Seguro de Asistencia Médica
Sumar Salud Plus

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 www.mapfre.com.pe, así como en la página web de la Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/es/.

1.5. **CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA:** Documento que contiene la identificación del TITULAR y DEPENDIENTES, la vigencia del seguro, prima comercial y prima comercial más IGV, la Tabla de Beneficios y Gastos Cubiertos que resume las condiciones básicas, el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados, así como los establecimientos de salud que conforman la Red de Centros Médicos de MAPFRE y la Red Alterna 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) alguno(s) de los términos y condiciones de la misma.

Surte efecto una vez que han sido suscritos y/o aprobados por LA COMPAÑÌA 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, pero no se limita, 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 y que haya sido declarada como tal 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):

1.14.1 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.

1.14.2. Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

1.15. FDA (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.

1.16. 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; y

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, y

3. Proporciona en forma continua servicios de enfermería veinticuatro (24) horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y

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. El término hospital no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para:

a. **Descanso;**

b. **Cuidados de custodia;**

c. **Cuidados de enfermería;**

d. **Cuidado de ancianos;**

e. **Condiciones nerviosas y condiciones mentales.**

1.17. 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.

1.18. 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; y

2. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado, necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado; y

3. Ha sido prescrito por un médico; y

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; y

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 médicamente necesario.

1.19. 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).

1.20. 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. Por esto el nivel de evidencia IIA es tomado como límite para determinar la fortaleza de los estudios disponibles sobre la evaluación de una terapia, insumo o fármaco.

1.21. 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.

1.22. PERÍODO DE CARENCIA: Es el período de tiempo establecido en el condicionado general del seguro, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. Durante dicho período no se brindarán las coberturas del seguro. Las enfermedades que le ocurren o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO dentro del período de carencia no serán cubiertas durante todo el período de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

El período de carencia no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica previo, de acuerdo a lo estipulado en el Art.29° de la presente Clausula General de Contratación

1.23. PERÍODO DE ESPERA: Es el período establecido en el condicionado general del seguro, contado desde la fecha de inicio de vigencia de 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 período de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica previo, de acuerdo a lo estipulado en el Art. 29° de la presente Clausula General de Contratación.

1.24. 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.

1.25. RED DE CENTROS MÉDICOS DE MAPFRE: Significa un profesional o institución que suministra asistencia o servicios sanitarios, tales como Médicos, Hospitales, Clínicas, etc., que pertenecen a LA COMPAÑÍA.

La Red de Centros Médicos de 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. 7 de las Cláusulas Generales de Contratación.

En los casos que LA COMPAÑÍA realice una modificación de proveedores en la Red de Centro Médicos de Mapfre durante la vigencia del contrato se ceñirá a lo estipulado en el Art. 28° de las Clausulas Generales de Contratación.

1.26. RED ALTERNA DE PROVEEDORES: Significa un profesional o institución que suministra asistencia o servicios sanitarios, tales como Médicos, Hospitales, Clínicas, etc. designados por LA COMPAÑÍA. La Red de Proveedores 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. 7 de las Cláusulas Generales de Contratación.

En los casos que LA COMPAÑÍA realice una modificación de proveedores en la Red Alterna de Proveedores durante la vigencia del contrato se ceñirá a lo estipulado en el Art. 28° de las Clausulas Generales de Contratación.

Los ASEGURADOS sólo podrán hacer uso de esta Red, por derivación expresa de alguna sede de la Red de Centros Médicos de 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 cada beneficio de la presente póliza.

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

1.28. TABLA DE BENEFICIOS: Documento que detalla las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, coaseguros en la Red de Centros Médicos de MAPFRE y la Red Alterna de Proveedores, que se encuentran en las Condiciones Particulares.

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, médicamente 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 2°: PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES

Son personas hábiles para ser aseguradas:

2.1. En calidad de ASEGURADO TITULAR: Cualquier persona que no haya cumplido los sesenta y seis (66) años de edad.

2.2. En calidad de ASEGURADO DEPENDIENTE: El (la) cónyuge o el (la) conviviente del ASEGURADO TITULAR que no haya cumplido los sesenta y seis (66) años de edad. Además, también serán considerados los hijos matrimoniales o extramatrimoniales reconocidos o legalmente adoptados durante su minoría de edad, hasta los veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean solteros, y con el mismo domicilio que el ASEGURADO 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 y cuyo nacimiento fuera amparado por la misma bajo la cobertura de maternidad, la inscripción a esta póliza como dependiente deberá realizarse dentro de un plazo máximo de treinta (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 treinta (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 3°: BENEFICIOS, 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 Excluido, 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 de Centros Médicos de MAPFRE y en la Red Alterna de Proveedores, 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 asumira, una vez aplicados los deducibles y coaseguros especificados en la Tabla de Beneficios, los gastos médicos y hospitalarios incurridos en la Red Alterna de Proveedores, especificada en la Tabla de Beneficios, cuando la atención hospitalaria sea el resultado de una derivación de una atención ambulatorioa realizada en la Red de Centros Médicos de MAPFRE.

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. ATENCIÓN AMBULATORIA

LA COMPAÑÍA asumirá, una vez aplicados los deducibles y coaseguros especificados en la Tabla de Beneficios, los gastos médicos ambulatorios incurridos únicos y exclusivamente en la Red de Centros Médicos de MAPFRE indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, para lo cual deberá presentar al momento de la atención su documento de identidad.

Las especialidades que se brindan en la Red de Centros Médicos de MAPFRE son las siguientes:

- Medicina General
- Medicina Interna
- Ginecología
- Pediatría
- Traumatología
- Oftalmología
- Cardiología

- Urología
- Otorrinolaringología
- Odontología
- Psicología
- Nutrición
- Cualquier otra especialidad siempre y cuando se incluya en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo, quedan comprendidas dentro de esta cobertura:

1. Medicinas e insumos prescritos por el médico tratante
2. Apoyo al diagnóstico: análisis clínicos, anatomía patológica, exámenes radiográficos no contrastados y ecográficos.
3. Procedimientos médicos prescritos por el médico tratante, salvo aquellos que requieran de sedación consiente o profunda y/o anestesia regional o general.
4. Uso de Tópico

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

3.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA:

Esta cobertura se brindará de manera indistinta a través de la Red de Centros Médicos de MAPFRE y la Red Alterna de Proveedores ambulatorios, con aplicación del deducible y coaseguro 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 de Centros Médicos de MAPFRE, y serán cubiertos 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, por ejemplo:

- 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, única y exclusivamente a través de la Red Alterna de Proveedores indicada en la Tabla de Beneficios.

La continuación del tratamiento posterior a la emergencia será brindada única y exclusivamente en la Red de Centros Médicos de MAPFRE, y serán cubiertos 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 Cardiaco.
- Respiratorias: Crisis Asmática, Insuficiencia Respiratoria Aguda, Edema Pulmonar Agudo, Neumonía y Bronquitis Aguda.
- 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 nsuficiencia Renal Aguda.
- Neurológicas: Convulsiones, Accidentes Cerebro Vasculares (derrame cerebral, hemiplejías), Síndrome Vertiginoso y Pérdidas Súbitas De Conocimiento.
- Síndromes Febriles: Fiebre mayor a 39ºC.
- 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 se encuentre asegurada un mínimo de dieciocho (18) meses consecutivos.

La cobertura de maternidad no ampara a las ASEGURADAS DEPENDIENTES

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 ASEGURADO 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 sub límite 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 ASEGURADO DEPENDIENTE a la presente póliza se realizó dentro de los treinta (30) días de nacido. Las atenciones ambulatorias se brindarán solamente en la Red de Centros Médicos de Mapfre. En caso de hospitalización se realizará la derivación a la Red Alterna de Proveedores.

3.8. COBERTURA OPTOMÉTRICA:

Cubre una evaluación de vista consistente en: medición de vista, presión ocular y descarte de glaucoma, una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada ASEGURADO, únicamente en la Red de Centros Médicos de MAPFRE según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

3.9. ODONTOLOGÍA

El beneficio odontológico se otorga exclusivamente en la Red de Centros Médicos de 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.

a. Terapia Radicular (endodoncia).

b. Pulpectomia.

c. Apicectomia.

d. 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 cubiertas 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 brinda a cada ASEGURADO una consulta nutricional mensual según lo indicado en la Tabla de Beneficios, en la Red de Centros Médicos de Mapfre

3.12 PSICOLOGÍA

Este seguro brinda a cada ASEGURADO una consulta psicológica mensual según lo indicado en la Tabla de Beneficios, en la Red de Centros Médicos de Mapfre

3.13. INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

En virtud de esta cobertura, LA COMPAÑÍA procederá a indemnizar a EL ASEGURADO al primer diagnóstico histopatológico de Cáncer, que sea el primer diagnóstico de cáncer en la vida del asegurado y que el diagnóstico sea efectuado durante la vigencia de la póliza.

El monto a indemnizar es el que se indica en la Tabla de Beneficios. Una vez aplicada la indemnización por cáncer, las primas tendrán un descuento a la renovación de la póliza según lo indicado en las condiciones particulares.

3.13.1. Periodo de Carencia:

La Compañía no cubrirá siniestros por primer diagnóstico de Cáncer detectados durante un período de 90 días contados desde la inscripción del asegurado.

3.13.2. Riesgos Excluidos:

- **Asegurados con diagnóstico de cáncer preexistente a la fecha de inicio de su cobertura, así haya sido declarado en su solicitud de seguro.**
- **El diagnóstico de cáncer ocurrido durante el periodo de carencia. En este caso se procede a la exclusión definitiva de la cobertura para dicho Asegurado.**
- **Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), o aquellos considerados por histología como premalignos.**
- **Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.**
- **El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados al síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o a la condición de HIV positivo.**
- **Tumores no malignos.**
- **Todo diagnostico distinto a cáncer.**

ARTÍCULO 4°: PERIODO DE CARENCIA

LA COMPAÑÍA no pagará beneficio alguna dentro de los primeros treinta (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 período de carencia, en los casos que se haya contratado con un seguro de asistencia médica previo, quedarán sin efecto a fin de no afectar la continuidad prevista en el artículo 29° de las Clausulas Generales de Contratación.

ARTÍCULO 5°: 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 diagnostico 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 siguientesenfermedades 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 Várices.**
- **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, comprensión medular y radicular.**
- **Enfermedades Cerebrovasculares (con excepción del accidente cerebro vascular agudo, isquémico o hemorrágico).**
- **Enfermedades Cardiovasculares (con excepción de infarto agudo de miocardio y angina inestable).**
- **Cirrosis Hepática.**
- **Hiperhidrosis.**
- **Osteoporosis.**
- **Nevus u Onicomicosis.**
- **Cisticercosis.**
- **Artroscopia, artrosis, artritis, meniscopatía, quiste calcáneo, excepto a consecuencia de accidentes cubiertos por esta póliza.**
- **Cáncer.**
- **Tumoraciones benignas.**
- **Asma.**

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 y/u hospitalario 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 Y EXCLUIDOS

Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con:

a. **Gastos ambulatorios que no hayan sido realizados en la Red de Centros Médicos de MAPFRE o que no hayan sido derivados a la Red Alterna de proveedores indicada en la Tabla de Beneficios.**

b. **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 www.mapfre.com.pe., así como en la página web de la Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/es/ 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.**

c. **Enfermedades pre-existentes, según la definición descrita en el numeral 1 y lo estipulado en el numeral 29 de las CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN.**

d. **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.**

e. **Cirugía estética para fines de embellecimiento. Ginecomastia, mastoplastía, gigantomastia y cirugía del septum nasal; a excepción de los casos necesarios como consecuencia de un accidente cuyos gastos fueron cubiertos por esta Póliza.**

f. **Gastos por enfermedades oncológicas, salvo por la cobertura de Indemnización por Cáncer que se detalla en el Art. 3.9.**

g. **Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por la Compañía.**

h. **Aparatos ortopédicos, ortésicos, prótesis, equipos mecánicos y electrónicos, medias para várices, nebulizadores.**

i. **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.**

j. **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**

k. **Tratamiento y operaciones de carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatogmático, periodontitis, ortodoncia, gingivitis y prótesis dentales.**

l. **Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo, así como las lesiones que se produzcan en situaciones de embriaguez o bajo influencia de drogas, salvo aquellas en las que exista untrastorno de salud mental comprobado, 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.**

m. **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.**

n. **Inmunoterapia, lisados bacterianos en adultos inmunoestimulantes, desensilización o pruebas relacionadas (inmunomoduladores, inmunoglobulinas, oligonucleóticos).**

ñ. **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).**

o. **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.**

p. **Lesiones producidas por la participación del ASEGURADO o DEPENDIENTE en peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada con documento policial.**

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

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

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

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

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

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

w. **Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.**

x. **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.**

y. **Ningún gasto por concepto de vitaminas, reconstituyentes, minerales, vigorizantes, nutrientes, leches, alimentos industrializados de cualquier tipo, geriátricos, hierbas, roacután, minoxidil, vacunas, tratamientos naturistas, quiropraxia, acupuntura y "Farmacopea China", aun cuando hubieren sido prescritas por médicos colegiados.**

z. **Tratamientos para adelgazamiento o desnutrición, raquitismo, sobrepeso, 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.**

aa. **Procedimientos de crio-preservación o criogenéticos. Tratamientos que utilicen células madre (stem cell).**

bb. **Tratamientos desensibilizantes para las alergias.**

cc. **Terapia antiangiogénica para enfermedades maculares del ojo.sea como conductor o pasajero, de motocicletas, motonetas, 'mototaxis' o cuatrimotos.**

dd. **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.**

ee. **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.**

ff. **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.**

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

ii. **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.**

jj. **Cuidados de enfermeras especiales.**

kk. **Gastos por maternidad.**

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

mm. **Gastos por hospitalización, salvo por la cobertura de Renta por Hospitalización que se detalla en el Art. 3.8.**

nn. **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.**

oo. 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).

pp. Vasectomía y Bloqueo Tubario.

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

rr. Dispositivos para columna: separadores interespinosos e invertebrales (Coflex, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos para columna: nucleoplastía, radiofrecuencia, discectomía láser, rizotomía o neurolisisfacetarias, proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna.

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

tt. 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).

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

vv. Productos derivados de proteínas, hormonas y vitaminas.

ARTÍCULO 8°: 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, 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 del 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.

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

ARTÍCULO 10°: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA

10.1. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

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 TITULAR y/o los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos pactar ni pagar honorarios adicionales. El proveedor médico se comunicará con el ASEGURADO para informarle sobre la emisión o no de dicha carta de garantía.

10.2. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de 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 un Proveedor de la Red Alterna que se indica en la Tabla de Beneficios.

Para la atención con el Proveedor de la Red Alterna EL ASEGURADO deberá presentar la autorización médica por la derivación de la Red de Centros Médicos de MAPFRE y su DNI.

10.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA

El ASEGURADO deberá dirigirse a la Red de Centros Médicos de MAPFRE o la Red Alterna de Proveedores dentro de las 24 hrs. 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 Alterna de Proveedores 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 de Centros Médicos de MAPFRE bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios Cubiertos.

10.4. SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS AMBULATORIAS

El ASEGURADO deberá dirigirse a la Red Alterna de Proveedores ambulatorios 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 Alterna de Proveedores 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 de Centros Médicos de MAPFRE, bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios Cubiertos.

10.5. MATERNIDAD

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÌA. 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 DEL NIÑO SANO

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

10.7. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de 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 Alterna de Proveedores, previa derivación autorizada por la Red de Centros Médicos de MAPFRE, el ASEGURADO para hacer uso de este beneficio, deberá seguir el procedimiento establecido en el numeral 10.1 del presente Artículo.

10.8. COBERTURA OPTOMÉTRICA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del proveedor su DNI.

10.9. ODONTOLOGÍA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE presentar en la recepción del proveedor DNI.

Cancelar el coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.10. 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 de la prótesis, siempre y cuando la atención hospitalaria esté cubierta.

10.11. NUTRICIONISTA

El ASEGURADO deberá acudir a la Red de Centros Médicos de MAPFRE y presentar en la recepción del proveedor su DNI.

10.12. PSICOLOGÍA

El ASEGURADO deberá comunicarse con la Red de Centros Médicos de MAPFRE para concertar cita previa o en su defecto acudir a sus instalaciones y presentar en la recepción del proveedor su DNI.

10.13. *INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER*

EL ASEGURADO deberá solicitar la cobertura a LA COMPAÑÍA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del resultado del examen histopatológico, por escrito y de manera cierta a través de los medios y en la dirección previamente acordada con el contratante, según lo establecido en el numeral 6 del Resumen.

Para solicitar la indemnización correspondiente, EL ASEGURADO deberá presentar los siguientes documentos en las oficinas de MAPFRE PERÚ:

- **Solicitud dirigida a MAPFRE PERÚ.**
- **Original del Informe de la Evaluación por parte del médico oncólogo tratante.**
- **Examen histopatológico original firmado y sellado por el médico tratante.**
- **Copia simple de la Historia Clínica de EL ASEGURADO, foliada y fedateada.**
- **Copia simple del documento de identidad de EL ASEGURADO solicitante.**

LA COMPAÑÍA podrá solicitar mayor información la cual servirá para aclarar o precisar la documentación listada en la póliza, sobre el siniestro al ASEGURADO, la misma deberá ser solicitada dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el pago de la indemnización.

Una vez consentido el siniestro LA COMPAÑÍA indemnizará en un plazo no mayor 30 días.

La Compañía no cubrirá siniestros por primer diagnóstico de Cáncer detectados durante un período de noventa (90) días contados desde la inscripción del asegurado.

ARTÍCULO 11º: CALCULO DE LA PRIMA

El cálculo de la prima estará en función a la edad alcanzada por el ASEGURADO TITULAR y los ASEGURADOS 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 ASEGURADO TITULAR y los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos gozarán 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 Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales del riesgo, 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.



MAPFRE PERU VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
RUC: 20418896915
DIRECCIÓN: AV. 28 DE JULIO 873 MIRAFLORES
TELEFONO 213-3333
Página Web: http://www.mapfre.com.pe

Seguro de Asistencia Médica Sumar Salud Plus

Resumen

El siguiente texto es un resumen informativo de las Condiciones Generales del riesgo contratado. Las condiciones aplicables a cada póliza serán las detalladas en las Condiciones Particulares correspondientes.

1. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

- Ingresando a la página web de los siguientes Bancos: Banco de Crédito, Banco Continental, Scotiabank, Interbank, Banco Falabella y Banco Interamericano de Finanzas.
- Acercándose a cualquiera de los siguientes Bancos: Banco de Crédito, Banco Continental, Scotiabank, Interbank, Banco de la Nación, Banco Falabella y Banco Interamericano de Finanzas, indicando el número de DNI, RUC o Carnet de Extranjería del contratante de la póliza
- Afiliándote al cargo en cuenta y/o tarjeta de crédito Mastercard, Visa, Diners, y American Express.
- En cualquiera de nuestras oficinas ubicadas en Lima en la Av. 28 de Julio 873 Miraflores, Teléf. 213-7373 y Provincias al Teléf. 0801-1-1133, detalladas en nuestra página web http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas

2. MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DEL SINIESTRO:

No aplica aviso del siniestro para el presente producto.

3. LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO:

En caso de atenciones por indemnización:

A través de las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima en Av. 28 de Julio 873 - Teléf. 2137373 y Provincias al Teléf. 0801-1-1133, detalladas en nuestra página web: http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas

En caso de atenciones vía crédito:
A través de la red de clínicas afiliadas: http://www.mapfre.com.pe/clinicas-afiliadas

Cabe resaltar que la solicitud efectuada al comercializador se considera realizada a LA COMPAÑÍA

4. MEDIOS HABILITADOS POR LA EMPRESA PARA PRESENTAR 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 COMPAÑIA; 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/o Queja:

- 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 COMPAÑIA 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/o Queja).

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de 30 días calendario de presentada la comunicación a LA COMPAÑÍA. Los plazos de respuesta podrán ser ampliados cuando la complejidad y naturaleza del reclamo lo justifique.

Si no fuese posible ubicar al reclamante en el domicilio indicado por éste en su carta, se le tendrá por archivado.

5. INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
Jr. Junín N° 270, Lima 01.
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930
www.sbs.gob.pe

INDECOPI
Calle de la Prosa 104, San Borja
Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)
www.indecopi.gob.pe

Defensoría del Asegurado
Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9 San Isidro, Lima Perú
Telefax: 421 0614
www.defaseg.com.pe.

6. EL PRESENTE PRODUCTO PRESENTA OBLIGACIONES A CARGO DEL USUARIO CUYO INCUMPLIMIENTO PODRIA AFECTAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN O PRESTACIONES A LAS QUE SE TENDRÍA DERECHO.

7. DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO EL ASEGURADO O EL CONTRATANTE SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A INFORMAR A LA EMPRESA LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVEN EL RIESGO ASEGURADO.

8. PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS

- **GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN.**
- **GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS.**
- **EMERGENCIA ACCIDENTAL AMBULATORIA.**
- **SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICA AMBULATORIA.**
- **MATERNIDAD.**
- **CONTROL DEL NIÑO SANO.**
- **ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO**

Además de los indicados en el artículo 3º de las Condiciones Generales.

9. PRINCIPALES EXCLUSIONES

a. **Gastos ambulatorios que no hayan sido realizados en la Red de Centros Médicos de MAPFRE o que no hayan sido derivados a la Red Alterna de proveedores indicada en la Tabla de Beneficios.**

b. **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 www.mapfre.com.pe, así como en la página web de la Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/es/ 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.**

c. **Enfermedades pre-existentes, tal como se definen en el numeral 1 de las CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE ASISTENCIA MEDICA.**

d. **Curas de reposo, surmenaje, enfermedades emocionales (ansiedad, depresión, stress), trastornos funcionales de órganos, distonías neurovegetativas, desórdenes de la mente (psicosis, neurosis, fobias), tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, salvo lo indicado en la cobertura de psicología en el Art. 3.13 y en la Condiciones Particulares de la póliza, enuresis nocturna, retardo mental o del desarrollo psicomotor, déficit de atención, bajo rendimiento escolar, disfunciones cerebrales, síndrome orgánico cerebral.**

e. **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 un enfermedad determinada, a excepción de lo señalado en la tabla de Beneficios.**

f. **Adicionalmente las que se indican en los artículos 3.14.2° y 7° de las Condiciones Generales.**

10. CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITES DE PERMANENCIA EN LOS SEGUROS PERSONALES.

Las indicadas en el artículo 2° de las Condiciones Generales.

11. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Según lo indicado en el Art. 24 de las Cláusulas Generales de Contratación
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, 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.

Se podrá mantener el presente artículo siempre que se condicione su utilización a que el marco regulatorio lo permita.

12. DERECHO DE RESOLUCION DEL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

La referida causal de resolución se encuentra señalada en el Art. 9° de las CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN

13. DERECHO DE ACEPTAR O NO LAS MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES PROPUESTAS POR LAS EMPRESAS, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

Contemplado en el numeral 28° de las CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA.

14. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

El indicado en el artículo 10º de las Condiciones Generales.

NOTA IMPORTANTE:

Las Condiciones Especiales del contrato prevalecen sobre las Condiciones Generales y Particulares.

AE0716400146-2026



MAPFRE © 2026

Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros
Av. Armendáriz 345 Miraflores, Perú.

Contáctanos

01 213-3333
999 919 133
mapfre.com.pe
App Mapfre