



**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Lima, 19 NOV. 2014

Resolución S.B.S

N° 7767-2014

El Superintendente Adjunto de Asesoría Jurídica

VISTOS:

La solicitud presentada por Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante la Compañía) mediante cartas de fecha 10 y 16 de enero, y 30 de octubre de 2014, para que al amparo de lo establecido en la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, la Resolución SBS N° 3199-2013, Reglamento de Transparencia de Información y Contratación de Seguros, en adelante Reglamento de Transparencia, y la Resolución SBS N° 7044-2014, Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas del modelo de póliza de seguro del producto denominado "Trébol Salud (Seguro Médico) – Soles", registrado con Código SBS N° AE0746410050 y, consecuentemente, registrar la modificación por adecuación;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, aprobada mediante Ley N° 26702, en adelante Ley General, y en la Ley del Contrato de Seguro aprobada por Ley N° 29946, en adelante Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

Que, mediante la Ley de Seguros, se dispuso que esta Superintendencia apruebe las condiciones mínimas de las pólizas de seguro que se comercialicen en el mercado peruano en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, a fin de brindar mayor protección a los usuarios del sistema;

Que, el Reglamento de Transparencia describe la facultad de esta Superintendencia para la aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas en las pólizas de seguro, así como para la determinación de cláusulas abusivas;

Que, según lo establecido en el artículo 10° del Reglamento de Transparencia, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas relacionadas a los siguientes aspectos:





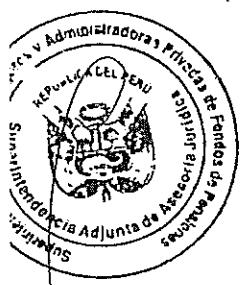
SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- a. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por la empresa, durante la vigencia del contrato, así como del derecho a aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30° de la Ley de Seguros.
- b. En el caso de seguros de salud, el tratamiento del procedimiento sobre preexistencia conforme a la Ley de Seguros y demás normas aplicables.
- c. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- d. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, en caso corresponda, considerando para tal efecto lo señalado en el artículo 74° de la Ley de Seguros.
- e. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, en caso corresponda, considerando lo dispuesto sobre pacto arbitral inciso c) del artículo 40° y el artículo 46° de la Ley de Seguros.
- f. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y las consecuencias de ambos en torno a las primas pagadas.
- g. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
- h. La condición referida al derecho de arrepentimiento para resolver el contrato, sin expresión de causa ni penalidad alguna, que deberá incluirse en forma destacada en el caso de los seguros ofertados por los comercializadores.
- i. La condición referida a la reducción de la indemnización por el aviso extemporáneo de la ocurrencia del siniestro.
- j. Otras que determine la Superintendencia.

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Transparencia; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas supervisadas;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de esta Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, la modificación al modelo de póliza del producto denominado "Trébol Salud (Seguro Médico) – Soles" obedece a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, que señala que los modelos de pólizas previamente incorporadas en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas de esta Superintendencia deben ser modificados de acuerdo a las normas de carácter imperativo establecidas en el nuevo marco normativo;

Estando a lo opinado por el Departamento de Supervisión Legal y de Contratos de Servicios Financieros y contando con el visto bueno de la Superintendencia Adjunta de Conducta de Mercado e Inclusión Financiera; y,

En uso de las atribuciones conferidas por los numerales 6 y 19 del artículo 349° de la Ley General; la Ley de Contratos de Seguro, el Reglamento de Transparencia y el Reglamento de Registro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las Condiciones Mínimas correspondientes al modelo de póliza de seguro del producto denominado "Trébol Salud (Seguro Médico) – Soles", registrado con Código SBS N° AE0746410050 contenidas en el Anexo N° 1 que forma parte de la presente Resolución; las cuales se aprueban teniendo en cuenta que se trata de un producto de asistencia médica.

Artículo Segundo.- La Compañía deberá disponer la inmediata adopción de las medidas pertinentes para la plena aplicación de la modificación por adecuación del modelo de póliza correspondiente al producto denominado "Trébol Salud (Seguro Médico) – Soles", incorporado en el Registro de modelos de pólizas de seguro y notas técnicas; la que será obligatoria en los contratos que celebre una vez transcurridos 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución.

Asimismo, en observancia de lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria del Reglamento de Transparencia, en las pólizas que emita utilizando el mencionado modelo de póliza de seguro modificado, deberá consignar junto al código de registro lo siguiente: "Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias".

Artículo Tercero.- La Compañía, deberá difundir a través de su página web, la modificación del modelo de póliza correspondiente a "Trébol Salud (Seguro Médico) – Soles", conjuntamente con la presente resolución al término del plazo de 60 (sesenta) días calendario indicado en el artículo anterior, conforme a lo dispuesto por el artículo 11° del Reglamento de Transparencia.



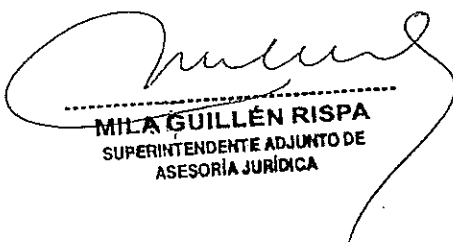


SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Artículo Cuarto.- La Compañía deberá informar a los contratantes de los seguros vigentes sobre los aspectos modificados por adecuación al nuevo marco normativo, a través de los mecanismos establecidos en el artículo 24° de dicho Reglamento de Transparencia. Para tal efecto, se le otorga un plazo de 60 (sesenta) días calendario de notificada la presente Resolución, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Transitoria y el artículo 18 del Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas.

Regístrese y comuníquese.



MILA GULLÉN RISPA
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE
ASESORÍA JURÍDICA





**SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP**

República del Perú

**ANEXO Nº 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE**

**CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN
(...)**

9. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Resolución:

La resolución deja sin efecto el Contrato de Seguro, por causal sobreviniente a su celebración, extinguiéndose todos los derechos y obligaciones acordados en la Póliza y ocurre en cualquiera de los siguientes casos:

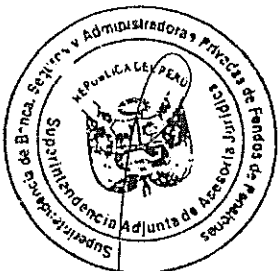
- a) Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro siempre que sea fehaciente, con una anticipación no menor de treinta (30) días, fecha que será considerada para el fin de la vigencia del contrato de seguro.

En tal supuesto a LA COMPAÑÍA le corresponde la proporción de la prima por el período efectivamente cubierto.

- b) Por falta de pago de la prima, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al período efectivamente cubierto.
- c) Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato de seguro ante la comunicación escrita realizada por el ASEGURADO o CONTRATANTE en la que le comunique circunstancias de agravación del riesgo o tome conocimiento de dicha agravación por otros medios. La COMPAÑÍA contará con un plazo de quince (15) días contados desde la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de resolver el contrato o desde que toma conocimiento de la agravación.

Asimismo, para los casos en que el CONTRATANTE o el ASEGURADO no comuniquen la agravación del riesgo LA COMPAÑÍA queda liberada de su prestación, si es que el siniestro se produce mientras subsiste la agravación del riesgo, excepto que:

- i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.
- ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA COMPAÑÍA.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.
- iv) LA COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

En los supuestos mencionados en los literales i), ii) y iii) precedentes, LA COMPAÑÍA tiene derecho a deducir del monto de la indemnización la suma proporcional equivalente a la extra prima que hubiere cobrado al CONTRATANTE, de haber sido informado oportunamente de la agravación del riesgo contratado.

- d) Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentada por el ASEGURADO TITULAR se procederá la resolución.
- e) Por reticencia y/o declaración inexacta no dolosa cuando LA COMPAÑÍA haya hecho un ofrecimiento de revisión del contrato al CONTRATANTE y éste no haya aceptado el referido ajuste, conforme a lo establecido en el Art. 10 de la presente Cláusulas Generales de Contratación.

Durante la vigencia de la Póliza, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

- A) EL CONTRATANTE en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el literal a) del presente artículo.
- B) LA COMPAÑÍA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) precedentes.

El contrato se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días calendarios contados a partir del día en que el CONTRATANTE reciba la comunicación informándosele sobre esta decisión

En cualquiera de las situaciones anteriores, LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el Art. 17º de la presente Cláusulas Generales de Contratación, en caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE la prima pagada por el periodo no cubierto, el plazo máximo para realizar dicho reembolso no superará los 30 días calendarios, contados desde la fecha de la resolución.

Nulidad:

La nulidad deja sin efecto el contrato de seguro por cualquier causal existente al momento de su celebración, es decir, desde el inicio por lo cual se considera que nunca existió dicho contrato y por lo tanto, nunca produjo efectos legales.

El contrato de seguro será nulo si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

- a) Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.
- b) Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

- c) Por reticencia y/o declaración inexacta –si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO– de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.

Para el caso descrito en el literal c) precedente, LA COMPAÑÍA dispone de un plazo de 30 (treinta) días para invocar dichas causales desde que es conocida por ésta.

La comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunique su decisión de invocar la nulidad debe ser realizada mediante un medio fehaciente.

En caso de nulidad el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no tendrán derecho a reclamar indemnización o beneficio alguno relacionado con la Póliza emitida a su favor. Asimismo, si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiese recibido alguna indemnización relacionada con esta Póliza, quedará automáticamente obligado a devolver a LA COMPAÑÍA la suma percibida. LA COMPAÑÍA procederá a devolver el íntegro de las primas pagadas, sin intereses excepto en el supuesto señalado en el literal c) precedente, en cuyo caso LA COMPAÑÍA retendrá el monto de las primas acordadas para el primer año, a título indemnizatorio, perdiendo el CONTRATANTE y/o ASEGURADO el derecho a recibir la devolución de las primas por dicho monto.

(...)

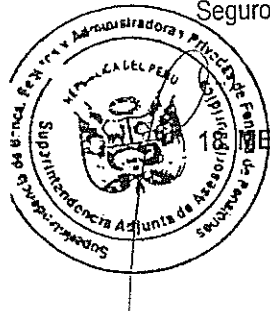
11. PRIMA

La prima de seguro tiene el objeto de garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma pactados.

Producido el inicio de la cobertura, si la prima no es pagada dentro del plazo convenido, la cobertura del seguro se suspende automáticamente una vez transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento de la obligación. Para dicho efecto, LA COMPAÑÍA comunicará de manera cierta al ASEGURADO Y/O CONTRATANTE a través de los medios y en la dirección previamente acordada, el incumplimiento del pago de la prima y sus consecuencias, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

Asimismo, en caso la prima se mantenga impaga hasta por un periodo de noventa (90) días el Contrato de Seguro se extinguirá, inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago.



MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS



SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Toda controversia, desavenencia o reclamación relacionada o derivada del contrato de seguro, incluidas las relativas a su validez, eficacia o terminación, será resuelta por los jueces y tribunales de la ciudad de Lima o del lugar donde domicilia el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, según corresponda de acuerdo a Ley. Adicionalmente las partes, una vez producido el siniestro, cuando se trate de controversias referidas al monto reclamado, podrán convenir el sometimiento a la jurisdicción arbitral siempre y cuando las diferencias superen los límites económicos por tramos fijados por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

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

(...)

24. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros efectuada fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, el Contratante tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

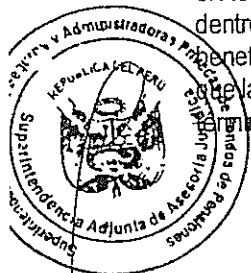
(...)

28. CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del CONTRATANTE, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le fue comunicada. La falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado, en caso de aceptarse la modificación de los términos del contrato, EL CONTRATANTE deberá comunicar las mismas a los ASEGURADOS.

29. TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIA PARA ASEGURADOS PROVENIENTES DE OTROS SEGUROS

La presente Póliza no considerará como enfermedad preexistente aquella que se haya generado o por la que el ASEGURADO y/o DEPENDIENTES hayan recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguros dentro del sistema asegurador peruano que cubrió el periodo inmediatamente anterior, aun cuando dicho beneficio haya tenido origen en una póliza de seguro de enfermedades o asistencia médica diferente siempre que la presente póliza se haya contratado en el plazo máximo de ciento veinte (120) días contados a partir del término del contrato anterior.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

CONDICIONES GENERALES

(...)

Artículo 10°: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

A. ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo tiene que presentar al proveedor médico de la red afiliada su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La Carta de Garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales. El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

B. ATENCIÓN AMBULATORIA POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE

El ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas.

Presentar en la recepción de la clínica su carné y/o DNI. Pagar en la clínica el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso de requerirse exámenes auxiliares deberá solicitarse una Carta de Garantía a LA COMPAÑÍA.

C. EMERGENCIA ACCIDENTAL

El ASEGURADO deberá dirigirse inmediatamente a la clínica de su elección dentro de las 48 hrs. de ocurrida la emergencia, para ser atendido sin pago alguno previa presentación carné y/o DNI. En caso de hospitalización por disposición del médico tratante los gastos serán amparados bajo la cobertura de hospitalización.

D. MATERNIDAD

En caso EL ASEGURADO requiera de este beneficio, deberá presentar al proveedor médico afiliado su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA. La misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

En caso de atención por controles pre y post natales EL ASEGURADO deberá elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas para la atención ambulatoria previa presentación de DNI o carné.

E. CONTROL DE NIÑO SANO

El ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas para la atención ambulatoria.

Presentar en la recepción de la clínica su carné y/o DNI.

El ASEGURADO pagará directamente a la Clínica lo que le corresponda según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

F. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

En caso de consulta ambulatoria El ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas.

Presentar en la recepción de la clínica su carné y/o DNI.

Pagar en la clínica el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo tiene que presentar al proveedor médico de la red afiliada su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La Carta de Garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

G. ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS

En caso de consulta ambulatoria El ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas.

Presentar en la recepción de la clínica su carné y/o DNI.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Pagar en la clínica el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo tiene que presentar al proveedor médico de la red afiliada su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La Carta de Garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

H. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

En caso de consulta ambulatoria El ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas.

Presentar en la recepción de la clínica su carné y/o DNI.

Pagar en la clínica el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo tiene que presentar al proveedor médico de la red afiliada su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La Carta de Garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

I. CHEQUEO MEDICO PREVENTIVO

El ASEGURADO deberá solicitar su Chequeo Médico en el(los) proveedor(es) indicados en la Tabla de Beneficios de la presente Póliza, previa presentación de DNI o carné.

SEPELIO





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

En caso de fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, se pagarán los gastos de sepelio según lo indicado en la Tabla de Beneficios. Para la atención de este beneficio, EL CONTRATANTE O BENEFICIARIO se comunicará a nuestra Central de Asistencia SI24 en Lima al Teléf. 213-3333 y Provincias al Teléf. 0801-1-1133 para solicitar la carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

Los documentos que se deberá presentar para el uso de la presente cobertura son:

1. Certificado original de defunción.
2. Presupuesto del proveedor.

Dichos documentos deberán ser presentados en nuestras oficinas a nivel nacional detalladas en nuestra página web: <http://www.mapfreperu.com/nuestras-oficinas>.

K. SEGURO DE PRIMA POR MUERTE DE TITULAR

EL DEPENDIENTE deberá solicitar este servicio a través de nuestra Central de Asistencia SI24 al Telef. 213-3333.

El documento que se deberá presentar para el uso de este beneficio es:

1. Certificado original de defunción.

Dicho documento deberá ser presentado en nuestras oficinas a nivel nacional detalladas en nuestra página web: <http://www.mapfreperu.com/nuestras-oficinas>.

L. COBERTURA POR TERRORISMO

EL ASEGURADO usará este beneficio en las Clínicas de la red proveedores para tratamiento de accidentes ocasionadas por actos terroristas, previa presentación de su carné y/o DNI.

M. OFTALMOLOGÍA

EL ASEGURADO debe elegir el centro oftalmológico y el médico de su preferencia dentro de la red de proveedores afiliados.

Presentar en la recepción del proveedor su carné y/o DNI.

Pagar el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

N. ODONTOLOGÍA

EL ASEGURADO debe elegir el centro odontológico y el médico de su preferencia dentro de la red de proveedores afiliados.

Presentar en la recepción del proveedor su carné y/o DNI.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Pagar el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

O. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS

En caso EL ASEGURADO requiera de este beneficio, deberá presentar al proveedor médico afiliado su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA, la misma que será la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

La carta de garantía incluirá el costo del prótesis, siempre y cuando la atención hospitalaria este cubierta.

P. ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

A través de nuestra Central de Asistencia, llamando al Telf. 213-3333., los asegurados podrán programar una atención médica a domicilio, previa identificación mediante DNI o carné de asegurado, sólo en la ciudad de Lima – Perú.

El servicio comprende el tratamiento médico por las enfermedades que no requieren de hospitalización o exámenes especializados, la entrega de medicinas, la toma de muestra para análisis de laboratorio, todo ello en el domicilio del ASEGURADO.

Los exámenes complementarios podrán realizarse con los proveedores designados a través de carta de garantía si el examen lo requiriera.

El ASEGURADO en este caso, sólo tiene que presentar al proveedor médico de la red afiliada su DNI y/o carné.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La Carta de Garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado.

El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

Este servicio tendrá cobertura en la ciudad de Lima exclusivamente dentro de los siguientes límites geográficos:

- Por el Norte: Hasta Km 21 de la Panamericana Norte, inclusive.
- Por el Sur: Hasta Chorrillos y San Juan de Miraflores, inclusive.
- Por el Este: Hasta Municipalidad de Ate-Vitarte, inclusive.
- Por el Oeste: La Punta Callao, inclusive.





SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Q. SERVICIO DE EMERGENCIA MEDICA

A través de nuestra Central de Asistencia en Lima al Telef. 213-3333, previa identificación mediante DNI o carné de asegurado.

Este servicio tendrá cobertura en la ciudad de Lima exclusivamente dentro de los siguientes límites geográficos:

Por el Norte: Km 21 de la Panamericana Norte, inclusive.
Por el Sur: Hasta Chorrillos y San Juan de Miraflores, inclusive.
Por el Este: Hasta Municipalidad de Ate-Vitarte, inclusive.
Por el Oeste: La Punta Callao, inclusive.

R. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

Las coordinaciones se realizarán a través de nuestra Central de Asistencia en Lima al Telef. 213-3333, previa identificación mediante DNI o carné de asegurado.

Estos servicios se brindan las 24 horas del día los 365 días del año.

S. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

En caso de consulta ambulatoria El ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas.

Presentar en la recepción de la clínica su carné y/o DNI.

Pagar en la clínica el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso de requerirse exámenes auxiliares deberá solicitarse una Carta de Garantía a LA COMPAÑÍA.

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, sólo tiene que presentar al proveedor médico de la red afiliada su DNI o carné de asegurado.

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La Carta de Garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales.

