción del ASEGURADO.
- c. Acta o partida de defunción del ASEGURADO.
- d. Historia clínica completa del ASEGURADO, foliada y fedateada, solo para muerte natural
- e. Documento de identidad de los BENEFICIARIOS mayores de edad y/o partida de nacimiento de los BENEFICIARIOS menores de edad que carezcan de DNI.
- f. Certificado o declaración jurada domiciliaria (en caso de BENEFICIARIOS menores de edad).
- g. En caso los BENEFICIARIOS sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar testamento o testimonio de sucesión intestada y copia literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos.

En caso que el fallecimiento se produzca a consecuencia de un accidente, adicionalmente a los documentos antes mencionados, se deberán presentar los siguientes:

- a. Atestado o informe policial completo o diligencias fiscales.
- b. Protocolo de necropsia.
- c. Resultado del dosaje etílico; sólo en caso de accidente de tránsito siempre que el accidente sea consecuencia directa de esos estados y esta situación sea acto generador del siniestro.
- d. Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas.

En caso de muerte presunta, ésta deberá acreditarse conforme a la ley vigente. Asimismo, se deberá presentar la solicitud de cobertura y adjuntar todos los documentos que se tenga disponible, exceptuando la resolución judicial que confirma el fallecimiento.

Cuando la resolución judicial de muerte presunta sea expedida, deberá ser presentada a la ASEGURADORA junto con la correspondiente partida de defunción.

El pronunciamiento de la ASEGURADORA se encontrará suspendido hasta la recepción de la resolución judicial de muerte presunta y partida de defunción.

Para atender las solicitudes de cobertura en caso de sobrevivencia se deberá entregar a la ASEGURADORA, en cualquiera de sus Centros de Atención al Cliente en Lima o provincias (detalladas en el resumen de la Póliza) los siguientes documentos en original o en copia legalizada:

- a. Solicitud, proporcionada por la ASEGURADORA, firmada por el CONTRATANTE.
- b. Documento de identidad del CONTRATANTE.

Sobre los documentos para presentar la solicitud de cobertura:

El listado anterior muestra la documentación que debe ser presentada para solicitar la cobertura en caso de siniestro.

Todo documento de procedencia extranjera, debe ser visado por el Consulado Peruano en el país de expedición, y ratificado en el Perú por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si el documento estuviera redactado en idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

- **PROCEDIMIENTO DE PAGO DE SINIESTROS**

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos para la cobertura solicitada LA ASEGURADORA evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días LA ASEGURADORA podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada; o podrá solicitar la prórroga del plazo original, al Asegurado o a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202- 2013).

LA ASEGURADORA pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

- **SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTO**

En caso cualquiera de las coberturas de esta Póliza sea solicitadas en forma fraudulenta, los Beneficiarios pierden el derecho a ser indemnizados.

Una solicitud de cobertura será considerada fraudulenta cuando se apoya total o parcialmente en

declaraciones o documentos falsos o inexactos, o se emplea medios falsos para probarlos, o se exagera los daños producidos.

LA ASEGURADORA está autorizada a realizar las investigaciones y solicitar la información necesaria al COMERCIALIZADOR para evaluar esta circunstancia.

En caso se presente una solicitud de cobertura fraudulenta y se llegara a comprobar la actuación y/o participación concertada de algún colaborador del COMERCIALIZADOR con los asegurados y/o beneficiarios, éste asumirá el pago del siniestro y la eventual sanción que LA ASEGURADORA pueda recibir a causa de este.

LA ASEGURADORA se obliga a emitir un certificado individual de cobertura, debidamente numerado y registrado en la póliza, conteniendo un resumen de las coberturas, exclusiones y procedimientos para acceder a las indemnizaciones que otorga la misma; además de los datos de cada prestatario, quien devolverá una copia debidamente suscrita, en señal de conformidad, las que permanecerán en poder del COMERCIALIZADOR. El formato será coordinado con EL COMERCIALIZADOR y deberá emitirse en estricto cumplimiento de las disposiciones vigentes de la SBS.

En caso se tenga que enviar comunicaciones a los clientes informando por algún cambio en sus condiciones de sus pólizas ya contratadas, este costo será asumido íntegramente por EL COMERCIALIZADOR.

- **Paso 3: EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:**

Dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación y requisitos exigidos en el Paso 2 precedente para la cobertura solicitada RIMAC evaluará y se pronunciará aceptando o rechazando el pago de la indemnización (cobertura).

Dentro de los primeros 20 días RIMAC podrá solicitar aclaraciones o precisiones sobre de la documentación e información presentada, o podrá solicitar la prórroga del plazo original al Asegurado, y en caso éste último no acepte la prórroga solicitada, podrá solicitarlo a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, conforme lo establecido en los Artículos 11° y 12° del Reglamento de Gestión y Pago de Siniestros (Resolución SBS N° 3202-2013).

Para efectos de la evaluación de la documentación presentada, el ASEGURADO 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 entregar directamente cualquier información solicitada por RIMAC, incluyendo la referida al VIH/SIDA.

Si transcurre el plazo descrito en el primer párrafo precedente y RIMAC no se ha pronunciado respecto del siniestro, se entiende que este ha sido consentido.

RIMAC pagará la indemnización dentro de los 30 días siguientes de haber consentido o aceptado la cobertura.

LUGARES AUTORIZADOS POR RIMAC PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO

La solicitud de cobertura debe ser comunicada por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO en las oficinas del CONTRATANTE, a nivel nacional.

Adicionalmente, podrá presentarse a RIMAC en los Centros de Atención de Cliente:

Oficina Principal: Av. Las Begonias 475, San Isidro, Lima / Lima: Av. Paseo de la República 3082, San Isidro. Av. Comandante Espinar 689, Miraflores. Telf. 411-3000 / **Arequipa:** Pasaje Belén 103, Urb. Vallecito. Telf. (054)-381700.

También podrá presentar su Solicitud de Cobertura del Seguro a solicitud.cobertura@rimac.com.pe.

Las solicitudes de cobertura presentadas al CONTRATANTE / COMERCIALIZADOR del seguro, de corresponder, tienen los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a RIMAC.

MEDIOS HABILITADOS POR RIMAC PARA PRESENTAR RECLAMOS

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, se podrá presentar el reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

Verbal: Presencial o vía telefónica a través de los Plataformas de Atención al Cliente en Lima y Provincias y Central de Consultas y Reclamos. / **Escrito:** Mediante carta dirigida a RIMAC Seguros o a través de la página web o correo electrónico / **Central de Consultas y Reclamos:** (01) 411-1111 / **Correo Electrónico:** reclamos@rimac.com.pe / **Página Web:** www.rimac.com

OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

No aplica.

INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS

Defensoría del Asegurado: www.defaseg.com.pe Lima:(01) 421-0614 Amador Merino Reyna 307 Piso 9, San Isidro, Lima. / **Indecopi:** www.indecopi.gob.pe Lima: (01) 224-7777 Telf. gratuito de Provincias: 0-800-4-4040 SEDE CENTRAL LIMA SUR: Calle de la Prosa 104, San Borja, Lima. SEDE LIMA NORTE: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos, Lima. / **Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS):** www.sbs.gob.pe LIMA: Los Laureles 214, San Isidro Teléfono (511) 630-9000 | Fax: (511) 630-9239 AREQUIPA: Los Arces 302, Urb. Cayma. PIURA: Prócer Merino 101, Urb. Club Grau. Consultas y Denuncias: (511) 630-9000 | 200-1930.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

- I. RIMAC es responsable frente al ASEGURADO de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
- II. RIMAC es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. Para efectos del presente certificado de seguro, se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017.
- III. Las comunicaciones cursadas por los ASEGURADOS o BENEFICIARIOS al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a RIMAC.
- IV. Los pagos efectuados por los ASEGURADOS o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a RIMAC.

El ASEGURADO manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignado en el presente documento. RIMAC remitirá comunicaciones escritas al domicilio del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso no se consigne una dirección electrónica, o, a decisión expresa de RIMAC, en forma adicional a la comunicación electrónica o en caso la normatividad vigente lo exija. En caso el ASEGURADO no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-1111. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

La aceptación y emisión de la presente Solitud - Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO en los términos estipulados por RIMAC, en tanto el ASEGURADO hubiera proporcionado información veraz.

MANUAL DE USO DEL BENEFICIO DE ASISTENCIA DE SALUD

CONTIGO SALUD

Este beneficio es gestionado y operado por la empresa Health Care Administration Red Salud S.A.C con domicilio en la Av. Jorge Chávez 263, Of.302, Miraflores, Lima, a quien en adelante se denominará RED SALUD.

FINANCIERA EFECTIVA S.A. no es responsable por cualquier daño o perjuicio que pudiera derivarse de la idoneidad del servicio que ofrece la empresa Health Care Administration Red Salud S.A.C.

El presente Manual de uso contiene los siguientes anexos:

- Anexo 1: Condiciones generales
- Anexo 2: Detalle y condiciones de las coberturas del plan de salud
- Anexo 3: Diagnósticos cubiertos
- Anexo 4: Periodo de carencia
- Anexo 5: Exclusiones
- Anexo 6: Procedimientos para la atención médica.
- Anexo 7: Procedimientos para solicitar Medicamentos, Exámenes Auxiliares u otros.
- Anexo 8: Obligaciones del Titular y/o Beneficiarios.
- Anexo 9: Atención de quejas y reclamos
- Anexo 10: Red médica a nivel nacional.

ANEXO 1: CONDICIONES GENERALES

- a. Contratante: Toda persona natural o jurídica que suscribe un CONTRATO de servicios con una Entidad que presta Servicios de Asistencia, para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o ambos. Teniendo como contrato de venta, LA SOLICITUD firmada por el Contratante en caso de venta presencial o la aceptación verbal en la grabación de venta en caso de venta telefónica. Queda aclarado que, el Contratante puede ser o no el Titular y/o Beneficiario del Plan de Asistencia. El Contratante, es el único responsable por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los Beneficiarios.
- b. Titular: Se denomina Titular al primer afiliado señalado en el listado de Beneficiarios.
- c. Beneficiarios: Son las personas inscritas por el Contratante en el Plan de salud y que tienen derecho a todas las coberturas médicas detalladas en el presente Manual de uso del beneficio de Asistencia de salud.
- d. Los beneficios otorgados por la presente Asistencia se otorgan en la República del Perú, por lo que el Titular y/o sus Beneficiarios, para gozar de los beneficios de esta asistencia, se requiere que residan en el Perú.
- e. El Contratante y/o Titular puede agregar como Beneficiarios a su cónyuge, hijos, padres u otros beneficiarios sin necesidad de vínculo familiar, hasta un máximo de cuatro (4) personas.
- f. La edad máxima de ingreso al plan para el Titular y/o Beneficiarios es hasta los 64 años con 364 días, y la edad máxima de permanencia es hasta los 69 años con 364 días.
- g. Para la inclusión de Beneficiarios, El Contratante y/o Titular deberá ingresar a www.red-salud.com/contigosalud, escribir al Whastapp 924 843 520 o comunicarse a la Central telefónica (01) 445 3019 y solicitar la inclusión de los BENEFICIARIOS. La cobertura de los nuevos BENEFICIARIOS se iniciará transcurrido el periodo de carencia.
- h. Conforme a lo dispuesto en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, El Titular y/o Beneficiario(s) toman conocimiento que y autoriza de forma expresa a RED SALUD podrá tratar sus datos personales para: fines estadísticos, comunicacionales relacionadas al servicio de asistencia, históricos, investigación en temas de salud o historias clínicas y cualquier otra actividad necesaria para la correcta prestación de los servicios de salud, cobertura y cumplimiento de diversas

ANEXO 2: DETALLE Y CONDICIONES DE LAS COBERTURAS DEL PLAN DE SALUD

CANTIDAD DE EVENTOS POR GRUPO FAMILIAR:

Plan	Atenciones ambulatorias	Medicamentos genéricos	Exámenes de laboratorio	Exámenes de imágenes	Atención Odontológica	Chequeo Preventivo
1 año	6 eventos	6 eventos	6 eventos	6 eventos	3 eventos	1 evento
2 años	12 eventos	12 eventos	12 eventos	12 eventos	6 eventos	2 eventos
3 años	18 eventos	18 eventos	18 eventos	18 eventos	9 eventos	3 eventos
4 años	24 eventos	24 eventos	24 eventos	24 eventos	12 eventos	4 eventos
5 años	30 eventos	30 eventos	30 eventos	30 eventos	15 eventos	5 eventos

DETALLE	COPAGO:	CUBIERTO AL:
Atención Ambulatoria		
Atención ambulatoria en Medicina General y especialidades: Consultas médicas ambulatorias en Medicina General, Pediatría, Ginecología y Urología, según solicite el afiliado en nuestra Red Médica a nivel nacional.	S/8.00	100%
Medicamentos genéricos en los Centros Médicos de la Red Médica o en Farmacias afiliadas: Derivados de la Atención ambulatoria, en presentación genérica y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Tratamiento máximo de 15 días.	Sin copago	100%
Exámenes de laboratorio: Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Se cubren los exámenes indicados en el presente documento.	Sin copago	100%
Imagenología: Derivados de la Atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta. Las imágenes cubiertas son Rayos X, Ecografía y Tomografía.	Sin copago	100% Hasta S/200.00 por evento
Atención Odontológica		
Consulta odontológica: Incluye los siguientes servicios: Niños (hasta 11 años): Odontograma Adultos (mayores a 11 años): Odontograma y profilaxis	S/15.00	100%
Procedimientos odontológicos: Incluye los siguientes servicios: Niños (hasta 11 años): Sellantes, exodoncia simple y radiografía periapical. Adultos (mayores a 11 años): Exodoncia simple y radiografía periapical.	S/15.00 por pieza tratada y terminada	100%
DETALLE		
Chequeo Preventivo		
Chequeo preventivo Infantil Para beneficiarios menores a 15 años. Incluye: cita médica en Pediatría; control de peso y talla; y los siguientes exámenes: test de Graham, parasitología simple y hemoglobina. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta.	Sin copago	100%
Chequeo preventivo Adulto: Para beneficiarios de 15 a 69 años. Incluye: cita médica en Medicina General; control peso y talla; y los siguientes exámenes: hemograma, orina completa, triglicéridos y glucosa. La lectura de resultados se realiza por teleconsulta. *El chequeo Preventivo es Infantil o Adulto.		
CONDICIONES DE LAS COBERTURAS:		
Atención ambulatoria: Válido en clínicas o centros médicos afiliados a nuestra Red Médica a nivel nacional. El copago es por cada consulta médica.		
Medicamentos genéricos: Cobertura de receta médica, de acuerdo con el diagnóstico principal de la atención ambulatoria, prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Tratamiento máximo 15 días. Válido en farmacias afiliadas como Inkarfarma, MiFarma y Boticas Perú a nivel nacional.		
Exámenes de laboratorio: Cobertura de exámenes de laboratorio, derivados de la atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. Los exámenes de laboratorio cubiertos sólo son los siguientes:		
<p>a. Exámenes de Hematología: Hemograma Simple, Hemograma completo, Hematocritos, Recuento de plaquetas, Recuento de reticulocitos, Eritrosedimentación, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangría, Tiempo de protombina (Quick), Tiempo parcial de tromboplastina (Aptt), Grupo sanguíneo y Factor RH, Coombs directo, Coombs indirecto, Investigación células LE, Factor antinúcleo (FAN), Investigación plasmodium (Gota Gruesa), Retracción del coágulo, Hierro sérico, Insulina B.</p> <p>b. Exámenes de Bioquímica: Sanguínea Glucosa, Glucosa, Glucosa Simple, Glucosa Basal, Curva de tolerancia de glucosa, Urea, Creatinina, Ácido úrico, Colesterol, HDL, LDL, VLDL, Triglicéridos, Fosfolípidos, Lípidos totales, Proteínas totales y fracción, Proteinograma (electroforesis), Reserva alcalina, Cloro, Sodio, Fructosamina, Troponina, CPK, Potasio, Fósforo inorgánico, Bilirrubina TDI, Transaminasas (SGPT),</p>		

Transaminasas (SGOT), Gama G transferasa (GGT), Fosfatasa alcalina, Fosfatasa alcalina total, Fosfatasa prostática, Amilasa, Deshidrogenasa láctica (LDH), Creatin fosfokinasa, Magnesio, Litio, Lipasa.

- c. **Exámenes de heces:** Parasitológico simple, Parasitológico seriado, Investigación oxiuros (Anal Swabb), HP Fecal, Sangre oculta, Sustancias reductoras, Coprocultivo – Antibiograma.
- d. **Exámenes de orina:** Examen de orina simple, Examen completo de orina, Proteinuria de 24 hrs., Amilasuria, Microalbuminuria, Depuración de creatinina endógena (24 hrs.), Creatinuria, Ácido úrico (24 hrs.), Calcio (24 hrs.), Magnesio (24 hrs.), Bacterioscopico en orina, Urocultivo – Antibiograma.

Cualquier examen de laboratorio no indicado en la presente lista, no será cubierto por el presente Plan de Salud.

Imagenología: Cobertura de imágenes, derivadas de la atención ambulatoria y de acuerdo con el diagnóstico principal de consulta prescrito por el médico tratante de la Red Médica. Válido en nuestras clínicas o centros médicos afiliados a nuestra red médica a nivel nacional. Las imágenes cubiertas son: Rayos X, Ecografía y Tomografía. Otros exámenes de imágenes no serán cubiertos por el presente Plan de Salud.

Chequeo Preventivo: Cobertura que tiene por objeto preservar en buen estado la salud de los Beneficiarios, minimizando los riesgos de su deterioro, por lo tanto, las atenciones para enfermedades, accidentes y/o malestares específicos, así como cualquier otra atención o situación que no califique como preventiva, no se encuentra incluida en esta cobertura. Los Programas Preventivos no incluyen atenciones, medicamentos, exámenes y/o procedimientos no indicados expresamente en el presente documento.

El chequeo preventivo puede variar según la edad y/o sexo. Atención previa reserva, a través de nuestros canales de atención y dentro del horario de atención al cliente, teniendo en cuenta las especificaciones descritas en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.

ANEXO 3: DIAGNÓSTICOS CUBIERTOS



El presente Servicio de Asistencia Médica cubre los diagnósticos especificados, así como otros derivados, conformando un total de 370 diagnósticos. Los diagnósticos cubiertos se encuentran actualizados y descritas en el QR de la imagen.

La asistencia médica cubre diagnóstico principal de la consulta médica o para cualquier duda comunicarse a nuestro Whatsapp 924 843 520 o a nuestra central de **RED SALUD** al (01) 445-3019.

ANEXO 4: PERIODO DE CARENCIA

Es el plazo en el cual no están activas las coberturas de salud. El periodo de carencia del plan de salud es de 72 horas hábiles.

ANEXO 5: EXCLUSIONES

Si el TITULAR Y/O BENEFICIARIO(S) requiere recibir las coberturas mencionadas en el presente Plan de Salud, no tendrá derecho si el tratamiento requerido es a consecuencia de las exclusiones mencionadas a continuación:

- a. Enfermedades y/o lesiones preexistentes al momento de contratar el plan de salud. Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada o no por un profesional médico colegiado, conocida o no por el Titular y/o Beneficiario(s) y no resuelta en el momento previo al ingreso al presente Plan de Salud.
- b. Enfermedades, malformaciones, defectos y/o diagnósticos congénitos, de tipo genético hereditario y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados de causas relacionadas.
- c. Toda consulta o examen de naturaleza cosmética, estética, suntuaria o para fines de embellecimiento, reconstructivo o reparadora.
- d. Exámenes y/o chequeos médicos de rutina, no contemplados como parte del Chequeo Preventivo.
- e. Tratamiento para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- f. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, con o sin declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, poder militar o usurpado, ley marcial, motín o conmoción civil.
- g. Radiación nuclear.
- h. Participación voluntaria del Titular y/o Beneficiario(s) como conductor o acompañante en carreras de automóviles, motocicletas, lanchas a motor o avionetas.
- i. Enfermedades, lesiones, secuelas, complicaciones a consecuencia de actividades o deportes peligrosos, realizados de manera profesional y no profesional tales como: carreras de automovilismo, motos terrestres, acuáticas y similares, ala delta, parapente, vuelo libre, paracaidismo y similares, escalamiento de montaña, carrera de caballos, rodeo, buceo profesional, lidia de toros, cacería mayor, puenting, surfing, artes marciales, boxeo, karate, lucha libre y otras de similar peligrosidad.
- j. Durante el desempeño de las siguientes actividades de alto riesgo: piloto, tripulante de avión, trabajo

en minas de socavón, trabajo en torres o con líneas de alta tensión, manejo de explosivos o sustancias químicas, construcción, pesca, y miembros de las FF.AA o Policiales.

- k. Enfermedades y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas, lesiones o traumatismos ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.
- l. Intento de suicidio o lesiones intencionalmente auto infringidas, esté o no el Titular y/o Beneficiario(s) en su sano juicio, o cualquier acto relacionado a tales sucesos.
- m. Tratamiento de la adicción a las drogas, alcoholismo, cualquier tipo de enfermedad mental, ansiedad, depresión, entre otros.
- n. Embarazo, control del embarazo, parto, aborto o cualquier enfermedad o complicación surgida a causa de estos hechos.
- o. Control de niño sano o controles pediátricos, vacunas.
- p. Las enfermedades directas o denominadas oportunistas o lesiones secundarias al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- q. Recetas médicas que no se emitan en la Red de Centros Médicos afiliados.
- r. Reembolsos de cualquier otro tipo, que no sea expresamente amparados por la presente cobertura y autorizados previamente por RED SALUD.
- s. El presente Plan de Salud no cubrirá ninguna atención médica ambulatoria, diagnóstico, exámenes de laboratorio o exámenes médicos que no se encuentren descritos en el presente documento.
- t. El presente plan no cubre ningún tipo de prueba para validar o descartar diagnóstico de COVID-19 u otra enfermedad.

ANEXO 6: PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:

- a. Las atenciones para las distintas Prestaciones de Salud se encuentran sujetas a los horarios de atención y disponibilidad de los Establecimientos de Salud y médicos afiliados a RED SALUD.
- b. Las prestaciones médicas otorgadas en el plan de salud para el Titular y/o Beneficiario(s), estarán dadas únicamente por la Red de Proveedores médicos proporcionado por RED SALUD. La Red Médica está sujeta a cambios sin previo aviso.
- c. El Titular y/o Beneficiario(s) deberá asumir el costo de los Copagos que correspondan por las Prestaciones de Salud, conforme a lo señalado en el presente Manual de Uso del Beneficio de Asistencia de Salud.
- d. El Titular y/o Beneficiario(s) que requieran las atenciones ambulatorias contempladas en el presente Plan de salud, podrá coordinar su cita médica de la siguiente forma:

RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP

- 1. Llama a la central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019 o escríbenos a nuestro Whatsapp 924 843 520 y solicita atención médica.
 - 2. El área de atención al cliente* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS y correo electrónico.
 - 3. Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identifícate como afiliado de RED SALUD con tu DNI en físico. En caso de ser Orientación Médica Telefónica, el médico se comunicará a la hora programada.
- (*) El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.

RESERVA DE CITA, VÍA ONLINE

- 1. Reserva tu cita médica en la web de RED SALUD: www.red-salud.com
 - 2. El área de atención al cliente* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS y correo electrónico.
 - 3. Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identifícate como afiliado de RED SALUD con tu DNI en físico. En caso de ser Orientación Médica Telefónica, el médico se comunicará a la hora programada.
- (*) El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm

ATENCIÓN PRESENCIAL

- 1. Acércate a cualquier centro médico afiliado de RED SALUD.
- 2. Identifícate como afiliado de RED SALUD presentando tu número de DNI.
- 3. Solicita atención médica de acuerdo a tu Plan de Salud.

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CHEQUEO PREVENTIVO:

Para solicitar la atención de chequeo preventivo se debe tener en cuenta lo siguiente:

RESERVA DE CITA, VÍA TELEFÓNICA Y WHATSAPP

- 1. Llama a la central telefónica de RED SALUD al (01) 445-3019 opción 2 o escríbenos a nuestro Whatsapp 924 843 520 y solicita atención de Chequeo preventivo.
- 2. El área de atención al cliente* programará la cita y te enviará la confirmación por SMS y correo electrónico.

3. Acércate al centro médico 30 minutos antes de tu cita e identifícate como afiliado de RED SALUD con tu DNI en físico.
(* El horario de atención al cliente es de lunes a viernes de 9:00am a 6:00pm y sábados de 9:00 a 1:00pm.
- e. Se cubren sólo los tratamientos relacionados con el primer diagnóstico de la consulta médica. Los diagnósticos y exámenes cubiertos se encuentran señalados en los anexos 2 y 3 del presente documento.
- f. En cualquier caso, los servicios contemplados en este contrato se prestarán únicamente a quienes figuren como Titular y/o Beneficiario(s) dentro de la base de datos del plan de salud. El Titular y/o Beneficiario(s) asume la responsabilidad de informar a RED SALUD si hubiese alguna modificación de sus datos para mantener actualizada dicha información.
- g. En caso el Titular y/o Beneficiario(s) no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados anteriormente, RED SALUD no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no prestación de los servicios a que se refiere el presente.

ANEXO 7: PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS, EXÁMENES AUXILIARES U OTROS

PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE MEDICAMENTOS Y EXÁMENES AUXILIARES (LABORATORIO O IMÁGENES):

Para solicitar los medicamentos y/o exámenes auxiliares se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a. Haber pasado por una consulta ambulatoria en nuestra Red Médica.
- b. Receta médica u Orden de laboratorio o imágenes vigente con una antigüedad no mayor a 7 días, emitida por el Centro Médico afiliado a la Red Médica.
- c. Los medicamentos por las atenciones médica serán entregados al Titular y/o Beneficiario(s) en la farmacia del centro médico y de no existir la totalidad de los medicamentos en esta farmacia el afiliado, deberá contactar con RED SALUD para coordinar la entrega de los medicamentos. Cabe señalar que el plan de salud sólo cubre medicamentos genéricos para todos los casos. De no existir un medicamento en Presentación Genérica, se podrá otorgar cobertura del medicamento comercial previa autorización de RED SALUD.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS:

1. En caso de ser una atención ambulatoria envía tu receta médica y número de DNI a través de nuestro Whatsapp 924 843 520, y de ser por teleconsulta una ejecutiva se comunicará a tu número telefónico.
2. Te confirmaremos el método de entrega de tus medicamentos siendo por retiro en farmacia o delivery.
3. Recoge tus medicamentos en la farmacia mostrando tu receta médica original y tu DNI o al motorizado del delivery.

Las zonas para coberturas de delivery están restringidas de acuerdo con zona geográfica por cadena de farmacia.

SOLICITUD DE EXÁMENES AUXILIARES:

1. En caso de ser una atención ambulatoria en algún centro médico, acércate al área de Admisión donde te indicarán los requisitos de los exámenes auxiliares y el costo de los mismos. De ser por teleconsulta, una ejecutiva se comunicará a tu número telefónico.
2. En caso de tener algún inconveniente o consulta por la atención en el centro médico, envía tu orden de laboratorio o imágenes y número de DNI a través de nuestro Whatsapp 924 843 520.
3. Dentro de las 48 horas hábiles siguientes, una ejecutiva te confirmará la cobertura de los exámenes, de acuerdo al primer diagnóstico de consulta y siempre que no se trate de una exclusión.
4. Acude al laboratorio o clínica indicada para la toma de los exámenes.

ANEXO 8: OBLIGACIONES DEL TITULAR Y/O BENEFICIARIOS

- a. **Identificarse en nuestra red médica como afiliado de RED SALUD y presentar su Documento de Identidad (DNI o CE) en forma física.**
- b. **Abstenerse de realizar gastos o arreglos, que no formen parte de la cobertura, sin haber consultado previamente con RED SALUD.**
- c. **Dar aviso oportuno a RED SALUD en caso el Titular y/o Beneficiario(s) no reciba la atención médica de forma oportuna y/o de habersele presentado algún tipo de inconveniente al momento de recibir la prestación o servicio médico.**
- d. **Los canales de atención al cliente de RED SALUD a través de los cuales podrán comunicarse el Titular y/o Beneficiario(s) para cualquier consulta, reclamo o reserva de cita médica son los siguientes: (01) 445-3019 o vía Whatsapp 924 843 520 en el horario de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. 1:00 p.m.**
- e. **Si el Titular y/o Beneficiario(s) incumple con los procedimientos antes mencionados, RED SALUD queda liberado de cualquier responsabilidad que agrave o complique la situación médica del titular y/o Beneficiario(s).**

ANEXO 9: ATENCION DE QUEJAS Y RECLAMOS

El Contratante, Titular y/o Beneficiario(s) podrá presentar sus consultas derivadas del presente Beneficio de Asistencia de Salud al área de Servicio al Cliente de RED SALUD a través de los siguientes medios: Central Telefónica (01) 445-3019 / Whatsapp 924 843 520 / E-mail: contacto@gruporedsalud.com / Página web: www.red-salud.com / Dirección: Av. Jorge Chávez 263 Of. 302, Miraflores.

Para la atención de reclamos ponemos a su disposición nuestro libro de reclamaciones en el siguiente link: <http://librodereclamacionesperu.com/44663323.html>. Los reclamos serán atendidos en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del mismo.

ANEXO 10: RED MÉDICA A NIVEL NACIONAL

La Red de Clínicas y/o Centros Médicos se encuentra actualizada y descrita en: www.red-salud.com/redmedica o en el Código QR de la imagen.

La red médica está sujeta a cambios sin previo aviso. Te sugerimos antes de coordinar una cita ambulatoria, verifiques la lista de la Red de clínicas y/o Centros Médicos o cualquier duda comunicarse a nuestro Whatsapp 924 843 520 o a nuestra central de RED SALUD al (01) 445-3019.