

**SEGURO FALABELLA SALUD BASICO
CONDICIONADO GENERAL DE LA POLIZA
AM RSH 06-08
Código SBS: AE0506420104**

De conformidad con las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro presentada por el ASEGURADO (en adelante simplemente el ASEGURADO), y de ser el caso las comunicaciones escritas presentadas por el CONTRATANTE y/o EL CORREDOR DE SEGUROS en su representación, las cuales se adhieren y forman parte integrante de este Contrato de Seguro, y cuya veracidad constituye causa determinante para su celebración; y, asimismo, de acuerdo a lo estipulado en las presentes CONDICIONES GENERALES, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Cláusulas Adicionales y en los Endosos y Anexos que se adhieran a esta Póliza; RÍMAC INTERNACIONAL COMPAÑÍA de Seguros y Reaseguros S.A. (en adelante simplemente la COMPAÑÍA) conviene en amparar al ASEGURADO contra los riesgos expresamente contemplados en la Póliza, en los términos y condiciones siguientes:

ARTÍCULO 1°.- OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

En virtud del presente Contrato de Seguro, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO se obligan al pago de la prima convenida y la COMPAÑÍA a indemnizar al ASEGURADO, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por persona y/o beneficios adicionales contratados que figuran en las Condiciones Particulares, los gastos por los accidentes o enfermedades que requieran tratamiento médico hospitalario, con sujeción a los términos de las Condiciones Generales, Particulares, Especiales, Cláusulas Adicionales y en los Endosos y Anexos que, en forma conjunta e indivisible constituyen la Póliza de Seguro.

ARTÍCULO 2°.- BASES DEL CONTRATO

- 2.1 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO están obligados a declarar a la COMPAÑÍA, antes de la celebración del contrato, todos los hechos o circunstancias que conozcan y/o que debieran conocer, en cuanto puedan influir en la voluntad de la COMPAÑÍA para la fijación de la prima o la aceptación o rechazo del riesgo. La exactitud de estas declaraciones constituye base del presente contrato y causa determinante de la emisión de la Póliza para la COMPAÑÍA.
- 2.2 En caso de producirse discrepancias entre las condiciones de esta Póliza, queda convenido y aclarado que las Condiciones Especiales y Endosos prevalecen sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

Son iguales en valor las estipulaciones impresas y mecanografiadas que forman parte del contrato de seguro; pero en caso de haber incompatibilidad entre ellas, prevalecerán lo que dispongan las mecanografiadas. El término "mecanografiadas" incluye a las impresas mediante el uso de ordenadores cualquiera que fuere la calidad de la impresión.
- 2.3 La Póliza y sus posteriores endosos deberán constar por escrito y encontrarse debidamente firmados por los funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA y por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o su representante legal, quienes deberán devolver una copia de tales documentos a la COMPAÑÍA.
- 2.4 La cobertura se inicia con la aceptación expresa de la solicitud del seguro por parte de la COMPAÑÍA y la suscripción del convenio de pago o el pago de la prima total o de la cuota inicial en la forma convenida o de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares de la póliza.
- 2.5 El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran conocer que es su prerrogativa la designación de un corredor de seguros, el cual se encuentra facultado para realizar en su nombre y representación todos los actos de administración vinculados a sus intereses en la Póliza.
- 2.6 Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formuladas por escrito, con constancia de recepción, bajo sanción de tenerse por no cursadas.
- 2.7 Las comunicaciones cursadas entre el Corredor de Seguros y la COMPAÑÍA surten todos sus efectos en relación al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, con las limitaciones previstas en la ley vigente.

ARTÍCULO 3°.- OBSERVACIÓN DE LA PÓLIZA

- 3.1 El ASEGURADO y/o CONTRATANTE puede observar la Póliza, solicitando por escrito su rectificación, dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a su recepción por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE o su CORREDOR DE SEGUROS. La solicitud de rectificación se entiende como una propuesta de modificación del contrato de Seguro y no obliga a la COMPAÑÍA, sino a partir del momento en que ésta comunique por escrito al ASEGURADO y/o CONTRATANTE o su Corredor de Seguros.
- 3.2 Si la COMPAÑÍA no respondiera la solicitud de rectificación en el plazo de ocho (8) días calendario de haber recibido la misma, se entenderán por rechazadas dichas rectificaciones y, por ende, no modificada la Póliza emitida.

3.3 Mientras se encuentre pendiente el procedimiento descrito en los artículos precedentes, la fuerza vinculante del Contrato de Seguro estará limitada a los términos y condiciones en que fue emitido.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO perderán en beneficio de la COMPAÑÍA toda prima que resultaren pagando en exceso, a causa de errores en la emisión de la Póliza originados por sus declaraciones; salvo que hubieren formulado la observación correspondiente dentro de los plazos previstos en los artículos precedentes.

ARTÍCULO 4°.- PAGO DE LA PRIMA

De conformidad con las normas legales vigentes referentes al pago de primas de los Contratos de Seguros, la presente Póliza se emite con Cláusula de Resolución Automática por morosidad en el pago de las primas y bajo las siguientes reglas:

- 4.1. El presente Contrato surtirá efecto a partir de la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la prima haya sido pagada o se haya suscrito el Convenio de Pago respectivo.
- 4.2. Si las partes convinieran el pago de la prima en forma fraccionada, la COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir un interés compensatorio acorde con los niveles del mercado o, en su defecto, la tasa de interés legal.
- 4.3. En los Contratos en los cuales se otorgue Cobertura Provisional, la prima no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a los treinta (30) días de cobertura provisional, calculada a prorrata sobre la posible prima a pactar.
- 4.4. El pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que la COMPAÑÍA o la entidad financiera autorizada perciba efectivamente el importe correspondiente, cancelando con sello y firma el recibo o documento de financiación. En el caso de pago a través de cargo en cuenta, el pago de la prima tendrá efecto a partir del día y hora en que se realice este cargo.
- 4.5. Queda claramente convenido que la aceptación por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE de letras de cambio representativas de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima o su refinanciación, en su caso, no constituirán novación de la obligación original. El pago de primas se entenderá efectuado cuando sea cancelado el íntegro del monto consignado en la letra de cambio dentro del plazo convenido.
- 4.6. El pago de primas mediante cheques y otras órdenes de pago, sólo se entenderá efectuado a partir del día en que se hagan efectivos los importes consignados en dichos documentos, salvo cuando el título valor se hubiere perjudicado por culpa de la COMPAÑÍA.
- 4.7. Los Corredores de Seguros están prohibidos de cobrar primas por cuenta de la COMPAÑÍA. Cualquier pago realizado por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE al Corredor de Seguros se tiene por no efectuado.
- 4.8. Previo acuerdo que conste por escrito en la Póliza, la COMPAÑÍA podrá prorrogar el plazo inicial convenido para el pago de la prima, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la Póliza.
- 4.9. La COMPAÑÍA concede un plazo de treinta (30) días calendario para hacer el pago de la prima siguiente a la anterior, sin cargo de interés.
- 4.10. Si habiendo vencido el plazo fijado en el numeral precedente y la prima se encontrase impaga, la COMPAÑÍA podrá resolver automáticamente el Contrato de Seguro en la fecha del incumplimiento, sin necesidad de aviso, notificación, requerimiento o declaración judicial, liberándose la COMPAÑÍA de toda obligación y responsabilidad derivada de la Póliza. Por lo tanto, la COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos a partir de la fecha en que se produjo el incumplimiento y resolución automática del Contrato de Seguro. Previo acuerdo que conste por Endoso, el Contrato de Seguro podrá ser rehabilitado.

En caso de Resolución Automática, el ASEGURADO y/o CONTRATANTE está obligado a pagar la Prima Devengada hasta el momento en que se incurrió en la causal de resolución, calculada a Periodo Corto.

En casos de haberse resuelto automáticamente el contrato, la COMPAÑÍA podrá rehabilitar el contrato si así lo decide, sea con el cobro de una prima adicional o no, y/o con el establecimiento de nuevas condiciones contractuales. La rehabilitación del contrato tendrá efecto desde el momento mismo de la rehabilitación, la cual debe constar por escrito.

- 4.11. La prima total resultante de la financiación conjunta de dos o más Pólizas constituye una sola obligación y, por ende, el ASEGURADO y/o CONTRATANTE no podrá imputar pagos parciales o desagregados a uno o más de los seguros que componen dicha financiación.
- 4.12. El ASEGURADO y/o CONTRATANTE no podrá compensar su deuda por concepto de primas con las obligaciones de la COMPAÑÍA provenientes de siniestros, notas de abono y/o de devoluciones pendientes, sin la expresa y previa aceptación de la COMPAÑÍA.

ARTÍCULO 5°.- PRINCIPALES OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Las principales obligaciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuyo incumplimiento da lugar a la pérdida de su derecho a ser indemnizado, son las siguientes:

- a.- Cumplir con lo establecido en estas Condiciones Generales, así como en las Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, en especial con lo dispuesto en el artículo referente al pago de la prima.
- b.- Proporcionar en forma completa y exacta la información que se exige tanto en la solicitud de seguro como en la declaración de salud, suscribiendo para el efecto los formularios proporcionados por la COMPAÑÍA.
- c.- Brindar y facilitar la información requerida por la COMPAÑÍA para la evaluación y aceptación de un siniestro.

ARTICULO 6°.- PERSONAS ASEGURABLES

- 6.1 Son asegurables conforme a esta Póliza, los TITULARES y DEPENDIENTES que cumplan con los requisitos de asegurabilidad al momento de la inscripción al seguro según lo detallado a continuación:

Se denomina TITULAR a la persona incorporada como tal en esta Póliza siempre y cuando no haya cumplido los sesenta (60) años al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.

Se denomina DEPENDIENTE:

- Al (a la) cónyuge o conviviente permanente del TITULAR siempre y cuando no haya cumplido los sesenta (60) años al momento de su inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad
- A los hijos reconocidos o legalmente adoptados siempre que no hayan cumplido los veinticuatro (24) años de edad al momento de la inscripción, y que sean solteros y económicamente dependientes del TITULAR.

- 6.2 Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requerirá siempre que el TITULAR y los DEPENDIENTES residan permanentemente en el Perú. Se considera no residente si la persona se encuentra más de trece (13) semanas dentro de un periodo de doce (12) meses fuera del Perú.
- 6.3 El límite de permanencia en el seguro para el TITULAR y su cónyuge o conviviente será al cumplir los sesenta y un (61) años de edad. En el caso de los hijos será al cumplir los veinticinco (25) años de edad. La exclusión será en forma automática, al cumplirse la edad indicada, sin necesidad de mediar aviso previo de la COMPAÑÍA.

ARTICULO 7°.- PERIODO DE INSCRIPCION E INICIO DEL SEGURO

- 7.1 El TITULAR y/o DEPENDIENTES podrán inscribirse bajo esta póliza, siempre que no hubieren excedido la edad límite fijada para la inscripción según artículo 6° y hubieren cumplido con los requisitos de afiliación correspondientes.
- 7.2 Los nuevos DEPENDIENTES que se inscriban después de entrar en vigencia el seguro, quedarán asegurados a partir del primer día del mes siguiente al que se solicite la inscripción por parte del TITULAR o a partir del pago de la prima correspondiente, previa aceptación de la COMPAÑÍA.
- 7.3 En los casos en que el TITULAR hubiera retirado un DEPENDIENTE, podrá solicitar su re inscripción, quedando asegurado a partir del primer día del mes siguiente al que solicite la re - inscripción, sujeto a previa aceptación de la COMPAÑÍA.
- 7.4 Para todos los casos mencionados en este artículo será de aplicación los periodos de carencia y espera estipulados en el artículo 8°.

ARTICULO 8°.- PERIODOS DE CARENCIA Y ESPERA PARA ATENCIONES HOSPITALARIAS

PERIODO DE CARENCIA.-

- 8.1 La COMPAÑÍA no pagará beneficio alguno dentro de los primeros sesenta (60) días calendarios contados a partir de la fecha de inclusión del asegurado, salvo cuando se trate de las coberturas por accidentes o las siguientes enfermedades (en su episodio agudo): apendicitis, accidente cerebro vascular, torsión testicular e infartos al miocardio.
- 8.2 Las enfermedades que ocurran o que sean diagnosticadas en el periodo de carencia no serán cubiertas, considerándose estas como pre-existentes durante todo el periodo de vigencia de la póliza y sus renovaciones.

PERIODO DE ESPERA.-

- 8.3 Solo se cubrirán después de diez (10) meses de incorporación en la Póliza, siempre y cuando no hayan sido pre-existentes al inicio de la misma, el tratamiento y/o la cirugía relacionados con:

- Cáncer
- Tumoraciones benignas
- Útero, anexos y mamas (incluido prolapso ginecológico, fibromas y endometriosis), excepto procesos agudos infecciosos
- Próstata
- Artroscopia, artrosis, artritis, meniscopatía, excepto a consecuencia de accidentes cubiertos por esta Póliza.
- Hipotiroidismo e hipertiroidismo
- Enfermedades Cerebrovasculares y Cardiovasculares, incluido Dislipidemia e Hipertensión Arterial (excepto infarto).
- Diabetes
- Cirrosis Hepática
- Enfermedades de la columna vertebral
- Hernias de cualquier tipo
- Extracción de amígdalas o adenoides
- Catarata, Glaucoma y Pterigion
- Litiasis Vesicular o vía biliar o urinaria, incluido litotricia.
- Hemorroides

8.4 El periodo de espera para el Beneficio de Maternidad será de 18 (dieciocho) meses contados a partir del inicio de la cobertura. En el caso de la TITULAR sin su cónyuge o conviviente hasta los 45 años, el periodo de espera será de 24 (veinticuatro) meses.

8.5 El periodo de espera para Transplante de órganos será de 24 (veinticuatro) meses contados a partir del inicio de la cobertura.

8.7 Los periodos de carencia estipulados en los incisos 8.1. y 8.2 no regirán para los DEPENDIENTES cuyo nacimiento hubiere sido amparado por la Póliza, siempre y cuando fueren incluidos en la Póliza dentro de un periodo máximo de treinta días calendario contados a partir de su nacimiento.

ARTICULO 9º.- DEFINICION DE ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE

Se denomina enfermedad Pre Existente a la enfermedad que antes de la fecha de inclusión en la presente Póliza, haya sido diagnosticada, se manifieste, dé algún síntoma, dé origen a la recomendación de un tratamiento por un médico u origine algún cuadro clínico sugestivo.

ARTICULO 10º.- CONTINUIDAD DEL SEGURO

10.1 En los casos que el ASEGURADO hubiere tenido contratada anteriormente otra póliza¹ de Asistencia Médica con coberturas similares por un periodo no menor de un año y cuya vigencia hubiere expirado no más de treinta (30) días antes del inicio de cobertura de esta Póliza, la COMPAÑIA exonerará al ASEGURADO de los periodos de carencia y espera estipulados en el Artículo 8°. Para gozar de este beneficio es requisito indispensable presentar con la solicitud de inscripción, copia de la Póliza anterior así como copia de la(s) factura(s) cancelada(s) correspondiente(s) al pago de la prima anual de la Póliza anterior.

10.2 En estos casos, la COMPAÑIA reconocerá durante los periodos de carencia y espera señalados en el artículo 8°, las condiciones y coberturas contratadas en la Póliza anterior, siempre y cuando éstas fueran inferiores a las de la presente Póliza y no se encuentre excluido en el artículo 11° de la presente Póliza.

10.3 La continuidad del seguro no regirá para la cobertura transplante de órganos.

ARTICULO 11º.- ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS Y OTROS GASTOS NO CUBIERTOS

La presente Póliza no cubre lo siguiente:

- a. Todos los tratamientos y/o cirugías que no sean realizadas en forma Hospitalaria y vía crédito (no se encuentra cubierto ningún tipo de atención ambulatoria ni los reembolsos).
- b. Enfermedades y/o defectos congénitos y gastos derivados de causas relacionadas. No se encuentran cubiertas las enfermedades, lesiones, defectos y complicaciones congénitas o no congénitas que deriven de una inseminación artificial y/o tratamiento para fertilidad. No se cubren estudios o pruebas genéticas.
- c. Enfermedades y/o condiciones pre-existentes al inicio de cobertura del presente seguro.

- d. Las enfermedades que ocurran o que sean diagnosticadas en el período de carencia definido en el Art 8° no serán cubiertas, considerándose éstas como pre-existentes durante todo el período de vigencia de la Póliza y sus renovaciones.
- e. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la Compañía.
- f. 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
- g. 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.
- h. Cirugía estética o plástica o reconstructiva para condiciones pre-existentes, y/o enfermedades cubiertas por esta póliza, a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente, cuyos gastos fueran cubiertos por esta Póliza. No están cubiertas las cirugías por mamoplastía reductora ni por ginecomastia, así sea con fines terapéuticos. No se cubre el tratamiento de melasma, alopecia, vrices con fines estéticos, escleroterapia en vrices, hiperhidrosis, lipoescultura, tratamientos y medicamentos reductores de peso. Asimismo, las sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación del médico especialista.
- i. Aparatos y equipos ortopédicos, zapatos ortopédicos, ortésicos, prótesis externas, equipos mecánicos 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, CPAP y otros similares), audífonos, implante coclear y otros similares 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. No se cubren equipos médicos durables tales como oxímetros de pulso, aspirador de secreciones, nebulizadores portátiles, camas clínicas.
- j. No están cubiertos los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a las alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIa (ver artículo 32º). No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación
- k. Las Pistolas de Suturas; Suturas automáticas o grapas; productos de origen o naturaleza biológica, naturales, sintéticas, o recombinantes, tales como: factores estimulantes de colonias, interferones, anticuerpos monoclonales u otros similares; la inmunoterapia y factor de crecimiento hematopoyético.
- l. Adquisición de monturas, cristales, resinas y lentes de contacto, así como todo tratamiento médico o cirugía correctiva de vicios de refracción, tales como pero no limitados a 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.
- m. Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) o a consecuencias de la conducción de vehículos motorizados sin tener licencia de conducir vigente para hacerlo. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o droga, si el ASEGURADO y/o beneficiario se negaran a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.
- n. Lesiones producidas voluntariamente por el ASEGURADO o en estado mental insano como suicidio, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo en las que se demuestre legítima defensa.
- o. Compra de Sangre y derivados tales como pero no limitados a plasma, albúmina, plaquetas y paquetes globulares. Están excluidos de cobertura los gastos relacionados a las pruebas o exámenes realizados a los donantes, exceptuándose de esta exclusión la prueba cruzada para verificar la compatibilidad del receptor en el donante definitivo. Los equipos de auto-transfusión, además gastos por el concepto de compra de órganos.
- p. Los gastos relacionados con embarazo, maternidad y sus consecuencias.
- q. Tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización, anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo.

- r. Insuficiencia o sustitución hormonal, trastornos de crecimiento y desarrollo, obesidad, raquitismo, menopausia, climaterio, cirugía por reducción de mamas, anorexia nerviosa y los derivados de ellos.
- s. Cuidado de enfermeras especiales, a excepción de las primeras 48 horas posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que haya sido indicado por el médico tratante y previa coordinación con la COMPAÑÍA
- t. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento originados por negligencia del propio ASEGURADO en perjuicio de su rehabilitación incluyendo los casos en que el ASEGURADO se automedique por propia cuenta, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta Póliza.
- u. Vitaminas, minerales, psicofármacos (tranquilizantes, benzodiazepínicos, sedantes, ansiolíticos, antidepresivos y similares); 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 nutricionales, medicina china, medicina homeopática y en general todo tipo de medicina no tradicional y/o popular.
- v. Tratamientos de acupuntura, quiroprácticos, podiátricos y de rehabilitación en gimnasios y centros no reconocidos ni acreditados por el Ministerio de Salud. Vacunas, productos derivados de bacterias, toxinas, lisados bacterianos, reconstituyentes (flora intestinal, vaginal y otros). No se cubrirá la inmunoglobulina e inmunoterapia.
- w. Todo medicamento y/o tratamiento que se encuentre en fase experimental y/o período de prueba o cuya indicación no esté específicamente aprobada por la FDA (Food and Drug Administration - USA) o EMEA (European Medicines Agency) para el diagnóstico en evaluación
- x. Tratamiento y operaciones derivadas de Hallux valgus, pie plano, varo, valgo y otros similares.
- y. Tratamiento de Síndrome Inmunológico Deficiencia Adquirida (SIDA), así como todas las enfermedades relacionadas al virus del HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Kaposi Sarcoma.
- z. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, prótesis, tumores y quistes en tejidos blandos y duros, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis o implantes dentales con los que contaba o no el ASEGURADO
- aa. Prognatismo, problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular y craneomandibular, desordenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios, y los relacionados con ellos, aun sean a consecuencia de un accidente.
- bb. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la 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
- cc. Los accidentes que se produzcan en la práctica de actividades y deportes notoriamente peligrosos y que no guarden relación con la actividad u ocupación declarada por el ASEGURADO, considerándose dentro de esta exclusión: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, y similares, 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, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña, y deportes de riesgo según la definición incluida en el Artículo No.32.
- dd. Tratamiento y operación de fimosis
- ee. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales para ASEGURADOS que por su trabajo están considerados dentro del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR)
- Jj Tratamientos médicos a consecuencia de cualquier Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS)
- Kk La cirugía laparoscópica. En estos casos se cubrirán al costo de la cirugía convencional.
- ff. Ll En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros, aire acondicionado u otros (a excepción de lo señalado en el artículo 13, inciso 13.1) Si la COMPAÑÍA ya hubiera reconocido la atención de un siniestro excluido en el presente artículo, la compañía no estará obligada a continuar asumiendo el gasto por dicha cobertura una vez identificado el error.

gg. Cualquier gasto por tratamiento médico, exámenes, medicinas u otros a cauda de migrañas, cefaleas o jaquecas, salvo los casos en los que sean consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertos por la Póliza.

ARTICULO 12º.- BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA

La suma de todos los gastos pagados por LA COMPAÑÍA durante el año por cada persona asegurada, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza

Cada Año, automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por Persona.

La cobertura se inicia con la cancelación de la prima.

ARTICULO 13º.- GASTOS CUBIERTOS BAJO EL BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

El término "Gastos Cubiertos"; según se emplea en esta Póliza se refiere a los gastos normales y razonables² incurridos por un ASEGURADO, en razón de un accidente o enfermedad amparado por esta Póliza, hasta los límites señalados en las Condiciones Particulares

Los gastos cubiertos por la Póliza incluirán pagos hechos por:

13.1 HOSPITALIZACIÓN:

a) Cuarto y alimentación incluyendo dietas especiales

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

c) Alquiler de silla de ruedas, pulmón de acero y otros aparatos o dispositivos médicos, siempre que un médico ratifique que tal alquiler es necesario para el tratamiento respectivo del ASEGURADO. En ningún caso estarán cubiertos los gastos por alquiler de unidades de calefacción, teléfono ni artefactos eléctricos, gastos de terceros u otros que no estén indicados bajo este párrafo.

d) Honorarios médicos por cirugía, por tratamiento hospitalario, por ayudantía y por anestesista.

13.2 GASTOS DE SEPELIO

En caso de fallecimiento de un ASEGURADO a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza, se pagarán los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, cremación, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

Para la atención de este beneficio se deberá solicitar la carta de garantía presentando el certificado de defunción y el presupuesto del proveedor elegido.

El límite de este beneficio es el señalado en el condicionado particular de esta Póliza.

Para la atención de este beneficio se deberá solicitar la carta de garantía presentando el certificado de defunción y el presupuesto del proveedor elegido.

13.3 TRANSPORTE EN AMBULANCIA TERRESTRE POR EMERGENCIA MEDICA ACCIDENTAL

Esta cobertura sólo será otorgada previa autorización de la COMPAÑÍA para aquellos traslados en ambulancia en que el ASEGURADO no pueda ser movilizado por sus propios medios hasta el lugar donde recibirá la atención médica.

Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro

Cubre los gastos por traslado en la ambulancia terrestre nacional, únicamente cuando por una emergencia el paciente tiene que ser evacuado a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

Esta cobertura sólo se otorga al momento de ocurrido el accidente y no están incluidos los traslados programados por continuaciones de tratamiento o cuando no está en riesgo la vida del ASEGURADO.

La derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicio de nuestros proveedores.

No se cubren certificados de atención.

13.4 MEDICO A DOMICILIO POR URGENCIA: ATENCION AMBULATORIA

Las atenciones de Médico a domicilio se otorgarán exclusivamente en casos de urgencia para enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones ambulatorias de su plan de salud.

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse llamando a nuestras centrales telefónicas de acuerdo a lo indicado en su plan de beneficios.

Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro . RIMAC coordinará el envío de un médico general o especialista según las características ofertadas en su Plan de Salud.

Las citas con su Médico Tratante del Staff médico de Aló Rímac también podrán ser programadas con anticipación a fin de otorgarle una atención personalizada en un horario concertado. La derivación de unidades estará sujeta a disponibilidad de servicio de nuestros proveedores.

13.5 ORIENTACION MEDICA TELEFONICA

Deberá comunicarse al teléfono que figura en su Plan de Beneficios Para comunicarse, sólo tiene que llamar al teléfono que figura en la credencial del seguro y nuestro personal atenderá sus consultas. No se cubren medicamentos, exámenes auxiliares o certificados de atención.

13.6 SERVICIO DE SEGUNDA OPINIÓN MEDICA

Consulta Médica Asistencial presencial que se realiza a un asegurado que haya sido evaluado previamente por otro profesional médico incluye anamnesis, evaluación clínica e interpretación de los exámenes con los que ya cuenta EL ASEGURADO, brindando una opinión sobre los probables diagnósticos y/o acciones terapéuticas para la resolución del conflicto en el estado de salud de LOS ASEGURADOS.

13.7 SERVICIO DE ENVIO DE MEDICAMENTOS

La atención consiste en la coordinación del envío de Medicamentos con farmacias asociadas.

ARTICULO 14º.- AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

El ASEGURADO deberá dar aviso por escrito a la COMPAÑÍA, inmediatamente después de la fecha del accidente o a la iniciación de la enfermedad que pudiera dar lugar a una solicitud de beneficio bajo las condiciones de esta Póliza.

ARTICULO 15º.- LIQUIDACIÓN DE GASTOS

La COMPAÑÍA pagará a los proveedores los gastos incurridos por el ASEGURADO a causa de una enfermedad, o accidente que requiera hospitalización, de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del tratamiento, y los términos y condiciones de la Póliza.

Los gastos efectuados en forma Hospitalaria serán reconocidos en exceso del deducible y coaseguro que se menciona en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Todos los servicios serán brindados sólo por los Proveedores de Salud afiliados a este programa e indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, debiendo pagar el ASEGURADO sus deducibles y coaseguros correspondientes. La COMPAÑÍA no efectuará en ningún caso, reembolso de gastos pagados por el ASEGURADO.

ARTICULO 16º.- INVESTIGACIÓN Y REVISION DE LOS RECLAMOS

La COMPAÑÍA podrá hacer revisar al ASEGURADO por médicos designados por ella durante el internamiento o atención médica de dicho ASEGURADO en la Clínica, Hospital en su domicilio particular o citarlos al consultorio de dichos médicos para comprobar la procedencia del pedido de beneficios. Asimismo, podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido al ASEGURADO.

En general, la COMPAÑÍA podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas

Si cualquier información referente a un ASEGURADO o relacionado con su tratamiento fuera simulado o fraudulento, perderá el ASEGURADO todo derecho a cobertura o indemnización, sin perjuicio de que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

ARTÍCULO 17º.- RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

La COMPAÑÍA quedará relevada de toda responsabilidad y se perderá todo derecho de indemnización prevista en esta Póliza:

17.1 Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas y/o reticencia de información.

17.2. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, emplean medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le correspondan de acuerdo con la presente Póliza.

17.3. Si el siniestro ha sido causado voluntariamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO en complicidad o consentimiento.

La COMPAÑÍA está autorizada a realizar las investigaciones que fueran necesarias y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas.

ARTÍCULO 18°.- PLAZOS Y RENOVACIÓN

18.1 La presente Póliza inicia su vigencia a las 12 del mediodía (12.00 m) de la fecha de vigencia señalada en las Condiciones Particulares.

18.2 El plazo del presente contrato es de un (01) año, entendiéndose que queda automáticamente renovado, salvo que alguna de las partes comunique por escrito a la otra su voluntad de no renovarlo con 30 días de anticipación a aquel día en que termine el plazo anual.

La renovación del Seguro estará sujeta a los términos y condiciones vigentes al momento de la renovación, pudiendo la COMPAÑÍA modificar las coberturas y primas.

ARTÍCULO 19°.- TERMINACION DE LA COBERTURA

La cobertura de la Póliza finaliza:

- Después que el ASEGURADO haya alcanzado la edad límite de permanencia indicado en el artículo 6º.
- Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.
- A la muerte del ASEGURADO
- Al alcanzar la totalidad de la suma asegurada indicada en el Beneficio Máximo Anual por Persona.

ARTÍCULO 20.- NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

La Póliza deviene en nula, es decir sin efecto legal alguno, en los siguientes casos:

20.1. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario lo hubiera contratado sin contar con interés asegurable.

20.2. Por mala fe probada del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario y/o Corredor de Seguros al tiempo de celebrarse el Contrato, tenga o no incidencia en la apreciación de los riesgos.

20.3. Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario y/o Corredor de Seguros hubiese incurrido en cualquier declaración falsa o inexacta, o si hubiese incurrido en omisión, ocultación, reticencia o disimulación de hechos o circunstancias que, aún cuando hayan sido hechas de buena fe, de haber sido conocidas por la COMPAÑÍA, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones o a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, o hubieran podido influir en la estimación de la prima y/o en la aceptación del riesgo.

En caso de nulidad, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a la COMPAÑÍA la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales corridos desde la fecha en que se recibió dicha indemnización, más los gastos y tributos a que hubiere lugar.

ARTÍCULO 21°.- CLAUSULA DE RESOLUCIÓN EXPRESA DEL CONTRATO

Sin perjuicio de lo señalado en el numeral 4.10 de la Cláusula Cuarta, el Contrato de Seguro quedará resuelto, perdiendo el ASEGURADO todo derecho emanado de la Póliza, en el momento mismo en que se incurra en, o se produzca, alguna de las siguientes causales expresamente convenida por las partes:

A. Reclamación fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas.

B. Si el siniestro fuera causado por un acto y/u omisión intencional, proveniente de dolo o culpa grave del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o beneficiario.

C. Una agravación sustancial del estado del riesgo, no declarada oportunamente por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

D. Incumplimiento de las obligaciones del CONTRATANTE y/o ASEGURADO previstas en la Póliza.

En caso de Resolución señalado en la presente cláusula, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO está obligado a pagar la Prima Devengada hasta el momento en que se incurrió en la causal de resolución, calculada a prorrata. En caso que la prima se encuentre pagada no procederá devolución de prima alguna.

Durante la vigencia de la Póliza, tanto la COMPAÑÍA como el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrán resolver el presente Contrato de Seguros de manera unilateral, voluntaria, y sin expresión de causa, mediante comunicación escrita que se cursará con no menos de quince (15) días calendario de anticipación. La resolución no afecta los derechos devengados a favor del CONTRATANTE y/o ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza.

Si la COMPAÑÍA da por terminado el Contrato de Seguro sin que medie causal de resolución expresamente señalada en la presente cláusula, devolverá la parte de la prima no devengada calculada proporcionalmente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza (a prorrata).

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO da por terminado el Contrato de Seguro sin que medie causal de resolución expresamente señalada en la presente cláusula, la COMPAÑÍA devolverá parte de la prima no devengada calculada proporcionalmente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza (a prorrata).

Ningún pago será efectuado bajo la presente póliza por gastos incurridos después de la resolución del contrato. No obstante, en caso en que el ASEGURADO se halle hospitalizado en dicha fecha y de no mediar las causales de nulidad del contrato estipuladas en el artículo 20º, el ASEGURADO disfrutará de los beneficios hasta la primera de las siguientes fechas:

- Al término de la hospitalización con un máximo de treinta (30) días.
- Al completar el máximo de la suma asegurada indicada en el Beneficio Máximo Anual por Persona.

ARTÍCULO 22°.- SUBROGACIÓN

22.1 El ASEGURADO se obliga a facilitar y otorgar todos los documentos necesarios para ejercer el derecho de subrogación de la COMPAÑÍA así como a concurrir a las citaciones y demás diligencias de carácter personal requeridas por la Ley para la defensa de los intereses materia de subrogación.

22.2 El ASEGURADO será responsable ante la COMPAÑÍA de cualquier omisión o acto practicado por él, antes o después del siniestro, que perjudique los derechos y acciones objeto de la subrogación. En tal caso, el ASEGURADO perderá el derecho a la indemnización del siniestro, debiendo devolver las sumas abonadas por la COMPAÑÍA por ese concepto; más los intereses legales, gastos y tributos generados por el siniestro.

22.3 En caso de concurrencia de la COMPAÑÍA y el ASEGURADO frente al responsable del siniestro, la reparación que se obtenga se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés. Los gastos y costos de la reclamación conjunta serán soportados igualmente a prorrata de los intereses reclamados.

ARTÍCULO 23°.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de la presente Póliza, prescriben en el plazo que señala la legislación peruana.

ARTÍCULO 24°.- MONEDA

24.1 Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas.

24.2 No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la suma asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio oficial correspondiente a la fecha del inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

ARTÍCULO 25°.- TERRITORIALIDAD

La póliza es exigible respecto de los reclamos por accidentes o enfermedades que deriven en una hospitalización realizada dentro del territorio nacional, y en su caso, los que hayan sido materia de sentencia judicial ante los tribunales ordinarios de la República del Perú.

ARTÍCULO 26°.- GASTOS Y TRIBUTOS

Todos los gastos y tributos presentes y futuros que graven las primas o sumas aseguradas, así como la liquidación de siniestros serán de cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o beneficiario o de sus herederos legales; salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de la COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados. Empero, si en este último caso la COMPAÑÍA se viera afectada por mayores costos, podrá reajustar inmediatamente el monto de las primas, sin perjuicio del derecho del CONTRATANTE y/o ASEGURADO de pedir la resolución del contrato de seguro.

ARTÍCULO 27°.- JURISDICCIÓN

En caso de desavenencias o controversias que pudieran derivarse de la ejecución o interpretación de esta Póliza y de los demás documentos o endosos que formen parte del Contrato de Seguro, LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o Beneficiarios se someten a la jurisdicción que señale las normas generales establecidas en el Código Procesal Civil para el caso que se pretenda resolver un conflicto ante el Poder Judicial.

ARTÍCULO 28°.- DOMICILIO

La COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO señalan como su domicilio el que aparece registrado en la póliza, a donde se dirigirán válidamente todas las comunicaciones y/o notificaciones extrajudiciales o judiciales.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO notificarán a la COMPAÑÍA anticipadamente y por escrito su cambio de domicilio, sin lo cual carecerá de efecto para este contrato de seguro.

ARTÍCULO 29°.- DECLARACIÓN

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO declaran que antes de suscribir la póliza, han tomado conocimiento directo de todas las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, a cuyas estipulaciones convienen en que quede sometido el presente contrato, conforme al Art. 380 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 30°.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para proceder con la cobertura por hospitalización, el ASEGURADO deberá solicitarlo vía crédito en alguna de las Clínicas indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza (no proceden los reembolsos).

Crédito Hospitalario: El Asegurado deberá solicitar a la COMPAÑÍA una Carta de Garantía, presentando la orden de internamiento de su médico, en la que se especifiquen el centro médico, el diagnóstico y el presupuesto de la clínica correspondiente. Con la Carta de Garantía, podrá hospitalizarse abonando, al momento de alta, los gastos no cubiertos, el deducible y el coaseguro. El importe del deducible y el porcentaje del coaseguro están indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza los cuales varían según la Clínica elegida.

Asimismo para cualquier consulta o reclamo sobre la presente Póliza, el ASEGURADO puede comunicarse con la COMPAÑÍA al 411-3000 opción 1 o al correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe

ARTÍCULO 31° DEFENSORIA DEL ASEGURADO

Cualquier diferencia existente entre la COMPAÑÍA y el ASEGURADO podrá ser sometida al ámbito de la Defensoría del Asegurado, de conformidad con los procedimientos y límites establecidos en su propio reglamento.

ARTÍCULO 32° DEFINICIONES

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

ACCIDENTE: Toda lesión corporal producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Para los efectos de esta Póliza, el "accidente" comprende el accidente o la serie de accidentes que provengan directamente de un solo evento.

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.

ACCIDENTES MEDICOS: Suceso médico imprevisto, fortuito y/u ocasional, que obra súbitamente sobre la persona independientemente de su voluntad; sea por un acto médico o enfermedad de presentación súbita. Por ejemplo accidente cerebro vascular, pérdida de conocimiento, vértigo, edemas agudos (cerebral, pulmonar, multivisceral), infarto de miocardio, trombosis, ataques convulsivos, cirugías y sus complicaciones.

ASEGURADO: Se denomina ASEGURADO a:

- a) El TITULAR que aparezca como tal en esta póliza
- b) Los DEPENDIENTES de dicho titular, siempre y cuando hayan sido inscritos y aceptados bajo los términos de esta Póliza y se encuentren expresamente nominados como tales en las Condiciones Particulares.

BENEFICIARIO: Es el ASEGURADO de la Póliza

BENEFICIO CLÍNICO RELEVANTE: Es el beneficio adicional que puede tener un nuevo tratamiento en comparación con una terapia estándar, de efectividad ya probada. Los estudios clínicos realizados para probar un nuevo tratamiento tienen que demostrar que éstos tienen mayor efectividad/seguridad que el tratamiento estándar.

CLAUSULA ADICIONAL: Documento que contiene amparos adicionales u otros términos que condicionan el riesgo individualizado.

COASEGURO: Es el porcentaje no cubierto por la Póliza que el ASEGURADO deberá asumir al finalizar su atención, aplicándose dicho porcentaje por el total facturado.

COBERTURA: Responsabilidad asumida por la COMPAÑÍA en virtud de la cual se hace cargo del riesgo y de las prestaciones previstas, hasta el límite del Capital Asegurado estipulado en la Póliza.

COMPAÑÍA: Rimac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.

CONDICIONES ESPECIALES: Documento que contiene modificaciones o extensiones o exclusiones relativas a coberturas específicas aplicables a una póliza determinada.

CONDICIONES GENERALES: El documento que contiene los términos generales de contratación de este seguro.

CONDICIONES PARTICULARES: Documento que contiene los datos de identificación del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o DEPENDIENTES así como las demás condiciones de aseguramiento relativas al riesgo individualizado. Las cláusulas adicionales forman parte de las Condiciones Particulares.

CONTRATANTE: Es el tomador de la póliza. Persona que celebra con la COMPAÑÍA el contrato de seguro. Su personalidad puede o no coincidir con la del ASEGURADO. El CONTRATANTE es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

DEDUCIBLE: Es el importe especificado en la tabla de beneficios, que se deducirá de los gastos cubiertos y será aplicado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

DEPORTES DE RIESGO: Conjunto de actividades deportivas, generalmente de creación reciente, cuya práctica implica un mayor peligro para la integridad de los practicantes que las normalmente establecidas. Están incluidas en esta definición los deportes que implican actividades muy arriesgadas que se realizan en entornos naturales (tierra, agua y aire).

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.

ENDOSO: Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma.

ESTUDIOS CLÍNICOS: Son investigaciones realizadas en personas para determinar si un nuevo tratamiento es seguro y eficaz, en comparación con otros tratamientos ya conocidos y ampliamente utilizados. Es el mejor tipo de investigación que se puede realizar para determinar las ventajas de un nuevo tratamiento en comparación con otro de efectividad ya conocida. La participación en estos estudios es voluntaria y necesita de la aprobación de un comité de ética para su realización.

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 esta probada. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

GUÍAS CLÍNICAS: Conjunto de instrucciones, afirmaciones o recomendaciones cuyo propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas para una enfermedad o dolencia específica. Son desarrolladas por colegios de especialistas (por ejemplo el Colegio Americano de Cardiología) u organizaciones dedicadas al desarrollo de las buenas prácticas médicas (Instituto Nacional para la Excelencia Clínica), siguiendo los principios de la medicina basada en evidencias.

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.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN): Es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a incrementar la calidad y efectividad del cuidado brindado a los pacientes con cáncer. Se encarga de elaborar recomendaciones y guías de manejo que proporcionan valiosa información a los médicos, para la toma de decisiones concernientes a la salud del paciente.

NIVEL DE EVIDENCIA IIA: Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de estos estudios se les denomina NIVELES DE EVIDENCIA, y van en una escala del I (mejor diseño, con conclusiones sólidas) al IV (pobre diseño, sus conclusiones carecen de solidez) .

El nivel de evidencia IIa, según la clasificación de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (institución internacional que vela por la adecuada atención médica), se define como: las conclusiones brindadas proceden de un estudio comparativo, prospectivo, pero sin aleatorizar. Esto significa que el estudio realizado comparó por ejemplo una nueva terapia contra un tratamiento estándar, pero la distribución de los pacientes no fue al azar, lo cual reduce la calidad de las conclusiones. Por esto el nivel de evidencia IIa es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

PÓLIZA: Se entiende por póliza, el presente Contrato de Seguro, constituido por la solicitud de seguro, la declaración de salud, estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Especiales y Endosos anexos, así como los demás documentos que, por acuerdo expreso de las partes, formen parte integrante del Contrato de Seguro.

PRIMA: Es el valor determinado por La Compañía como contraprestación por las coberturas otorgadas al Asegurado, y que tiene como fundamento las bases técnicas de la Póliza, la selección y evaluación del riesgo.

Para acreditar la existencia del Contrato de Seguro de Asistencia Médica celebrado, RÍMAC INTERNACIONAL Compañía de Seguros y Reaseguros expide la presente póliza.