

SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA SALUD TOTAL

Condiciones Generales

Artículo 1º: DEFINICIONES

Las partes convienen que, para los efectos del presente contrato, las palabras que se indican a continuación tienen el significado siguiente:

1.1. BENEFICIARIO:

Persona designada en la póliza por el asegurado o tomador del seguro como titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en dicho contrato.

1.2. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA:

Es el límite máximo de indemnización que se otorga a cada asegurado, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la Póliza por el periodo de un año de vigencia de la póliza.

1.3. CÁNCER

Se define como Cáncer, la enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. La leucemia y las enfermedades malignas del sistema linfático, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin, se entienden comprendidas en esta definición, pero en cambio no lo está cualquier clase de cáncer sin invasión en in-situ, ni el cáncer de piel, salvo que sea melanoma de invasión.

1.4. CIE-10

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. La revisión es coordinada con la Organización Mundial de la Salud a través de los centros colaboradores. El CIE-10 se podrá ubicar en la página web <https://www.mapfre.com.pe/seguros-de-salud/>.

1.5. CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

Documento que contiene la identificación del TITULAR y DEPENDIENTES, la vigencia del contrato de seguro, el importe de la prima comercial y prima comercial más IGV, el convenio de pago, el lugar y forma de pago, las estipulaciones relativas al riesgo individualizado que se asegura, la Tabla de Beneficios y Gastos Cubiertos que resume las



condiciones básicas, la suma asegurada o el alcance de la cobertura, el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados, así como los establecimientos de salud que conforman la Red de Centros Médicos de LA COMPAÑÍA y la Red Alternativa de Proveedores.

1.6. CÓNYUGE

Significa la persona con la cual el TITULAR ha celebrado contrato de matrimonio.

1.7. CONVIVIENTE

Es la pareja estable de diferente sexo de EL TITULAR ASEGURADO, libre de impedimento matrimonial, que forman un hogar de hecho, da lugar a una comunidad de bienes sujeta al régimen de sociedad de gananciales en cuanto sea aplicable.

1.8. EMERGENCIA ACCIDENTAL

Toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica inmediata compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

1.9. EMERGENCIA MÉDICA

Significa un mal funcionamiento o trastorno de un órgano del cuerpo o parte de un órgano, o de alguna de las funciones vitales de una persona, que es causado por el repentino e imprevisto agravamiento de un síntoma o una enfermedad, de naturaleza tan severa o crítica que requiera la inmediata administración de tratamiento médico.

Se considera que una Emergencia Médica ha finalizado cuando, como resultado del tratamiento, servicio o prescripción médica, los síntomas y/o la causa física que causó la Emergencia Médica dejan de constituir un serio trastorno o mal funcionamiento de un órgano o de una función vital de una persona, y la condición física del paciente se ha estabilizado.

1.10. ENDOSO

Documento que se adhiere a la póliza y mediante el cual se modifica(n) algún(os) de los términos y condiciones de la misma. Surte efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, según corresponda.

1.11. ENFERMEDAD (es) CONGÉNITA(s)

Se considera enfermedad congénita, toda aquella enfermedad adquirida durante el periodo embrionario-fetal y perinatal, la cual puede manifestarse y diagnosticarse en el nacimiento o después durante todo el transcurso de la vida. Esta definición incluye a todos los diagnósticos calificados como congénitos de acuerdo al CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud.



1.12. ENFERMEDAD EPIDÉMICA

Enfermedad infecto – contagiosa que afecta simultáneamente a un gran número de la población hasta el alta definitiva otorgada por el Ministerio de Salud (MINSA).

1.13. EVENTO

Se entiende por evento, toda enfermedad amparada por la póliza desde la fecha de su ocurrencia hasta el alta definitiva otorgada por el médico tratante.

1.14. EXPERIMENTAL

Significa que un tratamiento, procedimiento, medicina, tecnología o período de Hospitalización (o parte de un Período de Hospitalización):

1. Que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de Enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional.
2. Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

F.D.A. (Food and Drug Administration)

Agencia del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica responsable de la regulación de alimentos (tanto para seres humanos como para animales), suplementos alimenticios, medicamentos (humanos y veterinarios), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y productos hemáticos. Sus conclusiones son tomadas por la comunidad médica internacional como un patrón de referencia para la prescripción adecuada de fármacos.

1.15. HOSPITAL, SANITARIO, CLÍNICAS, CENTRO ASISTENCIAL, y CENTRO DE SERVICIOS MÉDICOS

Significa una institución, que:

1. Tiene la licencia respectiva y funciona de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
2. Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamientos y cuidado de enfermos y accidentados.
3. Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados.



4. Posee los equipos e instalaciones necesarias para efectuar intervenciones de cirugía mayor.

Esta Póliza usará el término hospital para representar todas las instituciones arriba señaladas. Dentro de esta definición no se incluye a ninguna IPRESS, sean hospitales, clínicas, centros de servicios médicos u otras que ofrezcan exclusivamente los siguientes servicios:

a. Descanso

b. Cuidados de custodia

c. Cuidados de enfermería

d. Cuidado de ancianos

1.16. MÉDICO

Significa una persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio, y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente.

1.17. MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA

Significa que un tratamiento, servicio, medicamento o estancia en un Hospital (o parte de una estancia en un Hospital):

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad, Accidente o Emergencia Médica de la Persona Asegurada.
2. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado, necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
3. Ha sido prescrito por un Médico.
4. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
5. En el caso de un paciente internado en un Hospital no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

La Necesidad Médica es determinada por LA COMPAÑÍA basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo Medicamente Necesario.

1.18. MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas científicas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes y siempre y cuando guarden relación con el(los) diagnóstico(s) reportado(s).

1.19. NIVEL DE EVIDENCIA IIA

Dentro de toda la gama de estudios médicos, existen algunos cuyo diseño permite brindar mejores recomendaciones. A la calificación de esos 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 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. Este 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.

1.20. PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN O DE INTERNAMIENTO

Significa el período mínimo de veinticuatro (24) horas, que comienza en la fecha de ingreso a un Hospital o Centro de Trasplante y termina el día en el que EL ASEGURADO es dado de alta del Hospital o Centro de Trasplante.

1.21. PERÍODO DE CARENCIA

Es el período de tiempo establecido en las presentes Condiciones Generales, contado desde la fecha de inicio de vigencia de cobertura del ASEGURADO en la Póliza. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro. Las enfermedades ocurridas o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO dentro del período de carencia serán consideradas y tratadas como enfermedades preexistentes.

El periodo de carencia no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 16° de las presentes Condiciones Generales.

1.22. PERÍODO DE ESPERA

Es el período de tiempo establecido en las presentes Condiciones Generales, contado desde la fecha de inicio de vigencia de cobertura del ASEGURADO en la Póliza durante el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos. A diferencia del período de carencia, todo diagnóstico o enfermedad manifestado durante este período sí estará sujeto a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera. Durante el período de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo el seguro contratado.

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 16° de las presentes Condiciones Generales.

1.23. PRÓTESIS INTERNA

Pieza o aparato artificial que sustituye las funciones de un órgano o una parte del mismo y que se aplica mediante cirugía a un órgano interno.

1.24. RED PREFERENTE MAPFRE

Significa un profesional o institución que suministra asistencia o servicios sanitarios, tales como Médicos, Hospitales, Clínicas, etc., que pertenecen o guardan una relación preferente con LA COMPAÑÍA.

La Red Preferente MAPFRE está sujeta a las modificaciones que LA COMPAÑÍA estime conveniente únicamente en la renovación, las mismas que serán comunicadas por escrito de manera cierta al CONTRATANTE a través de los medios y en la dirección previamente acordados con el contratante y/o el asegurado con al menos 45 días de anticipación previos al vencimiento del contrato, en concordancia con el Art. 18 de las presentes Condiciones Generales.

En los casos que LA COMPAÑÍA realice una modificación de proveedores en la Red Preferente MAPFRE durante la vigencia del contrato se ceñirá a lo estipulado en el artículo 19° de las presentes Condiciones Generales.

1.25. RED COMPLEMENTARIA

Significa un profesional o institución que suministra asistencia o servicios sanitarios, tales como Médicos, Hospitales, Clínicas, etc. designados por LA COMPAÑÍA. La Red Complementaria está sujeta a las modificaciones que LA COMPAÑÍA estime conveniente, únicamente en la renovación, las mismas que serán comunicadas por escrito de manera cierta al CONTRATANTE a través de los medios y en la dirección previamente acordados con el contratante y/o el asegurado con al menos 45 días de anticipación previos al vencimiento del contrato, en Art. 18 de las presentes Condiciones Generales.

En los casos que LA COMPAÑÍA realice una modificación de proveedores en la Red Complementaria durante la vigencia del contrato se ceñirá a lo estipulado en el artículo 19° de las presentes Condiciones Generales.

Los ASEGURADOS sólo podrán hacer uso de esta Red Complementaria por derivación expresa de alguna sede de la Red Preferente MAPFRE, o en caso de requerir las coberturas indicadas en los numerales 3.2 Emergencia Accidental Ambulatoria y 3.3 Servicio de Emergencias Médicas Ambulatorias, según lo indicado en la descripción de cada beneficio.

1.26. RESIDENTE

Es la persona nacional o extranjera que reside como mínimo seis (6) meses en el Perú.

1.27. TABLA DE BENEFICIOS

Documento que detalla las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, coaseguros en la Red Preferente MAPFRE y la Red Complementaria, que se encuentran en las Condiciones Particulares.

1.28. TERAPIA BIOLÓGICA

Tratamientos y/o fármacos definidos como terapia biológica llamados también modificadores de la respuesta biológica, terapia blanco-dirigida, bioterapia o terapia modificadora de respuesta biológica y otros definidos como sustancias elaboradas por organismos vivos para tratar enfermedades: anticuerpos monoclonales, factores estimulantes de colonias, inhibidores de enzimas de la tirosinokinas y proteosomas e inmunoterapia.

1.29. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Significa una entidad especial que forma parte de un Hospital donde los pacientes, debido a una Emergencia Médica, enfermedad o Accidente, reciben en forma continua y durante las veinticuatro (24) horas del día, y bajo la dirección de un cuerpo de médicos, un tratamiento especial, medicamento necesario, que consiste en servicios técnicos y equipos especiales para salvar vidas, bajo la continua observación de un cuerpo de enfermeras especialmente entrenadas y seleccionadas para este tipo de pacientes.

Artículo 2º: PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES.

Son personas hábiles para ser aseguradas:

2.1. En calidad de TITULAR: Cualquier persona que no haya cumplido los sesenta y seis (66) años. En el caso de renovaciones no habrá límite de permanencia en el seguro.

2.2. En calidad de DEPENDIENTE: El (la) cónyuge o el (la) conviviente del TITULAR que no haya cumplido los sesenta y seis (66) años. En el caso de renovaciones no habrá límite de permanencia en el seguro. Además, también serán considerados los hijos matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos o legalmente adoptados durante su minoría de edad, hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando sean solteros, y tengan el mismo domicilio que el TITULAR.

El límite de permanencia para los hijos dependientes será al cumplir los veinticinco (25) años de edad. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia anual, la exclusión se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de LA COMPAÑÍA.



Posteriormente al haber cumplido el límite de edad señalado en el párrafo anterior cada hijo podrá tomar una póliza como TITULAR de manera individual y sin límite de permanencia.

En el caso de los recién nacidos bajo póliza, la inscripción a esta póliza como dependiente deberá realizarse dentro de un plazo máximo de 30 días calendarios desde la fecha de nacimiento para que la misma sea efectiva desde su nacimiento.

En caso de que su inscripción fuese posterior a los 30 días calendarios del nacimiento, el presente contrato comenzará a regir a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que se solicitó su inscripción, previa aceptación de LA COMPAÑÍA.

Artículo 3º: BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

El término “Gastos Cubiertos” que se emplea en esta Póliza, se refiere a los gastos en que incurra EL ASEGURADO en el Perú debido a una enfermedad o accidente amparados por los beneficios de este seguro, y que no estén considerados como “Gastos No Cubiertos y Excluidos”, hasta los límites contratados especificados en la Tabla de Beneficios considerando según sea el caso la aplicación de los deducibles y coaseguros según lo establecido para cada cobertura y siempre que se originen por la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia.

A tales efectos, EL ASEGURADO inscrito deberá hacer uso del servicio única y exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE y en la Red Complementaria, según lo expresamente señalado en cada beneficio de la póliza, según las especificaciones que se indican para cada uno de ellos y en las condiciones que se indican en la Tabla de Beneficios.

Esta póliza no contempla ningún tipo de reembolso de gastos médicos.

Las coberturas otorgadas mediante este contrato son las que se enumeran a continuación:

3.1. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

La compañía asumirá, una vez aplicados los deducibles y coaseguros especificados en la Tabla de Beneficios, los gastos médicos y hospitalarios incurridos en la Red Complementaria, especificada en la Tabla de Beneficios, cuando la atención hospitalaria sea resultado de una derivación de una atención ambulatoria realizada en la Red Preferente MAPFRE. Los gastos cubiertos por hospitalización comprenden:

- a) Habitación estándar, individual con baño propio, alimentación, incluyendo dietas especiales y cuidados normales en un Hospital o Clínica, legalmente establecida.
- b) Sala de operaciones, sala de recuperación, sala de cuidados intensivos, medicinas, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, tomografías, ecografías, resonancias magnéticas, exámenes especializados, análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopos radioactivos, enyesado, entablillado, vendas.

c) Alquiler de pulmón de acero, y otros equipos, aparatos y dispositivos médicos, siempre que el médico tratante certifique que tales auxilios son imprescindibles para la recuperación del paciente.

d) Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia.

e) Otros servicios que tengan directa relación con el tratamiento médico.

Al utilizar el Sistema de crédito Hospitalario, todos los gastos, incluyendo los honorarios del médico tratante y asistentes, deberán estar obligatoriamente incluidos en la factura final de la Clínica, y el paciente deberá cancelar al Centro Asistencial, en el momento del alta, los importes correspondientes al coaseguro, deducible y gastos no cubiertos.

3.2. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS

LA COMPAÑÍA asumirá, una vez aplicados los deducibles y coaseguros especificados en la Tabla de Beneficios, los gastos médicos ambulatorios incurridos única y exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, para lo cual deberá presentar al momento de la atención su documento de identidad. Quedan comprendidas dentro de esta cobertura:

a) Medicinas e insumos prescritos por el médico tratante

b) Apoyo al diagnóstico: análisis clínicos, anatomía patológica, exámenes radiográficos no contrastados y ecográficos.

c) Procedimientos médicos prescritos por el médico tratante, salvo aquellos que requieran de sedación consciente o profunda y/o anestesia regional o general.

d) Uso de Tópico

Sólo los casos que previamente hayan sido atendidos bajo esta cobertura en la Red Preferente MAPFRE podrán ser derivados, mediante autorización escrita, a la Red Complementaria para cobertura ambulatoria que se indica en la Tabla de Beneficios.

3.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA:

Esta cobertura se brindará directamente en la Red Complementaria, con aplicación del deducible y coaseguros indicados en la tabla de Beneficios, los gastos a consecuencia de un accidente, siempre que el paciente no requiera hospitalización y que el tratamiento médico se inicie durante las primeras 24 horas siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente. La continuación del tratamiento posterior a la emergencia será brindada única y exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE, y será cubierto bajo el beneficio ambulatorio según la Tabla de Beneficios.

Se consideran como Emergencias Accidentales todas aquellas derivadas de accidentes y que ponen en peligro la salud de EL ASEGURADO:

- Quemaduras
- Traumatismos: luxaciones, esguinces, fracturas, contusiones severas, etc.
- Heridas cortantes de cualquier etiología.
- Mordeduras o Picaduras de insectos con reacciones alérgicas generalizadas.
- Agresiones de animales domésticos.

3.4. SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS AMBULATORIAS:

El servicio de atención de emergencias médicas ambulatorias se otorga, previo pago del deducible y coaseguro correspondiente, directamente en la Red Complementaria indicada en la Tabla de Beneficios.

La continuación del tratamiento posterior a la emergencia será brindada única y exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE, y será cubierto bajo el beneficio ambulatorio según la Tabla de Beneficios.

Se consideran como Emergencias Médicas las siguientes situaciones:

- Cardiovasculares: Infarto de Miocardio, Angina de Pecho, Crisis Hipertensiva y Taponamiento Cardíaco.
- Respiratorias: Crisis Asmática, Insuficiencia Respiratoria Aguda, Edema Pulmonar Agudo, Neumonía.
- Abdominales: Cólico Vesicular, Apendicitis; Gastroenterocolitis Aguda con Deshidratación Moderada a Severa, Obstrucción Intestinal, Pancreatitis Aguda, Hemorragias Digestivas, Peritonitis, Diverticulitis y Vómitos persistentes.
- Renales: Cólico Renal, Retención Urinaria, Pielonefritis, Aguda e Insuficiencia Renal Aguda.
- Neurológicas: Convulsiones, Accidentes Cerebro Vasculares (derrame cerebral, hemiplejías), Síndrome Vertiginoso y Pérdidas súbitas de Conocimiento.
- Síndromes Febriles: Fiebre mayor a 39°C.
- Hemorragias de cualquier etiología.



- Intoxicaciones medicamentosas y alimenticias.

La condición de emergencia y la autorización para su atención serán determinadas por el Médico del Servicio de Emergencia.

3.5. MATERNIDAD

Este beneficio ampara exclusivamente vía crédito:

a) Los gastos por Controles Pre Natales y Post Natales, Ecografías según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

b) Se les cubrirá los gastos de aborto terapéutico y/o amenaza de aborto y cualquier clase de parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido mientras la madre se encuentre hospitalizada a consecuencia del parto, hasta los límites especificados en el Plan de Beneficios.

c) Los gastos generados por cualquier tipo de parto y por aborto no provocado (entendiéndose como tal la pérdida producida antes del séptimo mes), hasta los límites especificados en la Tabla de Beneficios. Cualquier complicación derivada del parto será considerada dentro de la suma asegurada de esta cobertura.

Dentro del límite de esta cobertura también se amparan los gastos del hijo recién nacido por concepto de sala de bebés, incubadora, medicinas, consultas al médico pediatra, y operación de fimosis o circuncisión. Todos estos gastos se cubrirán únicamente mientras la madre se encuentre hospitalizada a causa del parto.

Los Gastos relacionados con embarazo, maternidad y sus complicaciones se limitarán a las condiciones estipuladas en el beneficio de maternidad.

3.5.1. Podrán gozar de este beneficio:

Las mujeres ASEGURADAS sea ASEGURADA TITULAR o ASEGURADA DEPENDIENTE CÓNYUGE, siempre que haya superado el periodo de espera de dieciocho (18) meses consecutivos de aseguramiento.

La cobertura de maternidad no ampara a las ASEGURADAS DEPENDIENTES (hijas).

3.6. CONTROL DEL NIÑO SANO

Este beneficio ampara las consultas de control mensual del recién nacido hasta su primer año de vida. Este beneficio se otorga siempre y cuando el parto haya sido cubierto por la presente póliza y su inscripción como DEPENDIENTE se hubiera producido dentro de los treinta (30) días de su nacimiento.

3.7. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

Cubre los tratamientos ambulatorios y hospitalarios, hasta el sublímite Máximo Anual especificado para esta cobertura indicado en la Tabla de Beneficios para todos los hijos nacidos bajo la vigencia de la Póliza y cuyo nacimiento fuera amparado por la misma bajo la cobertura de maternidad y cuya inscripción como DEPENDIENTE a la presente póliza se realizó dentro de los 30 días de nacido. Las atenciones ambulatorias se brindarán solamente en la Red Preferente Mapfre. En caso de hospitalización se realizará la derivación a la Red Complementaria.

3.8. OFTALMOLOGÍA:

Cubre tratamientos oftalmológicos y una evaluación de vista una vez al año durante la vigencia de la póliza para cada ASEGURADO, únicamente en la Red Preferente MAPFRE y sujeto a los copagos indicados en la Tabla de Beneficios.

3.9. ODONTOLOGÍA:

El beneficio odontológico se otorga exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE, indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y establecidos en la Tabla de Beneficios, los procedimientos son los siguientes:

- a) Examen oral inicial
- b) Radiografías
- c) Profilaxis general
- d) Flúor y sellantes (hasta los 12 años).
- e) Restauraciones:
 - Amalgamas
 - Resina
 - Resina con luz halógena
- f) Terapia Radicular (endodoncia)
- g) Pulpectomia
- h) Apicectomia
- i) Extracciones



3.10. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS

Este seguro cubre para cada ASEGURADO el valor de las prótesis internas que sean médicamente necesarias siempre y cuando la enfermedad o accidente estén cubiertos por el seguro y hasta los límites indicados en la Tabla de Beneficios. **No se cubren prótesis externas ni dentales.**

3.11. NUTRICIONISTA

Este seguro cubre la atención ambulatoria de nutrición de acuerdo con los copagos indicados en la Tabla de Beneficios.

Este beneficio no ampara la cobertura de medicinas.

3.12. SALUD MENTAL

El presente beneficio proporciona al ASEGURADO la cobertura ambulatoria y hospitalaria para atenciones de enfermedades mentales. También incluye la consejería ambulatoria de trastornos psiquiátricos o psicológicos. Este beneficio está orientado para niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad. Este programa de salud mental incluye el acceso a medicamentos y productos sanitarios adecuados y de calidad, así como el internamiento u hospitalizaciones y tratamientos por emergencias, dentro de la red de proveedores y bajo las condiciones estipuladas en la Tabla de beneficios. **Las consultas, tratamientos y medicinas ambulatorias serán suministradas única y exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE. En caso de hospitalización, se realizará la derivación a la Red Complementaria.**

3.13. ONCOLOGÍA

Esta cobertura ampara el tratamiento de cáncer según las condiciones indicadas en la Tabla de Beneficios de la presente póliza. El beneficio oncológico se activa con el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado a través del estudio anatomopatológico. Los copagos aplicables para esta cobertura se muestran en la Tabla de Beneficios.

Para la evaluación de los procedimientos y medicamentos relacionados al tratamiento del cáncer se tomará como referente:

1. La(s) droga(s) oncológica(s) Prescrita(s) que haya(n) concluido exitosamente la Fase III de su ensayo clínico (es decir, demuestren su eficacia en el tratamiento oncológico) autorizado por la FDA (ver definición en el Glosario de Términos) y se encuentren calificadas como beneficiosas por las categorías de evidencia y consenso (categorías 1 o 2A) de la National Comprehensive CANCER Network (NCCN) de Estados Unidos de América.

2. Que los procedimientos oncológicos (CIRUGIA ONCOLÓGICA, radioterapia, Exámenes auxiliares) se encuentren dentro de los protocolos establecidos por la National Comprehensive CANCER Network (NCCN), según las categorías 1 o 24.

Para mayor información sobre la National Comprehensive CANCER Network (NCCN) acceder a la siguiente página web: www.nccn.org.

Esta cobertura excluye tratamientos basados en terapia biológica o inmunoterapia, los cuales consisten en el tratamiento diseñado para estimular o mejorar el sistema inmunológico a través de modificadores de la respuesta biológica, tal como se explica en el Artículo 1 – Definiciones de las presentes Condiciones Generales. La presente cobertura tampoco contempla gastos relacionados a la cirugía de reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía.

Esta cobertura está sujeta a un periodo de espera de diez (10) meses.

Artículo 4º: PERIODO DE CARENCIA

LA COMPAÑÍA no pagará beneficio alguno dentro de los primeros 30 días calendario contados a partir de la fecha de inclusión del ASEGURADO, salvo cuando se trate de las coberturas por accidente o las siguientes enfermedades (en su episodio agudo): apendicitis, accidente cerebro vascular, torsión testicular e infartos al miocardio.

Este periodo de carencia no regirá para los dependientes cuyo nacimiento fue amparado por la póliza, siempre y cuando fueran inscritos dentro de un período máximo de treinta (30) días.

El periodo de carencia no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 16º de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 5º: COBERTURAS Y/O PROCEDIMIENTOS SUJETOS A PERÍODO DE ESPERA

El período de Espera es el tiempo establecido contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza durante el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos. A diferencia del periodo de carencia, todo diagnóstico o enfermedad manifestado durante este período sí estará sujeto a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como período de espera, siempre que no fueran enfermedades preexistentes.

Durante el período de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta póliza.

Se establece un periodo de espera de diez (10) meses para las siguientes enfermedades y procedimientos, incluyendo pruebas diagnósticas, tratamientos, complicaciones y sus consecuencias:

- Litiasis o pólipo vesicular y/o de la vía biliar (incluye Litotripsia)
- Litiasis del sistema urinario (incluye Litotripsia)
- Fibroma del Útero, Quistes de Ovario, Endometriosis, Prolapso genitourinario, Colpocervicitis. Fibroadenoma Mamario, quistes o Displasia Fibroquística.
- Extirpación de amígdalas o adenoides, resección submucosa del septum nasal de los cornetes, sinusitis.
- Enfermedades y/o adenoma de próstata
- Catarata, Glaucoma, Pterigion, Degeneración macular.
- Hemorroides y Varices.
- Hernias de cualquier tipo incluida la Hernia de Núcleo Pulposo.
- Diabetes, Hipertensión Arterial y Dislipidemia.
- Enfermedades tiroideas, hipotiroidismo e hipertiroidismo
- Enfermedades de la columna vertebral, incluyendo estenosis espinal, listesis, aplastamiento vertebral, compresión medular y radicular.
- Enfermedades Cerebrovasculares (con excepción del accidente cerebro vascular agudo)
- Enfermedades Cardiovasculares (con excepción de infarto agudo de miocardio)
- Cirrosis Hepática
- Nevus u Onicomicosis
- Cisticercosis
- Artroscopia, artrosis, artritis, meniscopatía, quiste calcáneo, excepto a consecuencia de accidentes cubiertos por esta póliza
- Tumorações benignas
- Asma

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 16° de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 6°: COBERTURA DE BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO

LA COMPAÑÍA pagará hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Asegurado, los gastos por accidentes o enfermedades que requieran tratamiento ambulatorio siempre que éstos se encuentren cubiertos por esta póliza. En ningún caso la suma de los pagos parciales efectuados durante la vigencia del seguro excederá la suma asegurada como Beneficio Máximo Anual por Asegurado.

Al término de cada año de vigencia de la póliza automáticamente se rehabilitará el Beneficio Máximo Anual por Asegurado.

En los casos en que al vencimiento anual del seguro el TITULAR o sus DEPENDIENTES hubiesen consumido el beneficio máximo anual, la suma asegurada se rehabilitará en la nueva vigencia.

Artículo 7°: GASTOS NO CUBIERTOS

Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con:

1. Gastos ambulatorios que no hayan sido realizados en la Red Preferente MAPFRE establecida por LA COMPAÑÍA o que no hayan sido derivados a la Red Complementaria indicada en la Tabla de Beneficios.

2. Enfermedades y/o defectos congénitos y/o físicos adquiridos al nacer y gastos derivados por causas relacionadas de acuerdo al CIE-10, el cual se podrá ubicar en la página web <https://www.mapfre.com.pe/seguros-de-salud/>, salvo las enfermedades congénitas de aquellos dependientes cuyo nacimiento haya sido amparado por la póliza hasta el límite señalado en la Tabla de Beneficios. Tampoco 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.

3. Enfermedades pre-existentes, salvo por lo estipulado en el artículo 17° de las presentes Condiciones Generales. Se otorgará cobertura a las enfermedades pre-existentes que hayan sido superadas o resueltas.

4. Gastos cuyo objeto sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades de una persona sana, así como el tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a una enfermedad determinada, a excepción de la cobertura optométrica señalada en la tabla de beneficios.



5. Cirugía estética para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastia, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.
6. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por LA COMPAÑÍA.
7. Aparatos ortopédicos, ortésicos, prótesis, equipos mecánicos y electrónicos, medias para várices, nebulizadores.
8. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o no sustentadas en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de periodo de prueba o investigación.
9. Tratamientos de los defectos de la refracción visual, suministro de lentes, monturas, lentes de contacto. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de refracción, cubriéndose solamente en el caso de catarata, los lentes mono focales.
10. Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatognático, periodontitis, ortodoncia, gingivitis y prótesis dentales.
11. Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, a excepción de las vinculadas o derivadas de un diagnóstico de enfermedad mental; así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, o a consecuencia de la conducción de vehículos motorizados sin tener el ASEGURADO licencia vigente para hacerlo. En el caso específico de bebidas alcohólicas se considerará que el ASEGURADO se encuentra en estado etílico o situación de embriaguez, y por lo tanto sujeto a esta exclusión, cuando el examen de alcoholemia tomado inmediatamente después del accidente arroje un resultado mayor a 0.5gr./lt. En caso que la muestra para el examen de alcoholemia no sea tomada inmediatamente después del accidente, se considerará una disminución de 0.15 gr./lt. por hora desde el momento del accidente hasta la toma de la muestra. En el caso de drogas, fármacos, estupefacientes y narcóticos se considerará cualquier grado positivo de un examen toxicológico.
12. Productos de origen biológico, factores estimulantes de colonias, interferones, interleukinas, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina, kinasa, antiangiogénicos, inhibidores proteosoma, injertos óseos. Derivados de proteínas, hormonas y vitaminas.
13. Inmunoterapia, lisados bacterianos en adultos inmunoestimulantes, desensibilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleóticos).

14. Gastos por concepto de compra de Sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (Stem Cell).

15. Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica, fenómenos catastróficos de la naturaleza y/o meteorológicos, así como los que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmoción civil, daño malicioso, vandalismo y/o terrorismo.

16. Lesiones producidas a sí mismo por EL ASEGURADO o DEPENDIENTE en forma voluntaria, a excepción de las derivadas de un diagnóstico de enfermedad mental; así como los gastos que se generen por suicidio, intento de suicidio, peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada.

17. Alopecia, menopausia, peri o premenopausia, climaterio, osteoporosis y exámenes de densitometría ósea.

18. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y las que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemia.

19. Ningún gasto vinculado a la donación y/o transfusión de sangre.

20. Lesiones resultantes de la terapia de Rayos X y radioterapia, radium o isótopos.

21. Termómetros, papel higiénico, esponja, jabón, artículos de uso personal, cremas hidratantes, pañales, teléfono, acompañante, televisión.

22. Gastos por conceptos vinculados al diagnóstico y tratamiento de la apnea del sueño.

23. Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.

24. Problemas de mandíbula, incluyendo el síndrome temporo mandibular y cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación.

25. Ningún gasto por concepto de vitaminas, reconstituyentes, minerales, vigorizantes, nutrientes, leches, alimentos industrializados de cualquier tipo, geriátricos, hierbas, ansiolíticos, roacután, minoxidil, sedantes, antidepresivos, somníferos, vacunas, tratamientos naturistas, quiropraxia, acupuntura y "Farmacopea China", aun cuando hubieren sido prescritas por médicos colegiados; a excepción de los recetados como consecuencia y/o para el tratamiento de un diagnóstico de enfermedad mental.

26. Tratamientos por anorexia nerviosa, bulimia, para adelgazamiento o desnutrición, raquitismo, sobrepeso, a excepción de las relacionadas a un diagnóstico de enfermedad mental. Tratamientos por hipovitaminosis, talla

anormal, ginecomastia, obesidad mórbida o alteraciones hormonales que no sean debidos a enfermedad y terapia de reemplazo hormonal (TRH), todo tipo de trastorno de crecimiento y desarrollo, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para aumentar o disminuir de peso.

27. Procedimientos de crio-preservación o criogénéticos. Tratamientos que utilicen células madre (stem cell).

28. Tratamientos desensibilizantes para las alergias.

29. Terapia antiangiogénica para enfermedades maculares del ojo.

30. Los accidentes que se produzcan durante la práctica activa de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o,; rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapecio, equilibrismo; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'. Tampoco los accidentes que ocurran o se produzcan por o durante el uso, sea como conductor o pasajero, de motocicletas, motonetas, 'mototaxis' o cuatrimotos.

31. 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 auto medique, así como las causas y/o consecuencias de un tratamiento y/o cirugía no cubiertos por esta póliza.

32. Tratamientos o estudios u operaciones relacionadas con la infertilidad primaria o adquirida, impotencia o tratamientos con fines de esterilización o concepción, cirugía o tratamiento de varicocele, cambio de sexo, frigidez, inseminación artificial o implantación de embriones.

33. Procedimientos médicos o quirúrgicos de naturaleza preventiva ni tratamientos de rehabilitación de audición o lenguaje.

34. Gastos directos e indirectos por enfermedades de transmisión sexual, venéreas, VIH, SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones, lesiones producidas durante prácticas sexuales de cualquier tipo, condiloma acuminado.

35. Cuidados de enfermeras especiales.

36. Gastos por controles pre- post natales y control de niño sano.

37. Todo procedimiento y tratamiento no excluido anteriormente y cuyo uso no haya sido aprobado por la DIGEMID (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas) para el diagnóstico específico.

38. Dispositivos o IMPLANTES médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: implante coclear, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, cajetillas o cages de columna vertebral, prótesis osteoarticulares internas bajo la cobertura de prótesis indicado en la Tabla de Beneficios).

39. Vasectomía y Bloqueo Tubario.

40. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas).

41. Dispositivos para columna: separadores interespinosos e intervertebrales (Coflex, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastia, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o nerolisisfacetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.

42. Viscosuplementación para patologías articulares, excepto en osteoartrosistibiofemoral de rodilla. No se cubre en condromalacia patelar.

43. Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados a callos pies planos, arcos débiles y pies débiles, tratamiento quirúrgico de callosidades y juanetes (Hallux Valgus)

44. Productos de higiene personal. Productos cosméticos, dermocosméticos y bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.

45. Productos derivados de proteínas, hormonas y vitaminas.

Artículo 8º: ATENCIÓN DE SINIESTROS

8.1 Principio Indemnizatorio:

LA COMPAÑÍA cubrirá los costos de los servicios clínicos y médicos en el Perú que demande el tratamiento de una enfermedad o accidente, por atención ambulatoria u

hospitalaria, por atención ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por asegurado contemplado en esta Póliza, siempre que la enfermedad o accidente ocurra dentro del período de vigencia de la Póliza y con sujeción a la Tabla de Beneficios establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza. Es necesario para ello que EL CONTRATANTE ó EL ASEGURADO haya cumplido con las cargas asumidas, las cuales se indican en el Art. 8 del presente Condicionado General. En ningún caso la indemnización dará lugar a ganancias a favor de EL ASEGURADO.

8.2. Reserva de Investigación Ulterior:

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar las causales reales del siniestro, aun cuando ya hubiera cubierto las prestaciones previstas en la Póliza. EL ASEGURADO queda obligado a cooperar con esta investigación.

8.2.1. LA COMPAÑÍA podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los asegurados y, en general, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

8.2.2. EL ASEGURADO facilitará a LA COMPAÑÍA el acceso a la información necesaria para los efectos estipulados en este artículo, autorizando expresamente a la Clínica, Centro Médico u Hospital, así como a los Médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica; librándolos del secreto profesional.

Artículo 9º: CARGAS DEL ASEGURADO

9.1. Carga de Evitar la Ocurrencia del Siniestro y disminuir su gravedad: EL ASEGURADO tomará en todo momento las medidas necesarias para evitar la ocurrencia del siniestro o para disminuir la gravedad e intensidad de sus consecuencias; actuando como si no estuviera asegurado.

9.2. Prueba del Siniestro: Es de cargo de EL ASEGURADO la obligación de acreditar ante LA COMPAÑÍA su derecho a recibir las prestaciones contempladas en la presente Póliza, con la documentación veraz, completa e idónea. Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable no son parte de la suma asegurada, y son asumidos por LA COMPAÑÍA siempre que no hayan sido causados por indicaciones inexactas del ASEGURADO.

9.3. Gastos Ordinarios: Los gastos que demande el cumplimiento de las cargas previstas en este artículo son de cargo, cuenta, riesgo y responsabilidad de EL ASEGURADO; salvo pacto expreso y específico en contrario, y los cuales no tienen relación directa con los gastos propios de la cobertura.

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

10.1. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

En caso que el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica, solo tiene que presentar su DNI a la Red Complementaria.

La Red Complementaria 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. La Red Complementaria se comunicará con el ASEGURADO para comunicarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

10.2. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS

EL ASEGURADO deberá acudir a la Red Preferente MAPFRE, e identificarse en la recepción con su DNI.

Asimismo, deberá cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso se requiera una atención médica de mayor complejidad, EL ASEGURADO podrá ser derivado a la Red Complementaria que se indica en la Tabla de Beneficios.

Para la atención en la Red Complementaria, EL ASEGURADO deberá presentar la autorización médica por la derivación de la Red Preferente MAPFRE y su DNI.

10.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA

EL ASEGURADO deberá dirigirse directamente a la Red Complementaria dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente presentando su DNI, y realizar el pago del deducible y coaseguro que se indica en la Tabla de Beneficios.

En caso la emergencia derive en una hospitalización, EL ASEGURADO podrá utilizar su cobertura de Hospitalización según la Red Complementaria indicada en la Tabla de Beneficios, de acuerdo al procedimiento establecido en el numeral 10.1 del presente Artículo.

La continuación del tratamiento ambulatorio posterior a la emergencia será brindada única y exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios Cubiertos.

10.4. SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS AMBULATORIAS

EL ASEGURADO deberá dirigirse directamente a la Red Complementaria, presentar su DNI, y abonar el deducible y coaseguro establecidos en la Tabla de Beneficios.

En caso la emergencia derive en una hospitalización, EL ASEGURADO podrá utilizar su cobertura de Hospitalización según la Red Complementaria indicada en la Tabla de Beneficios, de acuerdo al procedimiento establecido en el numeral 10.1 del presente artículo.

La continuación del tratamiento ambulatorio posterior a la emergencia será brindada única y exclusivamente en la Red Preferente MAPFRE, bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios Cubiertos.

10.5. MATERNIDAD

En caso que EL ASEGURADO requiera de este beneficio, deberá presentar al proveedor médico afiliado de la Red Complementaria su DNI.

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 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.

10.6. CONTROL DE NIÑO SANO

El ASEGURADO deberá acudir a la Red Preferente MAPFRE y presentar en la recepción del Centro su DNI.

10.7. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

El ASEGURADO deberá acudir a la Red Preferente MAPFRE y presentar en la recepción del Centro su DNI.

Cancelar en el centro el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

En caso de Hospitalización en la Red Complementaria, previa derivación autorizada por la Red Preferente MAPFRE, el ASEGURADO para hacer uso de este beneficio, deberá seguir el procedimiento establecido en el numeral 10.1 del presente Artículo.

10.8. OFTALMOLOGÍA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red Preferente MAPFRE, presentar en la recepción del proveedor su DNI y cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.9. ODONTOLOGÍA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red Preferente MAPFRE, presentar en la recepción del proveedor su DNI y cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.10. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS INTERNAS

En caso que EL ASEGURADO requiera de este beneficio, deberá presentar al proveedor médico afiliado a la Red Complementaria su DNI.

El proveedor médico afiliado a la Red Complementaria 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 de la prótesis, siempre y cuando la atención hospitalaria esté cubierta.

10.11. NUTRICIONISTA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red Preferente MAPFRE, presentar en la recepción del proveedor su DNI y cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.12. SALUD MENTAL

El ASEGURADO deberá acudir a la Red Preferente MAPFRE, presentar en la recepción del proveedor su DNI y cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.13. ONCOLOGÍA

En caso el ASEGURADO requiera una atención oncológica amparada por la póliza, esta se solicita con la presentación del diagnóstico definitivo de cáncer a través del estudio anatomopatológico, la cual debe ser entregada al proveedor médico de la red afiliada, además de la copia de su DNI.

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.

Artículo 11º: CÁLCULO DE LA PRIMA

El cálculo de la prima estará en función a la edad alcanzada por el TITULAR y sus DEPENDIENTES, las respuestas brindadas en la declaración de salud, la siniestralidad del programa, la inflación médica y cualquier otro factor que se encuentre señalado en las condiciones particulares de la Póliza.

Artículo 12º: OTROS SEGUROS

En caso de que el TITULAR y/o DEPENDIENTES inscritos gozaran de otro u otros seguros que cubran los mismos riesgos, los importes a cubrir por LA COMPAÑÍA, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto reconocido.

Artículo 13º: MONEDA

Pago en la Moneda Pactada: Las obligaciones pecuniarias emanadas de esta Póliza, se cumplirán en la misma moneda en que se encuentran expresadas las coberturas, o en moneda nacional al tipo de cambio promedio ponderado venta que publica la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones.

Artículo 14º: TERRITORIALIDAD

Salvo pacto en contrario, esta póliza solamente resulta exigible respecto a la atención médica de EL ASEGURADO debidamente registrado en esta Póliza, que se realice en el Perú, como consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto por este seguro, hasta los límites contratados específicamente en la Tabla de Beneficios establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Artículo 15º: DECLARACIONES DEL CONTRATANTE

El CONTRATANTE declara que, antes de la contratación de la Póliza ha tenido a su disposición estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, así como las Condiciones Especiales y Cláusulas adicionales que hubiere, a través del portal web <http://www.mapfre.com.pe>, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por LA COMPAÑÍA, y asimismo ha tenido previamente a su disposición la folletería informativa de la Póliza de Seguro contratada.

Artículo 16º: TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIA PARA ASEGURADOS PROVENIENTES DE OTROS SEGUROS

a. Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. La presente Póliza no considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado, o por la que el ASEGURADO, haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguros dentro del sistema de seguros o EPS peruano que cubrió el periodo inmediatamente anterior, considerando como plazo máximo de ciento veinte (120) días en el caso de un seguro previo o sesenta (60) días como plazo máximo en el caso de una EPS previa, contados a partir del término del contrato anterior, para la contratación del nuevo seguro.

b. En caso que las sumas aseguradas en el seguro médico previo para dichas enfermedades preexistentes sean inferiores a los beneficios de esta PÓLIZA, se sublimitarán a las sumas aseguradas del plan anterior.

c. Las enfermedades preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Para los beneficios con una suma asegurada de por vida, sólo se brindará cobertura por el capital ASEGURADO no consumido por EL ASEGURADO al momento de la contratación de la PÓLIZA.

Artículo 17º: TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIA PARA ASEGURADOS NUEVOS AL SISTEMA

Se entiende como asegurados nuevos al sistema a aquellos que no cumplen con los criterios de continuidad estipulados en el Artículo 16 de las presentes Condiciones Generales, ya sea por no provenir de un plan de salud contratado con otra Compañía de seguros o EPS, o por encontrarse fuera de los plazos de ley.

En este caso, toda enfermedad diagnosticada antes de la contratación de la póliza y declarada en la solicitud de afiliación, así como cualquiera adquirida durante el periodo de carencia de 30 días, será considerada como una enfermedad preexistente y cubierta bajo la cobertura ambulatoria u hospitalaria según corresponda, sujeta a la aplicación de los copagos diferenciados señalados en la Tabla de Beneficios.

Artículo 18º: VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La presente Póliza inicia su vigencia a las doce (12) horas del día señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, y se renueva automáticamente, en los mismos términos y condiciones pactados originalmente, salvo que alguna de las partes manifieste su decisión por escrito de no renovar la póliza, con al menos treinta (30) días antes al vencimiento, en cuyo caso termina a las doce (12) horas del último día de su vigencia.

Salvo que las partes estipulen por escrito lo contrario, producida la renovación automática de la póliza, la prima correspondiente deberá ser abonada en los mismos términos, condiciones y plazos acordados originalmente.

No aplica la resolución sin expresión de causa por parte de la compañía de seguros.

Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando los cambios en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia. El CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En caso la propuesta de modificaciones se tenga por aceptada, se



emitirá la póliza consignando las modificaciones realizadas en caracteres destacados.

En caso la propuesta de modificación enviada por LA COMPAÑÍA sea rechazada, la póliza se mantendrá vigente hasta finalizar el periodo correspondiente. Una vez concluido este periodo, la compañía podrá dejar de renovar la póliza salvo en los supuestos que se detallan en los párrafos siguientes:

En el caso de seguros individuales, una vez los contratantes hayan venido renovando las pólizas de seguros por lo menos en los últimos cinco (5) años consecutivos, tienen derecho a continuar renovando los contratos indefinidamente, con coberturas no menores que las pactadas anteriormente.

En el caso de pólizas contratadas de manera colectiva por empresas (personas jurídicas o personas naturales con negocio), una vez que los asegurados a título individual dejen de formar parte del grupo asegurado, podrán contratar un seguro individual con la misma empresa de seguros que le dio la cobertura colectiva, considerándose la contratación como una renovación de la cobertura anterior, con la misma o mayor cobertura pactada de manera colectiva, por lo que la cuantificación de los años a que se refiere el primer párrafo del presente artículo considerará como fecha de inicio la que registre de modo original la póliza colectiva. Para tales efectos, el plazo para contratar la póliza individual será dentro de los ciento veinte (120) días calendarios siguientes a la fecha en la que dejó de formar parte de la póliza colectiva.

Queda establecido que de existir Períodos de Carencia y/o de Espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores. Asimismo, en caso de renovación de la Póliza o en caso que, se estuviera ante una emisión continuada de pólizas sin intervalos de tiempo, no será necesario que el ASEGURADO presente una nueva Solicitud de Seguro ni una nueva Declaración de Salud. Ambas concesiones se darán en tanto exista sucesión continua e ininterrumpida de Pólizas. En caso contrario, se deberá presentar nuevamente la Solicitud de Seguro y llenar la correspondiente Declaración de Salud y se iniciará nuevamente el cómputo de los respectivos plazos de espera y de carencia, previa aprobación de la Solicitud por parte de LA COMPAÑÍA.

Artículo 19º: 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.

Artículo 20º: INICIO DE LA COBERTURA

Las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido.

Sin perjuicio de lo anterior, en la eventualidad de la ocurrencia de un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, LA COMPAÑÍA deberá cubrir el pago del siniestro, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, misma que será descontada del importe de la indemnización correspondiente.

Artículo 21º: 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, puede resolver su Póliza.

En tal supuesto, la resolución se ejecuta de manera inmediata y 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, indicando en dicha comunicación la fecha de efecto de la resolución del contrato. Mientras que LA COMPAÑÍA no manifieste su posición frente a la agravación, continúan vigentes las condiciones del contrato original.



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**.

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 presentadas por el **ASEGURADO** se procederá la resolución. Sin Perjuicio de ello, **LA COMPAÑÍA** procederá con la evaluación correspondiente a la viabilidad del pago de la cobertura dentro de un plazo máximo de 30 días desde presentada la documentación para la solicitud de cobertura.

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 artículo 19º de las presentes Condiciones Generales.

Durante la vigencia de la Póliza o el Certificado, 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, detallando el monto a devolver, por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el artículo 28° de las presentes Condiciones Generales, en caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada por periodos posteriores o adelantados. LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque, que estará a disposición del beneficiario, en el plazo de treinta (30) días contados desde la solicitud de resolución del CONTRATANTE.

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) 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.

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, 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.

En caso corresponda devolver al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta, en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunicó su decisión de invocar la nulidad a EL CONTRATANTE. En caso de seguros colectivos en los cuales EL ASEGURADO haya asumido el cargo de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abono a favor del ASEGURADO, previa coordinación.

Terminación:

El Contrato de Seguro terminará automáticamente en la fecha en que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

a) Al fallecimiento del ASEGURADO.

b) Al finalizar la vigencia de la Póliza, siempre que no sea renovada.

c) Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo para el pago de la prima, se entiende que el contrato queda extinguido.

d) Si el interés asegurado desaparece durante la vigencia del Contrato de Seguro, por causa no cubierta por el seguro.

En caso se produzca la extinción contractual, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir la prima correspondiente al período efectivamente cubierto.

Artículo 22º: RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA

Se considerará que existió dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO cuando efectúe declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por éstos, que fueron materia de una pregunta expresa en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios, a sabiendas que son falsas y con la intención de ocultar información que de haber sido conocida por LA COMPAÑÍA la hubiera llevado a no celebrar el Contrato de Seguro o lo hubiera hecho en circunstancias diferentes.

En este supuesto se aplicará lo dispuesto en la cláusula precedente, en lo relativo a Nulidad.

No procede la nulidad, revisión o resolución del contrato cuando las circunstancias omitidas fueron contenido de una pregunta expresa no respondida en el cuestionario, y LA COMPAÑÍA igualmente celebró el contrato.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO realiza una declaración inexacta o reticente, que no obedece a dolo o culpa inexcusable, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

- i. Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, LA COMPAÑÍA presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del Contratante respecto de la revisión de la Póliza, LA COMPAÑÍA podrá resolver la Póliza



de Seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

ii. Si la constatación de la declaración inexacta o reticente no dolosa es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la Póliza, LA COMPAÑÍA reducirá la suma asegurada a pagar en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. En este sentido, la suma asegurada se reducirá en el mismo porcentaje de reducción que exista entre la prima que se hubiere cobrado y la prima convenida. De determinarse que el riesgo no es asegurable no existirá suma asegurada a pagar.

Artículo 23º: 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 período 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 período de noventa (90) días el Contrato de Seguro se extinguirá, inclusive si la cobertura se suspendió por efecto de falta de pago.

Artículo 24º: DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

El monto de la prima a pagar por el Contratante se determina en base a la edad declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de salud contenido en la Declaración de Salud, a la siniestralidad del programa y a los costos de los proveedores médicos.

Artículo 25°: REHABILITACION

Una vez producida la suspensión de la cobertura de la póliza, siempre que LA COMPAÑÍA no haya expresado su decisión de resolver el Contrato, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá rehabilitar la cobertura previo pago de todas las primas impagas. La cobertura quedará rehabilitada desde las 0:00 horas del día siguiente a la fecha de pago, no siendo responsable LA COMPAÑÍA por siniestro alguno ocurrido durante la suspensión.

Artículo 26°: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO perderá el derecho a ser indemnizado, quedando LA COMPAÑÍA relevada de toda responsabilidad, si en cualquier tiempo, cualquiera de ellos o terceras personas debidamente facultadas que actúen en su representación emplean, con o sin su conocimiento, medios o documentos falsos y/o adulterados, para sustentar una solicitud de cobertura o para obtener, ya sea para sí o para terceros beneficios o coberturas del seguro otorgados por la presente póliza.

En caso LA COMPAÑÍA, actuando de buena fe, atiende un siniestro que posteriormente se determine que ha sido fraudulento, el ASEGURADO estará obligado a devolver el íntegro de lo indebidamente pagado, conjuntamente con el interés legal máximo permitido por ley al momento de la identificación del fraude, corridos desde la fecha en que recibió los beneficios.

Artículo 27°: INFORMACIÓN MÉDICA E HISTORIA CLÍNICA

El ASEGURADO se compromete a facilitar a LA COMPAÑÍA el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento de atención médica, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, en el momento que lo requiera LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA, bajo su cuenta y costo, tiene derecho a que el ASEGURADO sea examinado por los médicos designados por ella, para comprobar la procedencia de cualquier siniestro o solicitud de cobertura.

Artículo 28°: COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados y notificados al domicilio señalado en el contrato o, alternativamente, a través del mecanismo previsto contractualmente, bajo sanción de tenerse por no cursados.



Los documentos enviados, así como las comunicaciones cursadas entre el corredor de seguros y LA COMPAÑÍA surten todos sus efectos en relación al ASEGURADO y al Contratante en su caso, siempre que la carta de nombramiento se encuentre vigente.

Artículo 29º: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia, desavenencia o solicitud de cobertura 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, 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, el Centro de Conciliación y Arbitraje - CECONAR (SUSALUD), entre otros, según corresponda.

Artículo 30º: PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Las acciones derivadas de la presente Póliza prescriben en el plazo de diez(10) años desde que ocurrió el siniestro. Sin embargo, para las coberturas relativas a la muerte del ASEGURADO, el plazo de prescripción se computa desde que el beneficiario conoce sobre el beneficio.

Artículo 31º: DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San isidro, Lima, Teléfono 421 0614, y página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y LA COMPAÑÍA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para LA COMPAÑÍA.

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos de los asegurados, mediante la solución de controversias que estos últimos sometan para su pronunciamiento, dentro de su ámbito de competencia.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro.

c) Procede solo para atender reclamos formulados por asegurados, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000 (o su equivalente en moneda nacional) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en LA COMPAÑÍA.

d) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de dos (2) años computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada la pretensión por LA COMPAÑÍA.

e) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de haber dado a ambas partes la posibilidad de ser escuchadas. La resolución no obliga al ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro, ni limita su derecho a recurrir posteriormente al órgano jurisdiccional.

f) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para LA COMPAÑÍA cuando ésta es aceptada por el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de notificada.

Artículo 32°: TRIBUTOS

Todos tributos que graven las primas, o sumas aseguradas o indemnizaciones por siniestros, serán de cargo del ASEGURADO y/o su Beneficiario y/o sus herederos legales, salvo aquellos que por mandato de norma imperativa sean de cargo de LA COMPAÑÍA y no puedan ser trasladados.

Artículo 33°: SUBROGACIÓN

Desde el momento que LA COMPAÑÍA indemniza parcial o totalmente cualquiera de los riesgos cubiertos por la póliza, se subroga en los derechos que corresponden al CONTRATANTE y/o ASEGURADO contra los terceros responsables en razón del siniestro, hasta el monto de la indemnización pagada.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO es responsable de todo acto que perjudique a LA COMPAÑÍA en el ejercicio del derecho de subrogación.

La subrogación, únicamente, es aplicable en los casos de Asistencia Médica.

Artículo 34°: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

Los usuarios y/o consumidores, entendiéndose éstos como la persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta de los productos o servicios ofrecidos por LA COMPAÑÍA; podrán presentar consultas, reclamos y requerimientos a través de las plataformas establecidas por LA COMPAÑÍA y/o cualquier otro medio que establezca la Superintendencia de Banca Seguros y AFP.

Consultas.

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, de la consulta.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfreperu.com> enlazándose al link de “Atención de Consultas”.

Reclamos y Requerimientos

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- “Libro de Reclamaciones Virtual”, que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑÍA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o requerimiento.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfreperu.com> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y Requerimientos). La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de presentada la comunicación a LA COMPAÑÍA. Este plazo puede extenderse, excepcionalmente, siempre que, por la naturaleza del reclamo o requerimiento, requieran el pronunciamiento previo de un tercero. Esta ampliación debe ser comunicada al usuario y/o consumidor dentro del mencionado plazo, explicándole las razones de ésta, además de precisarle el plazo estimado de respuesta.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta, y luego de que LA COMPAÑÍA haya realizado las gestiones correspondientes para ubicar a la persona conforme a los datos con los que cuenta, se le tendrá por atendido y archivado.

Artículo 35°: DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

En la oferta de seguros, tanto de contratación individual como grupal, efectuada mediante la utilización de sistemas a distancia, considerando también la

intermediación de un corredor de seguros que haya empleado mecanismos a distancia, o 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, o por medio de comercializadores, incluyendo bancaseguros, 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, así como los demás canales que LA COMPAÑÍA ponga a disposición para tal fin, 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.

En caso que el CONTRATANTE o el ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento después de haber pagado el total o parte de la prima, LA COMPAÑÍA devolverá la prima pagada dentro de los treinta (30) días siguientes al ejercicio del derecho de arrepentimiento. El contratante podrá hacer uso del derecho de arrepentimiento en tanto no haya utilizado ninguna de las coberturas y/o beneficios otorgados por el contrato de seguro.

Artículo 36º: DATOS PERSONALES

El CONTRATANTE del seguro autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente para la emisión de la Póliza y la actualización de los mismos para:

- Dar cumplimiento al propio contrato de seguros.
- Realizar estudios estadísticos.
- Realizar análisis de siniestralidad.
- Remitir información sobre productos y servicios de LA COMPAÑÍA y de las distintas empresas del Grupo MAPFRE, a través de medios electrónicos, llamadas telefónicas o correspondencia escrita.

Se entiende por empresa del Grupo MAPFRE, a toda aquella empresa que pertenece al mismo grupo económico, según la definición de la Resolución SBS 445-2000.

- Flujo transfronterizo de la información a otras entidades, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del seguro, así como para garantizar la continuidad de las operaciones de la empresa ante cualquier contingencia.
- Gestión de otras solicitudes o contratos de seguro por parte de las distintas empresas del Grupo MAPFRE

Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras empresas aseguradoras y reaseguradoras, así como a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración, respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El Archivo creado está bajo la supervisión y control de LA COMPAÑÍA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

Artículo 37°: OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES

Siempre que el marco regulatorio permita la comercialización a través de comercializadores será de aplicación lo siguiente:

a) LA COMPAÑÍA es responsable frente al CONTRATANTE y/o ASEGURADO de la cobertura contratada.

b) LA COMPAÑÍA es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 3274-2017 y sus normas modificatorias.

c) Las comunicaciones cursadas por el CONTRATANTE, ASEGURADO o BENEFICIARIO al comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a LA COMPAÑÍA.

d) Los pagos efectuados por EL CONTRATANTE del seguro, o terceros encargados del pago, al comercializador, se considerarán abonados a LA COMPAÑÍA.

Artículo 38°: PÓLIZA ELECTRÓNICA

LA COMPAÑÍA podrá enviar la póliza de seguro de forma electrónica según consentimiento expreso del CONTRATANTE indicado en la Solicitud de Seguro y registrado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso el ASEGURADO sea una persona distinta del CONTRATANTE, la Póliza será igualmente remitida al ASEGURADO de forma electrónica a la dirección de correo electrónico proporcionada por el CONTRATANTE.