Trébol Salud
(Seguro médico) - Soles

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. **ASEGURADO:** Persona natural cuya salud se asegura en virtud de la presente Póliza, que cumple con los requisitos de edad establecidos en las presentes Condiciones Generales y cuya información general se detalla en las Condiciones Particulares.

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. **CENTRO DE TRASPLANTE:** Significa una institución, la cual:

1.3.1. Tiene la licencia respectiva y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.

1.3.2. Está especialmente equipada para efectuar trasplantes y es reconocida y aceptada como centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional.

1.3.3. 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, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de trasplante y atención médica en unidades de cuidado intensivo.

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

1.3.5. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplantes.

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, la prima comercial y prima comercial más IGV., así como la Tabla de Beneficios y gastos cubiertos que resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados.

1.6. **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.

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

1.8. DIGEMID: (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas)

Órgano técnico-normativo nacional relacionado a las autorizaciones sanitarias de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines, certificación, el control y vigilancia de los procesos relacionados con la producción, importación, distribución, almacenamiento, comercialización, promoción, publicidad, dispensación y expendio de productos farmacéuticos y afines, así como contribuir al acceso equitativo de productos farmacéuticos y afines de interés para la salud, eficaces, seguros, de calidad y usados racionalmente.

1.9. DONANTE: Significa la persona que cede un órgano para ser recibido por un receptor, o por un centro de trasplante.

1.10. 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.

1.11. 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 en un Hospital a una Persona Asegurada, aún sin que se haya obtenido la orden o prescripción de un Médico autorizando dicha hospitalización. Entre los ejemplos de serios trastornos y mal funcionamiento de órganos o de funciones vitales se encuentran, pero sin estar limitado a: envenenamiento, ataques cardíacos, apoplejía, pérdida de la conciencia, de la respiración y convulsiones.

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 la causó 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.

1.12. 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.

1.13. 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.

1.14. 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).

1.15. 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.

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

1.16.1 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; y/o

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

1.17. 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.

1.18. 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.

1.19. 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.

1.20. 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.

1.21. 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).

1.22. MÉDULA ÓSEA: Significa el tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

1.23. 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.

1.24. ÓRGANO: Significa una parte del cuerpo que ejerce una función específica.

1.25. 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.

1.26. PREEXISTENCIA: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración de Salud. Para los efectos de la presente definición se considera condición de alteración del estado de salud no resuelta, aquella en la que luego de haber recibido un tratamiento médico, sea higiénico – dietético, farmacológico, intervencionista o quirúrgico, el ASEGURADO presenta alguna evidencia médica de la enfermedad (remisión completa del cuadro clínico), como signos, síntomas, resultados de exámenes complementarios y/o resultados de imágenes; inclusive aquellas enfermedades crónicas y las que reaparezcan o sean recurrentes, aun después de haber

recibido algún tratamiento, o aquellas enfermedades que requieren de continuidad en la atención médica.

Adicionalmente LA COMPAÑÍA, podrá solicitar informes médicos adicionales y/o informes al médico tratante y/o podrá evaluar a los asegurados por facultativos designados por ella, con la finalidad de comprobar la no presencia de evidencia de la enfermedad o que la enfermedad no se volverá a presentar.

LA COMPAÑÍA está prohibida de exigir exámenes genéticos previos a la celebración del contrato de seguro y no puede condicionar la aceptación, vigencia o renovación de coberturas de seguro a la realización de dichos exámenes.

1.27. 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.

1.28. RED 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 acordado con EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO con al menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación previos al vencimiento del contrato, en concordancia con el artículo 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 artículo 28° de las Clausulas Generales de Contratación.

1.29. RECEPTOR: Significa un asegurado que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta Póliza.

1.30. REFRACTARIEDAD: Característica de una persona que padece de una enfermedad y ofrece resistencia a la eficacia de un tratamiento médico.

1.31. FRACASO DE PRIMERA LINEA: Se entiende que ha habido fracaso de primera línea cuando después de la aplicación de un tratamiento por una patología específica, los síntomas persisten, optándose por un segundo tratamiento distinto al primero.

1.32. SUBLÍMITE MÁXIMO DE POR VIDA: Se entiende que es el máximo pago que la aseguradora asumirá en tanto el seguro se encuentre en vigor para los siguientes beneficios: Enfermedades Congénitas No Conocidas. No existe restitución de suma asegurada para estos beneficios.

1.33. TABLA DE BENEFICIOS: Documento que detalla las coberturas, sumas aseguradas, deducibles, coaseguros, red de proveedores y central de asistencia; así como las primas aplicables a este seguro.

1.34. TEJIDO: Significa un conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

1.35 TERRORISMO: Toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido, o causar temor e inseguridad en el medio social en que se produce.

1.36. TRASPLANTE(s): Significa el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el Período de Vigencia de esta Póliza, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un asegurado, tejido proveniente de la médula ósea facilitado por un donante, o del mismo Receptor, o cualquiera de los Órganos (o parte de uno de ellos), que se mencionan en las coberturas que hayan sido recibidos por un donante fallecido o vivo.

1.37. 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.

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.

Queda establecido que para efectos de los artículos siguientes el término ASEGURADO involucra tanto al ASEGURADO TITULAR y a los ASEGURADOS DEPENDIENTES.

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 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 de la red de proveedores afiliada para este seguro y de acuerdo con los casos por atención médica hospitalaria y/o quirúrgica, tratamientos ambulatorios, así como las coberturas especiales, según las especificaciones que se indican para cada uno de ellos y en las condiciones que se indican en la Tabla de Beneficios.

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

3.1. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

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.

Es importante conocer que para el otorgamiento de la cobertura por hospitalización se aplican los Artículos 4° y 5° del presente condicionado relacionado a los procedimientos y diagnósticos sujetos al Periodo de Carencia y Espera.

3.2. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS

a. Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.

b. Medicamentos, exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible, para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

c. En caso de cirugías ambulatorias que exijan la utilización de sala de operaciones, se cubrirán los gastos bajo las condiciones de una atención hospitalaria.

d. Servicios de medicina física y rehabilitación según se indica en las Condiciones Particulares.

Es importante conocer que para el otorgamiento de la cobertura Ambulatoria se aplican los Artículos 4° y 5° del presente condicionado relacionado a los procedimientos y diagnósticos sujetos al Periodo de Carencia y Espera.

3.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL

Este beneficio cubre al 100% los gastos a consecuencia de un accidente, siempre que el paciente no requiera hospitalización y que el tratamiento médico se inicie durante las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

Esta cobertura ofrece continuidad de emergencias accidentales hasta noventa (90) días al 100% (Incluye terapias físicas, controles y supervisión de resultados de exámenes diagnósticos, de forma ambulatoria), superado este periodo de tiempo los gastos serán atendidos bajo la cobertura de tratamiento ambulatorio. Si el paciente es internado por disposición del médico tratante, los gastos serán amparados bajo la cobertura de hospitalización.

Se consideran como emergencias accidentales las siguientes situaciones:

Son todas aquellas derivadas de accidentes y que ponen en peligro la salud del 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.

Los casos no calificados como emergencia accidental, serán considerados como consulta médica, afecta al deducible, equivalente a la cobertura de atención ambulatoria (punto 3.2).

Es importante conocer que para el otorgamiento de la cobertura de Emergencia Accidental se aplican los Artículos 4° y 5° del presente condicionado relacionado a los procedimientos y diagnósticos sujetos al Periodo de Carencia y Espera.

3.4. 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.

3.4.1. 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 (hijas).

3.5. 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.

Esta cobertura brinda inmunizaciones de acuerdo a la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

3.6. 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.

3.7. ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS

a. Están cubiertas bajo esta Póliza, las enfermedades congénitas no conocidas por el ASEGURADO y no diagnosticadas, salvo en los casos indicados en el artículo 29° de las Cláusulas Generales de Contratación. Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como gastos de hospitalización o gastos de atención ambulatoria según corresponda, hasta el límite máximo de por vida especificado para esta cobertura indicado en la Tabla de Beneficios.

b. Este beneficio no contempla la restitución de suma asegurada.

c. Periodo de espera veinticuatro (24) meses.

3.8. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

Están cubiertas según la modalidad de atención, sea hospitalario o ambulatorio, hasta el límite indicado para esta cobertura, precisado en la Tabla de Beneficios.

3.9. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO

Ampara la cobertura de chequeo médico, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios de la presente Póliza.

3.10. GASTOS DE SEPELIO

Esta cobertura incluye los gastos administrativos únicamente a través del proveedor designado por LA COMPAÑÍA y hasta el límite señalado en la Tabla de Beneficios.

Deberá cursarse el aviso de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO DEPENDIENTE, inmediatamente después de haber ocurrido, con el objeto que LA COMPAÑÍA realice las coordinaciones con el proveedor designado para la prestación del servicio.

3.11. SEGURO DE PRIMAS POR MUERTE DEL TITULAR

En caso falleciera el ASEGURADO TITULAR a consecuencia de un accidente o enfermedad amparado por esta Póliza, LA COMPAÑÍA mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos a la fecha del fallecimiento, hasta la renovación anual del seguro.

De la misma manera, en caso de desamparo súbito familiar, al fallecimiento accidental en un mismo evento del ASEGURADO TITULAR y cónyuge (o concubina) asegurados, LA COMPAÑÍA mantendrá vigentes las coberturas contratadas sin pago de primas a todos los ASEGURADOS DEPENDIENTES inscritos a la fecha de fallecimiento, por un periodo de veinticuatro (24) meses posteriores al deceso.

3.12. COBERTURA POR TERRORISMO

Cobertura para tratamiento de accidentes ocasionados por actos terroristas según condiciones y hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios.

3.13. OFTALMOLOGÍA

Cubre tratamientos oftalmológicos y una evaluación de vista una vez al año durante la vigencia de la presente Póliza para cada ASEGURADO, únicamente en los centros oftalmológicos incluidos en la Tabla de Beneficios.

3.14. ODONTOLOGÍA

El beneficio odontológico cubre de acuerdo a las condiciones estipuladas en la Tabla de Beneficios, lo siguiente:

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.

3.15. 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.**

3.16. ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

La cobertura de Médico a Domicilio brinda atención de enfermedades ambulatorias agudas de baja complejidad. Las atenciones y tratamientos para pacientes con diagnósticos crónicos o de alta complejidad serán cubiertos de acuerdo a las condiciones ambulatorias indicadas en la Tabla de Beneficios.

En caso de que el ASEGURADO desee ser atendido por un médico en su domicilio deberá comunicarse llamando a nuestra central de asistencia de acuerdo a lo indicado en artículo 10° inciso “P”.

3.17. SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS

El servicio de atención de emergencias médicas en la red de clínicas afiliadas se realiza de acuerdo a la aplicación de copagos descrito en la Tabla de Beneficios.

Es importante conocer que para el otorgamiento de la cobertura de Emergencia Médica se aplican los Artículos 4° y 5° del presente condicionado relacionado a los procedimientos y diagnósticos sujetos al Periodo de Carencia y Espera.

El servicio de atención de emergencias médicas a domicilio a través de los servicios de ambulancia se otorga sin efectuar pago alguno, única y exclusivamente a través de la Central de Asistencia de LA COMPAÑÍA y se limita a estabilizar el problema médico inmediato, o a trasladar al ASEGURADO a un centro hospitalario, en donde para ser atendido se aplicarán las condiciones que se señalan en la Tabla de Beneficios.

Este servicio se brindará exclusivamente en la ciudad de Lima de acuerdo a los siguientes límites geográficos:

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

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.

Estas emergencias serán determinadas al momento de la atención por el Médico de Servicio.

Los casos no calificados como emergencia médica, serán considerados como consulta médica, afecta al deducible, equivalente a la cobertura de Atención Ambulatoria (3.2).

3.18. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

Cubre el 100% de los gastos por traslado en ambulancia y/o avión comercial de pasajeros, únicamente cuando por una emergencia médica o accidental el paciente ASEGURADO tenga que ser evacuado, previa certificación médica, al lugar que el facultativo considere más

adecuado. Este servicio se brinda exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia y a nivel nacional.

3.19. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

LA COMPAÑÍA pagará hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios los gastos por concepto de hospitalización, cirugía, atención médica y demás servicios específicamente amparados por esta cobertura, requeridos por un trasplante de Riñones, Corazón, Hígado, Pulmones, Páncreas o Médula Ósea, una vez que el ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO DEPENDIENTE haya cumplido dos (2) años de permanencia ininterrumpida en esta póliza, siempre que no mediara un diagnóstico pre- existente a la fecha de inicio de vigencia del seguro, salvo en los casos indicados en el artículo 29° de las Cláusulas Generales de Contratación. Este servicio se brindará exclusivamente en la ciudad de Lima de acuerdo a los
siguientes límites geográficos:

Esta cobertura incluye:

- Honorarios Médicos y Calificación de Donantes para Transfusiones de sangre, hasta un máximo de 5 (cinco) por evento.
- Servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea en relación con un trasplante de tejido practicado a un ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO DEPENDIENTE;
- Servicios prestados durante el proceso de adquisición del órgano o tejido obtenidos de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante;
- Gastos relacionados con la remoción, preservación y transporte de un órgano o tejido que se intenta trasplantar al ASEGURADO TITULAR y/o
- ASEGURADO DEPENDIENTE.

Periodo de espera veinticuatro (24) meses.

3.20 PROGRAMA MÉDICO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas se refieren a todo trastorno orgánico funcional multifactorial que requiere una modificación de hábitos de salud para evitar progresión de enfermedad y/o deterioro del estilo de vida del paciente, estos hábitos deben mantenerse de manera permanente o recurrente durante un periodo prolongado de tiempo.

Estas enfermedades tienen las siguientes características: causan incapacidad y son originadas por una alteración patológica no reversible, requieren una actitud especial por parte del paciente para su rehabilitación y pueden requerir un largo período de supervisión, observación o tratamiento médico.

Dado que son enfermedades que una vez diagnosticadas pueden ser controladas a través de supervisión médica periódica y tratamiento con medicamentos específicos, hemos diseñado el programa de enfermedades crónicas “Vivir en Salud” que otorga:

- Cobertura para consultas médicas periódicas, exámenes auxiliares y tratamiento farmacológico especializado para cada patología siguiendo Guías de Práctica Clínica y Medicina basada en evidencia nacional e internacional, de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios.
- Este programa se ofrece en la comodidad de su hogar, centro de trabajo o lugar elegido por el asegurado, mediante atención presencial o por teleconsulta.
- Las enfermedades por las cuales se otorga cobertura bajo este programa se encuentran detalladas en la Tabla de Beneficios, siendo las siguientes:

- Asma Bronquial.
- Diabetes tipo 2 no insulinodependiente.
- Hipertensión arterial.
- Dislipidemias (Hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y similares).
- Combinaciones de las patologías antes mencionadas.

El paciente puede ingresar a este programa por decisión propia, previa auditoria médica, así como solicitar su retiro en cualquier momento.

Como condición para un adecuado seguimiento médico, se exige que una vez inscrito en el programa de enfermedades crónicas, las atenciones ambulatorias por los diagnósticos antes indicados solo se realicen en la red del programa crónico de MAPFRE, y no en la red de proveedores de servicios de salud afiliados al plan de salud.

Las atenciones por emergencias, complicaciones y hospitalizaciones derivadas del diagnóstico de ingreso al programa, no serán cubiertas por el programa de crónicos; serán atendidas en la red de clínicas y según las condiciones ambulatorias u hospitalarias de la Tabla de Beneficios.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de diez (10) meses.

3.21. CIRUGÍA EXIMER LÁSER

Este seguro cubre la intervención quirúrgica de corrección para defectos de refracción visual: miopía, hipermetropía, astigmatismo.

Se incluye los procedimientos para la cirugía: topografía corneal, paquimetría, sala de operaciones, médico especialista, instrumentista, sala de recuperación y farmacia.

La cobertura se ofrece con copagos por cada ojo de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios.

No corrige presbicia o envejecimiento del ojo.

Se otorga con un periodo de espera de diez (10) meses.

3.22. 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. Toda atención previa a la confirmación del cáncer, será tratado según las condiciones ambulatorias y/u hospitalarias detalladas en la Tabla de Beneficios.

La terapia biológica o inmunoterapia es el tratamiento diseñado para estimular o mejorar el sistema inmunológico a través de modificadores de la respuesta biológica. La cobertura de terapia biológica para enfermedades oncológicas debe cumplir con todos los criterios especificados por DIGEMID y la FDA para su indicación y con criterios médicos como refractariedad o fracaso a tratamiento de primera línea. Se otorga cobertura de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

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 lll 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.

En el caso de un CÁNCER de mama que involucre una Mastectomía Radical o Total, se incluye la cobertura de la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA como parte del tratamiento integral de dicho CIRUGIA. Dicha cobertura aplica solamente para tratamientos en el Perú según la red de proveedores establecida para dicho fin y que se encuentra precisada en la Tabla de Beneficios de la Póliza.

Se reconocerá la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA una sola vez por mama mastectomizada, no se cubrirá la reconstrucción de la mama contralateral si no ha sido mastectomizada, independientemente de la técnica que se use y considerando las etapas necesarias para la reconstrucción, en pacientes a quienes se les haya realizado Mastectomía a través de este plan de salud.

Periodo de espera de diez (10) meses.

3.23. NUTRICIÓN EN CONSULTORIO

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

Este beneficio no ampara cobertura de medicinas.

3.24. SERVICIO DE PSICOLOGIA Y SALUD MENTAL

Este seguro otorga atención para un programa ambulatorio que incluye trastornos psiquiátricos o psicológicos. Este beneficio está orientado para: niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad, de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

Este beneficio no cubre medicamentos, hospitalizaciones ni tratamientos por emergencias.

3.25. ACUPUNTURA Y HOMEOPATÍA

La acupuntura es una técnica que forma parte de la medicina tradicional china. Consiste en la inserción y la manipulación de agujas en el cuerpo con el objetivo de restaurar la salud y el bienestar en el paciente.

La homeopatía es una terapia que consiste en administrar la dosis mínima efectiva de una sustancia, capaz de activar las defensas del paciente.

Este seguro brinda los servicios de acupuntura y homeopatía de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

Este beneficio no cubre medicamentos, ni materiales.

3.26. MEDICINA QUIROPRÁCTICA

La medicina quiropráctica es un tipo de medicina alternativa, la cual se ocupa del diagnóstico, tratamiento y prevención de las alteraciones del sistema músculoesquelético, así como de los efectos que producen estos desórdenes en la función del sistema nervioso y en la salud en general.

Este seguro brinda los servicios de medicina quiropráctica de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

3.27. TERAPIA BIOLOGICA

La terapia biológica o inmunoterapia es el tratamiento diseñado para estimular o mejorar el sistema inmunológico a través de modificadores de la respuesta biológica. La cobertura de terapia biológica para enfermedades no oncológicas debe cumplir con todos los criterios especificados por DIGEMID y la FDA para su indicación, y con criterios médicos como refractariedad o fracaso a tratamiento de primera línea. Se otorga cobertura sólo para enfermedades reumatológicas, oftalmológicas, neurológicas, cardíacas y gastrointestinales, en base a lo indicado en la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

3.28. BOTOX PARA CASOS TERAPÉUTICOS

La capacidad que posee la toxina botulínica es usada para el tratamiento de ciertas enfermedades, la presente póliza otorga cobertura terapéutica para los diagnósticos: Distonía Cervical, Espasmo miofacial, Estrabismo, Blefaroespasmo y Espasticidad por parálisis cerebral, en base a lo indicado en la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

3.29. DESASTRES NATURALES

La cobertura se otorga a la patología ocasionada, como causa directa, por la ocurrencia de un desastre de tipo natural, como la avalancha, corrimiento de tierra, erupción volcánica, granizo, huracán, incendio forestal, inundación, sequía, terremoto, tormenta, tornado, tsunami.

Cobertura aplica para atenciones dentro del territorio nacional en red de centros filiados.

No se podrán hacer uso de los beneficios a consecuencia de un desastre natural: Gastos de sepelio, liberación del pago de primas por muerte del titular y Transporte por evacuación.

La cobertura se otorga según lo indicado en la Tabla de Beneficios de la presente póliza.

3.30. 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 medicamentos, hospitalizaciones y tratamientos por emergencias, dentro de la red de proveedores y bajo las condiciones estipuladas en la Tabla de beneficios.

ARTÍCULO 4°: PERIODO DE CARENCIA

LA COMPAÑÍA no pagará beneficio alguno dentro de los primeros treinta (30) días calendarios 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 período 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, 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 Periodo 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 periodo de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta Póliza.

5.1. 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 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.**

5.2. MATERNIDAD:

Podrán gozar de este beneficio:

- **Las mujeres ASEGURADAS sea ASEGURADA TITULAR o ASEGURADA DEPENDIENTE siempre que se encuentre asegurada un mínimo de dieciocho (18) meses consecutivos.**

5.3. ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS:

- **Periodo de espera veinticuatro (24) meses.**

5.4. TRASPLANTE DE ÓRGANOS y TEJIDOS:

- **Periodo de espera veinticuatro (24) meses.**

El periodo de espera, 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 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, sin perjuicio de los sublímites específica mente pactados en esta póliza. Queda entendido que los Beneficios Adicionales detallados en la Tabla de Beneficios sólo tendrán cobertura hasta los sublímites vigentes a la fecha de ocurrencia del accidente o enfermedad.

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

ARTÍCULO 7°: GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUIDOS

Este seguro no cubre los gastos derivados o relacionados con:

7.1. 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.

7.2. 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 lo señalado en la Tabla de Beneficios.

7.3. 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.

7.4. Sustancias exfoliativas, preparados, jabones, cremas neutras y bloqueadores solares, salvo justificación médica aceptada por LA COMPAÑÍA.

7.5. Aparatos ortopédicos, ortésicos, prótesis (salvo las prótesis internas hasta el máximo señalado en la tabla de beneficios), equipos mecánicos y electrónicos, medias para várices, nebulizadores.

7.6. Los procedimientos, medicamentos, equipos, insumos o tratamientos que carezcan de un beneficio clínico relevante frente a alternativas vigentes o sustentados en Medicina Basada en Evidencia con nivel de evidencia IIA. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimental, o en fase de periodo de prueba o investigación.

7.7. No se cubre la adquisición de anteojos, cristales, resinas y lentes de contactos. No están cubiertos los lentes intraoculares para el tratamiento de vicios de la refracción, cubriéndose solamente en el caso de catarata, los lentes monofocales.

7.8. Tratamiento y operaciones e carácter odontológico y/o cirugías bucales que afecten el componente estomatogmático; periodontitis, ortodoncia, gingivitis, a excepción de los causados por accidentes cubiertos por esta Póliza, salvo lo indicado en la cobertura otorgada en el numeral 3.14. No estarán cubiertas en casos de accidente, las prótesis de implantes dentales con los que contaba el ASEGURADO.

7.9. 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.

7.10. Productos de origen biológico, factores estimulantes de colonias, interferones, interleukinas, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosina, kinasa, antiangiogénicos, inhibidores proteosoma, injertos óseos, salvo lo indicado en la Tabla de Beneficios

7.11. Productos derivados de proteínas, hormonas y vitaminas, salvo lo indicado en la Tabla de Beneficios.

7.12. Inmunoterapia, lisados bacterianos en adultos inmunoestimulantes, desensilización o pruebas inmunoglobulinas, oligonucleóticos)

7.13. Compra de Sangre y derivados de plasma, albúmina, plaquetas y paquetes globulares.

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

7.15. Ningún gasto vinculado a la donación y/o transfusión de sangre, salvo lo señalado en la Cobertura de Trasplante de Órganos.

7.16. 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.

7.17. Lesiones producidas a sí mismo por EL ASEGURADO TITULAR o ASEGURADO DEPENDIENTE en forma voluntaria o estando mentalmente insano; así como los gastos que se generen por suicidio, intento de suicidio, peleas o riñas, excepto los casos de legítima defensa comprobada con documento policial.

7.18. Alopecia, menopausia, peri o premenopausia, climaterio.

7.19. Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.

7.20. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y las que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemia salvo lo indicado en la cobertura de Enfermedades Epidémicas.

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

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

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

7.24. Accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.

7.25. Cuidado pediátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, juanetes (hallux valgus), pies planos, arcos débiles y pies débiles. 7.26. 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. 7.27. Ningún gasto por concepto de vitaminas, reconstituyentes, minerales, vigorizantes, nutrientes, leches, alimentos industrializados de cualquier tipo, geriátricos, hierbas, roacután, minoxidil, somníferos, vacunas, tratamientos naturistas, quiropraxia, acupuntura y "Farmacopea China", aun cuando hubieren sido prescritas por médicos colegiados, salvo lo indicado en el numeral 3.25 y 3.26. 7.28. 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. 7.29. Tratamientos desensibilizantes para las alergias. 7.30. Terapia antiangiogénica para enfermedades maculares del ojo.
7.31. 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, futbol 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'. 7.32. 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. 7.33. Tratamientos o estudios u operaciones relacionadas con la infertilidad de cualquier tipo, impotencia o tratamientos con fines de esterilización o concepción, cirugía o tratamiento de varicocele, cambio de sexo, frigidez, inseminación artificial o implantación de embriones. 7.34. Procedimientos médicos o quirúrgicos de naturaleza preventiva ni tratamientos de rehabilitación de audición o lenguaje. 7.35. Gastos directos e indirectos por infecciones de transmisión sexual, venéreas, VIH, SIDA en cualquiera de sus formas y/o complicaciones, lesiones producidas durante prácticas sexuales de cualquier tipo, condiloma acuminado. 7.36. Cuidados de enfermeras especiales, a excepción de las primeras 48 horas posteriores a una intervención quirúrgica, siempre que sea indicado por el médico tratante y previa coordinación con LA COMPAÑÍA. 7.37. No se cubre sepelio de los no-natos. 7.38. 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.

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 hospitalaria y/o 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 CONTRATANTE ó el ASEGURADO haya cumplido con las cargas y obligaciones asumidas, las cuales se indican en el artículo 9° del presente Condicionado General. En ningún caso la indemnización dará lugar a ganancias a favor del 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.

8.3. 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.

8.4. 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. ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La carta de garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO 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. ATENCIÓN AMBULATORIA POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE

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

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

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

10.3. EMERGENCIA ACCIDENTAL

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

10.4. MATERNIDAD

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA. La misma que será la

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

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.

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

10.5. CONTROL DEL NIÑO SANO

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

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

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

10.6. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

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

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

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

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

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

10.7. ENFERMEDADES CONGÉNITAS NO CONOCIDAS

En caso de consulta ambulatoria El ASEGURADO debe elegir la clínica y el médico de su preferencia dentro de la red de clínicas afiliadas. Presentar en la recepción de la clínica su carné y/o DNI.

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

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

La carta de garantía es la autorización escrita que LA COMPAÑÍA otorga para realizar la atención médica luego de validar que la cobertura y el procedimiento sean los adecuados según el diagnóstico presentado. La carta de garantía incluirá los gastos por servicios de la clínica, los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el ASEGURADO TITULAR y/o los ASEGURADOS 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.

10.8. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

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

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

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

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

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

10.9. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO

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

10.10. SEPELIO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, se pagarán los gastos de sepelio según lo indicado en la Tabla de Beneficios.

Para la atención vía crédito, EL CONTRATANTE o BENEFICIARIO se comunicará a nuestra Central de Asistencia SI24 en Lima al Teléf. 213-3333 y Provincias al Teléf. 0801-1-1133 para informar sobre la ocurrencia del siniestro y solicitar la cobertura. Seguidamente, EL CONTRATANTE o BENEFICIARIO deberá presentar la copia certificada del certificado de defunción respectivo al proveedor del servicio de sepelio.

El proveedor del servicio de sepelio solicitará a LA COMPAÑÍA una carta garantía presentando el certificado de defunción vía correo electrónico al área de cartas de garantía de LA COMPAÑÍA.

La carta de garantía será expedida por LA COMPAÑÍA en el breve plazo, el mismo que no excederá de veinticuatro (24) horas de efectuada su solicitud.

En caso de reembolso, se deberán presentar los siguientes documentos a nuestras oficinas a nivel nacional (detalladas en nuestra página web: http://www.mapfre.com.pe/nuestras-oficinas.

1. **Original o Certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción, donde se indique la causa del fallecimiento, firmado por médico que constata la muerte, según corresponda.**
2. **Copia certificada del Atestado Policial, Protocolo de Necropsia y resultado del examen toxicológico, en caso de muerte por accidente y en caso corresponda, que deberán ser gestionadas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.**
3. **Copia simple del DNI del solicitante del servicio.**
4. **Original de la factura o boleta a nombre de LA COMPAÑÍA por concepto de servicios funerario y de sepelios.**

LA COMPAÑÍA, recibirá la solicitud de reembolso y los comprobantes generados por los gastos de los servicios de sepelio.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar aclaraciones o precisiones respecto a la información anteriormente otorgada, la misma deberá ser solicitada dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) que tiene LA COMPAÑÍA para aceptar o rechazar el siniestro. Si la empresa no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días mencionado se entenderá que el siniestro ha quedado consentido. Una vez consentido el siniestro LA COMPAÑÍA pagará la indemnización en un plazo no mayor a treinta (30) días de aprobado o consentido el siniestro. Lo señalado en este párrafo no aplica cuando el siniestro es cubierto vía crédito.

10.11. SEGURO DE PRIMA POR MUERTE DE TITULAR

El ASEGURADO DEPENDIENTE deberá solicitar este servicio a través de nuestra Central de Asistencia SI24 al Teléf. 213-3333.

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

- **Certificado original de defunción.**

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

10.12. COBERTURA POR TERRORISMO

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

10.13. OFTALMOLOGÍA

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

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

Pagar el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada

10.14. ODONTOLOGÍA

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

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

10.15. 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.

10.16. ATENCIÓN MÉDICA A DOMICILIO

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

- **Perú**

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

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

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

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

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

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

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

10.17. SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICA

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

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

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

10.18. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

Las coordinaciones se realizarán a través de nuestra Central de Asistencia en Lima al Teléf. 213-3333, previa identificación mediante DNI o carné de asegurado. Estos servicios se brindan las 24 horas del día los 365 días del año.

10.19. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

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

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

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

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

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

El proveedor solicitará una carta de garantía a LA COMPAÑÍA.

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

10.20. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

Para poder afiliarse al programa médico de Enfermedades Crónicas, EL ASEGURADO cuenta con las siguientes opciones para iniciar el proceso de inscripción:

- **Comunicarse con nuestra Central de Asistencia, llamando al Telf. 2133333.**
- **Comunicarse con nuestro correo afiliacioncronicos@mapfre.com.pe**
- **Comunicarse con nuestro whatsapp, escribiendo al Telf. 999-919-133**

Para finalizar el proceso de afiliación, El ASEGURADO deberá completar el formato inscripción y enviarlo a la dirección: afiliacioncronicos@mapfre.com.pe

Este programa tiene cobertura a domicilio dentro de los límites geográficos especificados en la Tabla de Beneficios.

Para retirarse de este programa, EL ASEGURADO dispone de los mismos canales de comunicación utilizados para la afiliación.

10.21. CIRUGÍA EXIMER LÁSER

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

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

Pagar el deducible y coaseguro indicada en la Tabla de Beneficios.

10.22. ONCOLOGÍA

En caso el ASEGURADO requiera una atención oncológica amparada por la póliza, ésta 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 COMPAÑÌA.

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.

10.23. NUTRICIÓN EN CONSULTORIO

El ASEGURADO debe elegir el centro médico de su preferencia dentro de la red de proveedores afiliados.

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

Pagar el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.24. SERVICIO DE PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

El ASEGURADO debe elegir el centro médico de su preferencia dentro de la red de proveedores afiliados.

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

Pagar el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.25. ACUPUNTURA Y HOMEOPATÍA

El ASEGURADO debe elegir el centro médico de su preferencia dentro de la red de proveedores afiliados.

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

Pagar el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada

10.26. MEDICINA QUIROPRÁCTICA

El ASEGURADO debe elegir el centro médico de su preferencia dentro de la red de proveedores afiliados.

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

Pagar el deducible y coaseguro correspondiente a la atención brindada.

10.27. TERAPIA BIOLÓGICA

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 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 el costo de la terapia, siempre y cuando la atención esté cubierta.

10.28. BOTOX PARA CASOS TERAPÉUTICOS

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 terapia, siempre y cuando la atención esté cubierta.

10.29. DESASTRES NATURALES

El ASEGURADO usará este beneficio en las Clínicas de la red proveedores para tratamiento de accidentes ocasionados por los desastres naturales indicados en la cobertura 3.29. previa presentación de su carné y/o DNI.

En general, El ASEGURADO podrá realizar seguimiento a su solicitud de cobertura a través de los siguientes medios:

- **Atención al Cliente SI24, las 24 horas, al teléfono 213-3333 (Lima) y 0801-1-1133 (Provincia) o vía WhatsApp al 999-919-133.**
- **Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en nuestra página web: http://www.mapfreperu.com/contactanos**

ARTÍCULO 11º: CALCULO DE LA PRIMADEL SEGURO

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

13.1. 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.

13.2. CONVERSIÓN LEGAL

No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, LA COMPAÑÍA comunicará al CONTRATANTE que la póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la suma asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio promedio ponderado venta que publica la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones correspondiente, a la fecha del inicio de la vigencia de la norma jurídica que disponga dicha restricción o limitación.

ARTÍCULO 14º: TERRITORIALIDAD

Salvo pacto en contrario, esta póliza solamente resulta exigible respecto a la atención médica del 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.mapfreperu.com/trebol-salud, en donde se encuentran publicados los productos comercializados por LA COMPAÑÍA, y asimismo hatenido previamente a su disposición la folletería informativa de la Póliza de Seguro contratada.

AE0746410050 - 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