



SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL TRÉBOL SALUD GLOBAL

CLÁUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA

LA COMPAÑÍA emite la Póliza de Seguro para cubrir los gastos médicos del CONTRATANTE y/o ASEGURADO en los términos especificados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El contrato de seguro se registrará por los términos y según las siguientes Cláusulas Generales de Contratación:

1. DEFINICIONES

a) Accidente

Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

b) Accidente serio: se considera como tal a toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica en menos de veinticuatro (24) horas compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

c) Asegurado

Persona natural que tiene derecho a las coberturas del seguro. Dentro de esta denominación se incluye a sus Dependientes siempre que se encuentren identificados como tales en las Condiciones Particulares.

d) Atención al crédito

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá hacer uso de su seguro en cualquier proveedor médico afiliado a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA, pagando solamente los deducibles y/o coaseguros que se establezca en la tabla de beneficios y gastos no cubiertos por la póliza.

e) Atención a reembolso

Bajo este sistema el ASEGURADO podrá atenderse fuera de la red de proveedores médicos afiliados a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA por lo cual puede no reconocerse la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO.

El límite de gastos se especifica en las Condiciones Generales de la Póliza.

f) Buena salud

No adolecer de enfermedad o dolencia preexistente.

g) Coaseguro

Porcentaje del gasto que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado a la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Coaseguros se especifican en las demás Condiciones de la Póliza.

h) Contratante

Persona natural o jurídica que toma el seguro, ya sea a su favor, en cuyo caso será también el ASEGURADO, o a favor de otra persona. Es el obligado al pago de la prima, salvo pacto en contrario, y con quien se convienen las condiciones del seguro.

i) Culpa inexcusable

Incorre en culpa inexcusable quien por negligencia grave no ejecuta la obligación.

j) Declaración de Salud

Descripción veraz, completa y exacta que debe realizar el ASEGURADO, respecto de su estado de salud y del estado de salud de sus dependientes.

La Declaración de Salud, deberá realizarse en los formatos o documentos que sean provistos por LA COMPAÑÍA, pudiendo encontrarse como parte de la solicitud de seguro.

k) Deducible

Monto fijo que el ASEGURADO debe pagar directamente cada vez que asiste al proveedor médico afiliado de la red de LA COMPAÑÍA en el momento en que se le brindan los servicios cubiertos, ya sea en una atención ambulatoria o en un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican deducibles se especifican en las Condiciones Particulares. Una misma atención puede estar afectada a deducibles y Coaseguro.

l) Dependiente

Serán las personas designadas como tales en el Condicionado General del producto.

La identificación de los Dependientes, debe figurar en las Condiciones Particulares de la Póliza.

m) Días

Cuando se establezca la mención a días, éstos deben considerarse días calendarios, excepto que se establezca lo contrario.

n) Dolo

Procede con dolo quien deliberadamente no ejecuta la obligación.

o) Enfermedad

Toda alteración del estado de salud, de causa no accidental.

p) Exclusiones

Circunstancias y/o causas no cubiertas por el seguro. Se encuentran expresamente indicadas en las demás Condiciones de la Póliza.

q) Interés Asegurable

Requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su salud y patrimonio.

r) LA COMPAÑÍA

Mapfre Perú Compañía de Seguros y Reaseguros.

s) Periodo 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 ocurran o que le sean diagnosticadas al ASEGURADO dentro del periodo de carencia no serán cubiertas durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, ni en sus renovaciones, considerándose éstas como excluidas de cobertura.

El periodo 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 artículo 29º de la presente Clausula General de Contratación.

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29º de la presente Clausula General de Contratación.

t) Periodo 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 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. Durante el periodo de espera los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera, no serán considerados como gastos cubiertos bajo el seguro contratado.

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29º de la presente Clausula General de Contratación.

El periodo de espera no afectará la continuidad en los casos que se haya contratado un seguro de asistencia médica o plan médico EPS previo, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29º de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

u) Póliza

Se entiende el presente contrato de Seguro, constituido por la solicitud de Seguro, estas Cláusulas Generales de Contratación, las Condiciones Generales del Riesgo asegurado, las Condiciones Particulares, Especiales, Adicionales, endosos y anexos, así como los demás documentos que contienen declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE o ASEGURADO con ocasión de la contratación del Seguro.

v) 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.

w) Prima

Valor determinado por LA COMPAÑÍA como precio del seguro. Debe ser pagado en la forma y con la periodicidad establecida en las Condiciones Particulares o en el Convenio de Pago que forma parte de la Póliza, a efectos de mantener vigente el contrato de seguro, así como las coberturas contempladas en él.

x) Siniestro

Ocurrencia o materialización de(los) riesgo(s) amparado(s) por la Póliza.

y) Solicitud de cobertura

Pedido de la cobertura contenida en la Póliza que es efectuado ante LA COMPAÑÍA por la ocurrencia de un siniestro.

z) Solicitud de seguro

Documento o medio escrito o de cualquier otra naturaleza, que es suministrado por LA COMPAÑÍA, a través del cual se permita comprobar que existe la aceptación del CONTRATANTE a contratar el seguro. En la solicitud de seguro se identifica entre otros al ASEGURADO, se define el tipo de seguro, así como la prima y contiene la Declaración de Salud de los potenciales asegurados, como mínimo.

2. CONTRATO DE SEGURO

El Contrato de Seguro es el acuerdo de voluntades por medio del cual LA COMPAÑÍA se obliga, mediante el cobro de la prima, a asumir los gastos por las coberturas convenidas, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza de seguro; en caso se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

La Póliza está formada por: Estas Cláusulas Generales de Contratación, Condiciones Generales del Riesgo asegurado, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, endosos y documentos que contienen declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE o ASEGURADO con ocasión de la contratación del seguro. En caso de producirse discrepancias entre las Cláusulas Generales de Contratación y las Condiciones Generales del Riesgo asegurado, prevalecerán estas últimas. Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales y las Condiciones Especiales sobre todas las anteriores.

Las cláusulas manuscritas o mecanografiadas predominan sobre las impresas. Para

que las cláusulas manuscritas sean consideradas válidas, deberán contar con la firma y sello de quien las redactó y la fecha en que se produjo tal redacción

3. OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, LA COMPAÑÍA se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro a reparar las consecuencias económicas producidas por la enfermedad y/o accidente del ASEGURADO y sus Dependientes inscritos en la Póliza.

La prestación de LA COMPAÑÍA podrá consistir en (i) el reembolso al ASEGURADO de los gastos derivados de la asistencia médica, (ii) una indemnización a suma alzada o periódica en caso de invalidez temporal o permanente, o de otras circunstancias acordadas en la Póliza; o (iii) en garantizar al ASEGURADO y sus Dependientes los servicios de asistencia médica poniendo a su disposición dichos servicios y asumiendo directamente su costo, conforme sea establecido en las demás Condiciones de la Póliza.

En las demás Condiciones de la Póliza se fijará el tipo de prestación, las coberturas, los periodos de carencia y/o de espera que resulten aplicables, las exclusiones, la prima y su forma de pago, y en general los límites y condiciones de las coberturas ofrecidas por LA COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalado en el Convenio de Pago

4. BASES DEL CONTRATO

La presente Póliza se emite teniendo como base la información proporcionada por el CONTRATANTE en la Solicitud de Seguro y en la Declaración de Salud, así como en las declaraciones adicionales que le hayan sido requeridas para la debida evaluación del riesgo

La cobertura de la Póliza está sujeta a que LA COMPAÑÍA haya aprobado la Solicitud de Seguro y el CONTRATANTE haya cumplido con pagar la prima o aceptado el Convenio de Pago obligándose a pagarla, con excepción a lo pactado en el segundo párrafo del numeral 8 de las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

La póliza y sus eventuales endosos acordados por las partes son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

En caso la Póliza se origine como consecuencia de una propuesta u oferta realizada por LA COMPAÑÍA, y el contenido de esta Póliza difiera de dicha propuesta u oferta, la diferencia se considera tácitamente aceptada por el CONTRATANTE si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido la Póliza. Esta aceptación se presume sólo cuando LA COMPAÑÍA advierte al CONTRATANTE, en forma detallada y mediante documento adicional y distinto a la Póliza, que existen estas diferencias y que dispone de treinta (30) días para rechazarlas. Si la referida advertencia es omitida

por LA COMPAÑÍA, se tendrán las diferencias como no escritas, salvo que sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

5. DECLARACIONES

El ASEGURADO está obligado a llenar y completar debidamente la Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud o cuestionarios médicos que le suministre LA COMPAÑÍA. En el caso de contratación de seguros mediante mecanismos de comercialización a distancia, cuando el marco regulatorio permita la contratación a través de dicho mecanismo, el ASEGURADO estará obligado a proporcionar información veraz sobre su estado de salud.

La exactitud y veracidad de estas declaraciones, es determinante para la aceptación del riesgo por parte de LA COMPAÑÍA, así como para la emisión de la Póliza y el cálculo de la prima correspondiente.

Las declaraciones inexactas de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tienen efecto sobre la validez del contrato en tanto medie dolo o culpa inexcusable, conforme a lo establecido en las presentes Cláusulas Generales de Contratación.

6. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA brindará al ASEGURADO las coberturas del seguro en la forma y bajo los términos y condiciones establecidos en las demás Condiciones de la Póliza. **El seguro contempla exclusiones o gastos no cubiertos por LA COMPAÑÍA los cuales se especifican en las demás Condiciones de la Póliza**

7. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

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

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

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

Cuando LA COMPAÑÍA considere incorporar modificaciones en la prima o en cualquier otra condición del seguro, deberá cursar aviso por escrito al CONTRATANTE detallando los cambios en caracteres destacados con una anticipación no menor de cuarenta y cinco (45) días al término de la vigencia. El

CONTRATANTE tiene un plazo no menor de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia de la Póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por LA COMPAÑÍA. En caso la propuesta de modificaciones se tenga por aceptada, se emitirá la póliza consignando las modificaciones realizadas en caracteres destacados.

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

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

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

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

8. INICIO DE LA COBERTURA

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

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

9. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

Resolución:

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

a) Por decisión unilateral y sin expresión de causa de parte del CONTRATANTE, sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medio que usó para la contratación del seguro, siempre que sea fehaciente, puede resolver su Póliza. De igual forma, en caso de seguros grupales, EL ASEGURADO, por decisión unilateral y sin expresión de causa, y sin más requisito que una comunicación a LA COMPAÑÍA, puede resolver su Certificado.

En tal supuesto, la resolución se ejecuta de manera inmediata y a LA COMPAÑÍA le corresponde la proporción de la prima por el período efectivamente cubierto.

b) Por falta de pago de la prima, en caso LA COMPAÑÍA opte por resolver la Póliza o Certificado durante la suspensión de la cobertura del seguro. El Contrato de Seguro se considerará resuelto en el plazo de treinta (30) días contados a partir del día en que el CONTRATANTE recibe una comunicación escrita de LA COMPAÑÍA informándole sobre esta decisión. LA COMPAÑÍA tendrá derecho al cobro de la prima de acuerdo a la proporción correspondiente al período efectivamente cubierto.

c) Por agravación del riesgo, en caso la COMPAÑÍA decida resolver el contrato de seguro ante la comunicación escrita realizada por el ASEGURADO o CONTRATANTE en la que le comunique circunstancias de agravación del riesgo o tome conocimiento de dicha agravación por otros medios. La COMPAÑÍA contará con un plazo de quince (15) días contados desde la recepción de la comunicación para manifestar su voluntad de resolver el contrato o desde que toma conocimiento de la agravación, indicando en dicha comunicación la fecha de efecto de la resolución del contrato.

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

i) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurren en la omisión o demora sin culpa inexcusable.

ii) Si la agravación del riesgo no influye en la ocurrencia del siniestro ni sobre la medida de la prestación a cargo de LA COMPAÑÍA.

iii) Si no ejerce el derecho a resolver o a proponer la modificación del Contrato de Seguro en el plazo previsto en el presente literal.

iv) LA COMPAÑÍA conozca la agravación, al tiempo en que debía hacerse la denuncia.

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

d) Por presentación de Solicitud de Cobertura fraudulenta o apoyada en documentos o declaraciones falsas presentadas por el ASEGURADO se procederá la resolución. Sin Perjuicio de ello, LA COMPAÑÍA procederá con la evaluación correspondiente a la viabilidad del pago de la cobertura dentro de un plazo máximo de treinta (30) días desde presentada la documentación para la solicitud de cobertura.

e) Por reticencia y/o declaración inexacta no dolosa cuando LA COMPAÑÍA haya hecho un ofrecimiento de revisión del contrato al CONTRATANTE y éste no haya aceptado el referido ajuste, conforme a lo establecido en el artículo 10° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación. Durante la vigencia de la Póliza o el Certificado, la resolución del Contrato de Seguro podrá ser solicitada por:

A) EL CONTRATANTE en caso de resolución unilateral y sin expresión de causa, conforme a lo establecido en el literal a) del presente artículo. En caso de seguros grupales, por EL ASEGURADO, conforme a lo establecido en el literal a) del presente artículo.

B) LA COMPAÑÍA en caso presentarse cualquiera de las causales señaladas en los literales b) al e) precedentes.

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

En cualquiera de las situaciones anteriores señaladas en los literales a), c), d) y e), LA COMPAÑÍA deberá cursar una comunicación al CONTRATANTE, detallando el monto a devolver, por cualquiera de los medios de comunicación pactados según lo establecido en el artículo 17° de las presentes Cláusulas Generales de Contratación, en caso corresponda reembolsar al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada por periodos posteriores o adelantados.

LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque, que estará a disposición del beneficiario, en el plazo de treinta (30) días contados desde la solicitud de resolución de LA COMPAÑÍA o del CONTRATANTE, según corresponda. En caso de seguros

colectivos en los cuales EL ASEGURADO haya asumido el cargo de la prima, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abono a favor del ASEGURADO, previa coordinación.

Para los seguros masivo y no masivo y, siempre y cuando corresponda la devolución de primas en función al plazo no transcurrido, esta será efectuada por la Compañía dentro del plazo de treinta (30) conforme a lo indicado en el párrafo anterior.

Nulidad:

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

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

- a) Hubiera tomado el seguro sin contar con interés asegurable.**
- b) Si al tiempo de la celebración se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca.**
- c) Por reticencia y/o declaración inexacta -, si media dolo o culpa inexcusable del CONTRATANTE y/o ASEGURADO de circunstancias por ellos conocidas, que hubiesen impedido el Contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo.**

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

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

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

En caso corresponda devolver al CONTRATANTE lo referente a la prima pagada, LA COMPAÑÍA procederá a emitir un cheque o abonar en cuenta, en el plazo de treinta (30) días contados desde la recepción de la comunicación mediante la cual LA COMPAÑÍA comunicó su decisión de invocar la nulidad a EL

CONTRATANTE. En caso de seguros colectivos en los cuales **EL ASEGURADO** haya asumido el cargo de la prima, **LA COMPAÑÍA** procederá a emitir un cheque o abono a favor del **ASEGURADO**, previa coordinación.

Terminación:

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

a) Al fallecimiento del ASEGURADO.

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

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

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

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

10. RETICENCIA Y/O DECLARACIÓN INEXACTA

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

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

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

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

i. Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, **LA COMPAÑÍA** presentará al Contratante una propuesta de revisión de la Póliza dentro del plazo de treinta (30) días computados desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá

un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días. Si la revisión es aceptada el reajuste de la prima se paga según lo acordado. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento del Contratante respecto de la revisión de la Póliza, LA COMPAÑÍA podrá resolver la Póliza de Seguro, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijados en el párrafo precedente. Corresponden a LA COMPAÑÍA las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

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

11. PRIMA

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

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

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

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

12. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA Y AJUSTE

El monto de la prima a pagar por el Contratante se determina en base a la edad

declarada, las respuestas brindadas en el cuestionario de salud contenido en la Declaración de Salud, a la siniestralidad del programa y a los costos de los proveedores médicos

En las demás Condiciones de la Póliza se establece la estimación referencial de la evolución en el tiempo del importe de la prima, así como los criterios técnico – financieros y supuestos actuariales para realizar el ajuste de las primas correspondientes en cada vigencia o renovación de la Póliza.

13. REHABILITACION

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

14. SOLICITUD DE COBERTURA

El procedimiento para atender las solicitudes de cobertura se establecerá en las demás Condiciones de la Póliza

15. SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

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

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

16. INFORMACIÓN MÉDICA E HISTORIA CLÍNICA

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

poder, en el momento que lo requiera LA COMPAÑÍA

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

17. COMUNICACIONES Y DOMICILIO DE LAS PARTES

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

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

18. MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

19. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

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

20. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El ASEGURADO tiene derecho de acudir a la Defensoría del ASEGURADO ubicada en Calle Amador Merino Reyna 307, Piso 9, San isidro, Lima, Teléfono 421 0614, y

página web www.defaseg.com.pe, para resolver las controversias que surjan entre él y LA COMPAÑÍA sobre la procedencia de una solicitud de cobertura, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del ASEGURADO, cuyo fallo final es de carácter vinculante, definitivo e inapelable para LA COMPAÑÍA

El ASEGURADO debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de los derechos de los asegurados, mediante la solución de controversias que estos últimos sometan para su pronunciamiento, dentro de su ámbito de competencia.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro.
- c) Procede solo para atender reclamos formulados por asegurados, personas naturales y jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000 (o su equivalente en moneda nacional) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de atención de reclamos en LA COMPAÑÍA.
- d) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de dos (2) años computados a partir del día siguiente de la notificación en que es denegada la pretensión por LA COMPAÑÍA.
- e) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de treinta (30) días hábiles después de haber dado a ambas partes la posibilidad de ser escuchadas. La resolución no obliga al el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro, ni limita su derecho a recurrir posteriormente al órgano jurisdiccional.
- f) La resolución emitida es vinculante y obligatoria para LA COMPAÑÍA cuando ésta es aceptada por el ASEGURADO, EL CONTRATANTE y los beneficiarios de los servicios de seguro, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de notificada.

21. TRIBUTOS

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

22. SUBROGACIÓN

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

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO es responsable de todo acto que perjudique a

LA COMPAÑÍA en el ejercicio del derecho de subrogación.

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

23. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

Consultas

- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, de la consulta.
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Atención de Consultas” Reclamos y Requerimientos
- Comunicación dirigida al Presidente del Grupo MAPFRE PERÚ (en papel membretado en caso de ser persona jurídica), indicando: tipo de solicitante, nombre completo, documento de identidad, domicilio, teléfono, correo electrónico, número de póliza de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- “Libro de Reclamaciones Virtual”, que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑÍA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o requerimiento
- A través de la página Web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y Requerimientos).

La respuesta al reclamo, será remitida al usuario en un plazo máximo de quince (15) días hábiles de presentada la comunicación a LA COMPAÑÍA. 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, y luego de que LA COMPAÑÍA haya realizado las gestiones correspondientes para ubicar a la persona conforme a los datos con los que cuenta, se le tendrá por atendido y archivado.

24. DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

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

intermediación de un corredor de seguros que haya empleado mecanismos a distancia, o fuera del local de LA COMPAÑÍA o sin que medie la intermediación de un corredor de seguros o de un promotor de seguros, cuando el marco regulatorio permita la contratación de este producto a través de dichos mecanismos, o por medio de comercializadores, incluyendo bancaseguros, el CONTRATANTE en caso de contratación individual o el ASEGURADO en caso de contratación grupal, tiene derecho de arrepentimiento, el cual no está sujeto a penalidad alguna, empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios que usó para la contratación del seguro, así como los demás canales que la Compañía ponga a disposición para tal fin, en cuyo caso podrá resolver el presente contrato de seguro sin expresión de causa dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la Póliza en el caso de un seguro individual o del Certificado en el caso de un seguro grupal, o la nota de cobertura provisional, debiendo LA COMPAÑÍA devolver el monto de la prima recibida.

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

25. DATOS PERSONALES

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

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

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

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

Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente con las finalidades indicadas anteriormente a otras empresas aseguradoras y reaseguradoras, así como a otras personas naturales o jurídicas con las que las empresas del Grupo MAPFRE mantienen o suscriban acuerdos de colaboración,

respetando el cumplimiento de la legislación peruana sobre protección de datos de carácter personal.

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

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

26. OFERTA A TRAVÉS DE COMERCIALIZADORES

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

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

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

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

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

27. PÓLIZA ELECTRÓNICA

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

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

28. CAMBIO DE CONDICIONES CONTRACTUALES

Durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA no puede modificar los términos

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

29. TRATAMIENTO DE PREEXISTENCIA PARA ASEGURADOS PROVENIENTES DE OTROS SEGUROS

- a. Las enfermedades preexistentes están cubiertas dentro del sistema de seguros y de EPS, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. La presente Póliza no considerará enfermedad preexistente aquella que se haya generado, o por la que el ASEGURADO, haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguros dentro del sistema de seguros o EPS peruano que cubrió el periodo inmediatamente anterior, considerando como plazo máximo de ciento veinte (120) días en el caso de un seguro previo o sesenta (60) días como plazo máximo en el caso de una EPS previa, contados a partir del término del contrato anterior, para la contratación del nuevo seguro.
- b. En caso que las sumas aseguradas en el seguro médico previo para dichas enfermedades preexistentes sean inferiores a los beneficios de esta PÓLIZA, se sub limitarán a las sumas aseguradas del plan anterior.
- c. Las enfermedades preexistentes están cubiertas, como mínimo, hasta los límites del contrato original o anterior. Para los beneficios con una suma asegurada de por vida, sólo se brindará cobertura por el capital ASEGURADO no consumido por EL ASEGURADO al momento de la contratación de la PÓLIZA.

30. LEY APLICABLE

El presente contrato se interpretará de acuerdo con las leyes de la República del Perú.





SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL TRÉBOL SALUD GLOBAL

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. ACCIDENTE: Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

1.2. ACCIDENTE SERIO: se considera como tal a toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica en menos de 24 horas compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

1.3. ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible y que se encuentran enumeradas en el capítulo de exclusiones de la póliza.

1.4. 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. El término "ASEGURADO" incluye al ASEGURADO TITULAR y a todos los DEPENDIENTES cubiertos bajo esta póliza siempre que se encuentren identificados como tales en las Condiciones Particulares.

1.5. AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

1.6. ASEGURADO TITULAR: Persona natural que, perteneciendo al grupo asegurado, es elegible para la cobertura otorgada por la póliza y no es catalogado como DEPENDIENTE.

1.7. 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. Al renovarse el Plan de Beneficios se rehabilitará el beneficio máximo anual.

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

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

1.8.2. 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.

1.8.3. 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.

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

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

1.8.6. La red de proveedores para procedimientos de trasplantes comprende un grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de LA COMPAÑÍA con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al ASEGURADO. La lista de hospitales y médicos dentro de la red de proveedores para procedimientos de trasplante está disponible en el sitio web www.Bupalud.com/red-de-salud.

1.9. COASEGURO: El coaseguro es el porcentaje de los GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS que el ASEGURADO debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en la TABLA DE BENEFICIOS, fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.

1.10. COASEGURO MÁXIMO: El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el ASEGURADO debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que LA COMPAÑÍA pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo se alcanza cuando el ASEGURADO ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro que se indica en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

1.11. 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.

1.12. CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de **ASEGURADO. EI CONTRATANTE** es el único que puede solicitar enmiendas a la Póliza.

1.13. 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.

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

1.15. COVID-19: Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). La presencia de la enfermedad se evidencia por un diagnóstico positivo de COVID-19 obtenido a través de pruebas de diagnóstico.

1.16. DEDUCIBLE: El deducible individual es la cantidad de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el ASEGURADO antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario.

1.17. DEPENDIENTE: son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud por EL TITULAR y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

1.18. DONANTE: Significa la persona viva o fallecida que cede uno o más órganos, células o tejido para ser ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor), o para ser recibido por un centro de trasplante.

1.19. EMERGENCIA ACCIDENTAL: Toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica en menos de veinticuatro (24) horas compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

1.20. 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.

1.21. ENFERMEDAD(es) CONGÉNITA(s): Se considera enfermedad congénita, toda aquella enfermedad adquirida durante el periodo embrionario-fetal, como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, la cual puede manifestarse y diagnosticarse antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del 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.

1.22. EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

1.23. 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.

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

A. 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

B. Que no se adhiere a las pautas de práctica estándar de la Institución de Salud Gubernamental donde se esté llevando el tratamiento

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

Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Institución de Gubernamental de Salud donde se esté llevando el tratamiento a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otras entidades gubernamental, estatales, federales o académicas competentes reconocidas por la COMPAÑÍA.

1.25. FRACASO DE PRIMERA LINEA: Se entiende que ha habido fracaso de primera línea cuando después de la aplicación de un tratamiento para una patología

específica, los síntomas persisten, optándose por un segundo tratamiento distinto al primero.

1.26. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: Se refiere a aquellos gastos incurridos por el ASEGURADO y que serían cubiertos por la póliza siempre que así lo indique la TABLA DE BENEFICIOS, aun cuando dichos gastos sean aplicados al deducible.

1.27. 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:

1.
 - a. **Descanso;**
 - b. **Cuidados de custodia;**
 - c. **Cuidados de enfermería;**
 - d. **Cuidado de ancianos;**
 - e. **Condiciones nerviosas y condiciones mentales.**

1.28. LA COMPAÑÍA: MAPFRE PERU CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS

1.29. MÉDICO O DOCTOR: 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. El término “médico” o “doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología, bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el el servicio, y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente.

1.30. MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: Significa que un tratamiento, servicio, medicamento o estancia en un Hospital (o parte de una estancia en un Hospital):

- a. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o emergencia médica de la persona asegurada; y
- b. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado, necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado; y
- c. Ha sido prescrito por un médico y aprobado y coordinado por LA COMPAÑÍA; y
- d. 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
- e. 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.

El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- a. Es proporcionado solamente como una conveniencia para el ASEGURADO, la familia del ASEGURADO o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite), o
- b. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del ASEGURADO, o
- c. Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- d. Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o
- e. Es calificado como cuidado asistencial.

1.31. MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS:

Son medicamentos con un alto costo unitario y cuyo costo total mensual supera los 500 (quinientos) dólares americanos. Dichos medicamentos tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital y son prescritos y supervisados por un especialista para el tratamiento de condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera línea.

1.32. MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

1.33. 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).

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

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

1.36. PAÍS DE RESIDENCIA: El país en el que el ASEGURADO titular ha manifestado en el formulario de solicitud que mantiene su residencia física, o en su defecto su país de origen, o el lugar que hubiese informado posteriormente a LA COMPAÑÍA por escrito.

1.37. PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

1.38. PERÍODO DE ESPERA GENERAL: El período de tiempo durante el cual el ASEGURADO no contara con ningún beneficio, excepto las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

1.39. PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO: El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el ASEGURADO no podrá presentar una solicitud de cobertura por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios.

1.40. PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN O DE INTERNAMIENTO: Significa el período mínimo de veinticuatro (24) horas, que comienza en la fecha de ingreso del ASEGURADO a un Hospital o Centro de Trasplante para recibir atención médica o quirúrgica y termina el día en el que el ASEGURADO es dado de alta del Hospital o Centro de Trasplante.

La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

1.41. PREEXISTENCIA: Se entiende por preexistencia, cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud.

1.42. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas diagnósticas médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

1.43. PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre o médula ósea o tejido) es implantado de

una persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

1.44. 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.

1.45. RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido cubierto bajo esta Póliza.

1.46. CHEQUEO MÉDICO ANUAL: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

1.47. 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 lista vigente de proveedores puede consultados en www.bupasalud.com/red-de-salud

1.48. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

1.49. SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

1.50. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

1.51. SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semiprivadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el ASEGURADO que ha sido hospitalizado. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.

1.52. SOLICITUD: Declaración por escrito en un formulario suministrado por LA COMPAÑÍA llenada por EL TITULAR solicitante con información personal y médica sobre sí mismo y sus DEPENDIENTES, usada por LA COMPAÑÍA para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier

historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, LA COMPAÑÍA antes de la emisión de la póliza.

1.53. SUBLÍMITE MÁXIMO DE POR VIDA: Se entiende que es el máximo pago que LA COMPAÑÍA asumirá en tanto el seguro se encuentre en vigor. No existe restitución de suma asegurada para estos beneficios, indicados en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

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

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

1.56. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia no serán cubiertos bajo este beneficio.

1.57. 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.

1.58. USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que LA COMPAÑÍA considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevaecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

ARTÍCULO 2º: PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES

2.1. Se denomina ASEGURADO TITULAR a la persona incorporada como tal en esta PÓLIZA siempre y cuando no haya cumplido los sesenta y nueve (69) años al momento de la inscripción y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.

2.2. Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:

- a. AI CÓNYUGE o CONVIVIENTE del ASEGURADO TITULAR siempre y cuando no haya cumplido los sesenta y nueve (69) años al momento de su inscripción.

- b. A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del ASEGURADO TITULAR, siempre que no hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad al momento de la inscripción.

2.3. Para gozar del beneficio que otorga esta PÓLIZA, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, TITULAR y DEPENDIENTES, sean residentes y vivan permanentemente en el Perú, un mínimo de 180 días durante el año de vigencia.

En caso no se cumpla con esta condición, se suspenderán las coberturas en el extranjero hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza. Esta cobertura se reactivará una vez que renueve la nueva vigencia, en tanto cumpla con la condición de residencia. Esta póliza no está disponible para ni puede ser emitida a personas que residen permanentemente en los Estados Unidos de América.

2.4. Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO TITULAR como para su CÓNYUGE o CONVIVIENTE sólo se aplicarán en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la PÓLIZA

2.5. Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO TITULAR como para su CÓNYUGE o CONVIVIENTE en el momento de la inscripción, no aplicarán cuando el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de un contrato de seguros con cobertura internacional dentro del sistema asegurador peruano que cubrió el periodo inmediatamente anterior, según las condiciones y plazos estipulados en el Artículo 7 del presente documento.

2.6. El límite de permanencia para los hijos como ASEGURADOS DEPENDIENTES será hasta antes de cumplir los veinticinco (25) años. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de LA COMPAÑÍA. No obstante, a lo antes indicado, el hijo DEPENDIENTE podrá solicitar a LA COMPAÑÍA la emisión de una nueva PÓLIZA con un deducible igual o mayor bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior, bajo la calidad de ASEGURADO TITULAR. LA COMPAÑÍA otorgará el beneficio de continuidad de enfermedades preexistentes generadas durante la vigencia de la presente PÓLIZA, siempre que se cumplan con los plazos indicados en la normativa vigente.

ARTÍCULO 3º: COBERTURA GEOGRÁFICA

La cobertura de la presente póliza es estrictamente de carácter internacional, **no se brindará cobertura a los ASEGURADOS sobre ningún beneficio, detallado en la Tabla de Beneficios, dentro del territorio de la República del Perú (en adelante Perú).** El alcance de la cobertura geográfica dependerá del plan contratado y está establecido en las Condiciones Particulares que forman parte integral de la póliza.

La prestación de beneficios de la presente póliza está delimitada a una red de proveedores afiliados a LA COMPAÑÍA. El ASEGURADO deberá tomar en cuenta

que:

- a. Deberá notificar a LA COMPAÑÍA antes de comenzar cualquier tratamiento
- b. Toda hospitalización y tratamiento deberá realizarse en un hospital dentro de la red.
- c. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de la red de proveedores, excepto en los casos como se especifica bajo la condición Tratamiento Médico de Emergencia detallado en el Artículo 5.6.

La información sobre la red de proveedores se encuentra disponible en la URL: [HTTPS:// www.bupasalud.com/red-de-salud](https://www.bupasalud.com/red-de-salud).

ARTÍCULO 4º: REQUISITO DE NOTIFICAR A LA COMPAÑÍA

En el caso de atenciones medicas programadas, para acceder a la modalidad de servicio bajo credito, y si asi se encuentra indicado en la TABLA DE BENEFICIOS es necesario que el ASEGURADO notifique a LA COMPAÑÍA, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico para la coordinacion de la prestacion entre LA COMPAÑIA y el proveedor elegido por EL ASEGURADO dentro de la red de proveedores afiliados al plan. EL ASEGURADO tambien puede acceder al servicio bajo modalidad de reembolso, para lo cual podra solicitar el reembolso de los gastos asumidos de manera particular aplicandose eel DEDUCIBLE y COASEGURO indicados en las CONDICIONES PARTICULARES de la poliza para todos los gastos cubiertos relacionados con la solicitud de cobertura, y en base a los costos UCR de la zona geografica en la que se presto el servicio.

El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de los siete (7) dias siguientes del inicio de dicho tratamiento. En caso de accidente, es obligación del ASEGURADO notificar a LA COMPAÑÍA en el curso de los siete (7) días, siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, según corresponda, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación de la solicitud de cobertura o la aplicación de los costos que hubiera tenido LA COMPAÑÍA en caso de haberse notificado el accidente a tiempo

En caso que EL ASEGURADO no notifique a LA COMPAÑÍA su atención médica dentro de los plazos estipulados en el párrafo anterior, EL ASEGURADO podrá solicitar el reembolso de los gastos asumidos de manera particular aplicándose el DEDUCIBLE y COASEGURO indicados en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA para todos los gastos cubiertos relacionados con la solicitud de cobertura, y en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se prestó el servicio. Adicionalmente, en caso de accidente serio, no corresponderá la eliminación del DEDUCIBLE si el ASEGURADO no realiza la notificación según lo estipulado previamente.

ARTÍCULO 5º: BENEFICIOS, GASTOS CUBIERTOS

El término "Gastos Cubiertos" que se emplea en esta Póliza, se refiere a los gastos en los que incurra el ASEGURADO fuera del Perú, en los países donde el plan elegido

brinde cobertura según lo detallado en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, 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.

La presente póliza contempla un DEDUCIBLE global el cual debe ser cubierto en su totalidad antes que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS. Todos los beneficios están sujetos al deducible correspondiente, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

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:

5.1. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

- Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.
- Antes de utilizar la red de prestadores en el extranjero usted deberá notificar a LA COMPAÑÍA antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Toda hospitalización y tratamiento deberá realizarse en un hospital dentro de la red de proveedores. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de la red de proveedores, excepto en los casos que se especifican bajo la condición de Tratamiento Médico de Emergencia, tal como se indica en el artículo 5.6.
- Al utilizar el sistema de crédito hospitalario, el paciente deberá cancelar al centro Asistencial, en el momento del alta, los importes correspondientes al COASEGURO, DEDUCIBLE y gastos no cubiertos.
- La lista de hospitales y médicos en la red de proveedores está disponible en www.bupasalud.com/red-de-salud,
- Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento deberá ser coordinado previamente por el ASEGURADO con el equipo de LA COMPAÑÍA.
- Para el otorgamiento de la cobertura por hospitalización se aplica el Artículo 6° del presente documento relacionado a los procedimientos y diagnósticos sujetos al Periodo de Carencia y Espera.

5.1.1. SERVICIOS HOSPITALARIOS

- i. Habitación estándar, individual con baño propio, alimentación, incluyendo

- dietas especiales y cuidados normales en un Hospital o Clínica, legalmente establecida.
- ii. Sala de operaciones, sala de recuperación, sala de cuidados intensivos, radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, tomografías, ecografías, resonancias magnéticas, exámenes especializados, análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopos radioactivos, enyesado, entablillado, vendas.
 - iii. Equipos, aparatos y dispositivos médicos, siempre que el médico tratante certifique que tales auxilios son imprescindibles para la recuperación del paciente.
 - iv. Otros servicios que tengan directa relación con el tratamiento médico.

5.1.2. HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA

Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudantía o administración de anestesia. Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

- Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables (En adelante UCR) para el procedimiento o,
- Tarifas especiales establecidas por LA COMPAÑÍA para un área o país determinado.

5.1.3. MEDICAMENTOS POR RECETA

Los medicamentos por receta prescritos durante una hospitalización están cubiertos como se indican en la TABLA DE BENEFICIOS.

5.2. GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS

5.2.1. CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

5.2.2. SERVICIOS AMBULATORIOS

- a. Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b. 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. Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

5.2.3. MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza, así como aquellos medicamentos

recetados para tratamiento ambulatorio o que no requiera hospitalización, relacionados a una condición médica cubierta por esta póliza, están cubiertos como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS. Se deberá incluir con la solicitud de cobertura una copia de la receta del médico que atiende al ASEGURADO

5.2.4. FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Las sesiones de fisioterapia y servicios de rehabilitación están cubiertas como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS y deberán ser aprobadas con anticipación. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas, tales como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días u horas.

5.2.5. ATENCIÓN MÉDICA EN EL LUGAR DE HOSPEDAJE: La atención médica proporcionada en el extranjero, en el lugar donde se esté hospedando, está cubierta de acuerdo a lo indicado en las CONDICIONES PARTICULARES DE PÓLIZA, y deberá ser aprobada con anticipación. Es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento para obtener cada aprobación.

5.2.6. CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO ANUAL: El examen de salud general o chequeo médico preventivo es un examen integral, usualmente anual, y que consiste en la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios para detectar precozmente aquellas enfermedades prevenibles o controlables y reducir el riesgo asociado a ellas. El chequeo médico preventivo anual puede incluir procedimientos de diagnóstico.

5.2.7. VACUNAS: LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas cuando el ASEGURADO se encuentre en el extranjero, incluyendo vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.

5.2.8. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

5.3. EVACUACION MÉDICA

5.3.1. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) está cubierto como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS solamente si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana con la infraestructura requerida

para proveer el nivel de atención médica requerida deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Transporte por ambulancia aérea:

- a. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por LA COMPAÑÍA.
- b. El ASEGURADO se compromete a mantener a LA COMPAÑÍA, y a cualquier otra compañía afiliada con la COMPAÑÍA por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.

Si el ASEGURADO es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el ASEGURADO fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser preaprobados y coordinados por LA COMPAÑÍA.

5.3.2. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el ASEGURADO fallezca fuera de su país de residencia, LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del ASEGURADO. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con LA COMPAÑÍA.

5.4. CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

Las condiciones congénitas y/o hereditarias están cubiertas como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS. El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual. 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. Este beneficio no contempla la restitución de suma asegurada.

5.5. TRATAMIENTOS ESPECIALES Y MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS

Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente

especializados y de alto costo, están cubiertos, siempre y cuando sean **preaprobados y coordinados** con anticipación con LA COMPAÑÍA. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente a LA COMPAÑÍA, estos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable (UCR) al que hubiese incurrido LA COMPAÑÍA.

5.6. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización)

La póliza cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de la red de proveedores cuando la vida o integridad física del ASEGURADO se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a LA COMPAÑÍA, tal como se indica en Artículo 4.

Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red de proveedores relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el ASEGURADO hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red

5.7. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Se proporciona cobertura para los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los treinta (30) días siguientes al accidente.

5.8. DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL POR ACCIDENTE

Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por LA COMPAÑÍA. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

5.9. CONDICIONES PREEXISTENTES

En los casos de ASEGURADOS nuevos o en los que haya transcurrido más del plazo máximo desde el cese o fin de cobertura del seguro médico con cobertura internacional previo de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 7 del presente documento, y como complemento de lo indicado en el artículo 29° de las Cláusulas Generales de Contratación aplicables a los Seguros de Asistencia Médica, las condiciones preexistentes se clasifican en dos categorías:

- a. Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:
 - i. Estarán cubiertas después de un período de espera de treinta (30) días cuando el ASEGURADO haya estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.
 - ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el ASEGURADO presente síntomas, signos, o tratamiento en cualquier

momento durante el período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.

- b. Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del ASEGURADO

5.10. PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

Este beneficio comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico tratante, ha sido certificada por una segunda opinión quirúrgica, y ha sido confirmada por LA COMPAÑÍA.

Este beneficio incluye:

- a. Los gastos médicos relacionados con el trasplante, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:
 - córnea
 - intestino delgado
 - riñón
 - riñón/páncreas
 - hígado
 - corazón
 - pulmón
 - corazón/pulmón
 - médula ósea
- b. Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del ASEGURADO para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del ASEGURADO para el procedimiento de trasplante.
- c. Reconocimiento médico prequirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- d. Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical.
- e. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales.
- f. La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia,

medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.

- g. El cuidado post-operatorio, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- h. Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado

5.11. VIH/SIDA

LA COMPAÑÍA cubrirá, hasta el límite definido en las CONDICIONES PARTICULARES la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.

5.12. TRATAMIENTO DEL CÁNCER

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.

5.13. SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Si un cirujano ha recomendado que el ASEGURADO sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el ASEGURADO debe notificar a LA COMPAÑÍA por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si LA COMPAÑÍA considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por LA COMPAÑÍA. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por LA COMPAÑÍA. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, LA COMPAÑÍA también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el ASEGURADO y LA COMPAÑÍA. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta PÓLIZA.

5.14. CONTRIBUCIONES AL DEDUCIBLE INTERNACIONAL

Si EL ASEGURADO ha incurrido en gastos médicos con una póliza local (DEDUCIBLES, COPAGOS o COASEGUROS) por el mismo diagnóstico y/o tratamiento por el cual requiera la atención en el extranjero, en un plazo máximo de 30 días, dichos gastos serán reconocidos únicamente para efectos de ser

descontados del DEDUCIBLE internacional que corresponda según las CONDICIONES PARTICULARES DE PÓLIZA.

5.15. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS

La presente póliza brinda cobertura para enfermedades epidémicas y pandémicas, y sus complicaciones y secuelas según la modalidad de atención, sea hospitalaria o ambulatoria, hasta los sublímites máximos indicados para esta cobertura en la CONDICIONES PARTICULARES DE PÓLIZA y luego de cubierto el deducible agregado anual. **El presente beneficio excluye la contribución de gastos locales al deducible internacional especificados en el Artículo 5°, numeral 5.14 de la Condiciones Generales del seguro de Asistencia Médica Internacional. Esta cobertura no aplica para atenciones y gastos médicos por COVID-19**

5.16. COVID-19

La presente póliza brinda cobertura para el diagnóstico de COVID-19, y sus complicaciones y secuelas según la modalidad de atención, sea hospitalaria o ambulatoria, hasta los sublímites máximos indicados para esta cobertura en la CONDICIONES PARTICULARES DE PÓLIZA y luego de cubierto el deducible agregado anual. **El presente beneficio excluye la contribución de gastos locales al deducible internacional especificados en el Artículo 5°, numeral 5.14 de la Condiciones Generales del seguro de Asistencia Médica Internacional.**

Lo dispuesto en el presente artículo prevalece respecto a lo indicado en las Cláusulas Generales de Contratación aplicables a los Seguros de Asistencia Médica.

ARTÍCULO 6°: PERIODOS DE ESPERA

6.1. PERÍODO DE ESPERA GENERAL

Esta póliza contempla un periodo de espera general de treinta (30) días, durante el cual solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este periodo, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este periodo. Algunos beneficios también contemplan periodos de espera específicos, los cuales están estipulados en la TABLA DE BENEFICIOS.

6.2. PERIODO DE ESPERA ESPECÍFICO

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. Todo diagnóstico o enfermedad manifestada durante este periodo sí estará sujeta a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como periodo 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.

El detalle de las enfermedades o procedimientos a los cuales aplican periodos de espera específicos y la cantidad de meses de duración de los mismos, se encuentra detallado en la TABLA DE BENEFICIOS.

6.3. EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL

LA COMPAÑÍA exonerará los periodos de espera cuando:

- a. El ASEGURADO tuvo contratado un seguro médico con cobertura y beneficios similares en el extranjero y registrado en el sistema asegurador peruano.
- b. No haya transcurrido más de 120 días desde el cese o fin de cobertura del seguro médico previo, sea este individual o colectivo.
- c. El ASEGURADO ha informado sobre la cobertura anterior en la SOLICITUD de seguro de salud.
- d. No se consideran aquellas enfermedades pre-existentes que no gozaran de cobertura bajo el seguro anterior.

La exoneración de los periodos de espera sólo aplica para las coberturas disponibles en el seguro médico previo.

ARTÍCULO 7º: 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 en el extranjero 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 específicamente 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 8º: GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUIDOS

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, excepto cuando la cobertura esté especificada en la TABLA DE BENEFICIOS:

8.1. GASTOS MÉDICOS EN EL PERÚ: todo gasto médico incurrido dentro del territorio peruano, salvo lo indicado en el Artículo 5.14.

8.2. GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

- a. Que no sea médicamente necesario, o
- b. Para un ASEGURADO que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
- c. Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
- d. Que está relacionado con el cuidado asistencial, o
- e. Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo, pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.

8.3. LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio ASEGURADO o un tercero a solicitud del ASEGURADO, suicidio (a excepción de la cobertura de repatriación de restos una vez transcurridos 2 años de aseguramiento ininterrumpido), suicidio fallido, u ocasionadas por culpa grave del ASEGURADO por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores

En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el ASEGURADO esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

8.4. LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el ASEGURADO TITULAR o sus DEPENDIENTES participe directamente o que sean derivados por riñas en las

que el asegurado haya sido el provocador.

8.5. EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.6. MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, tratamiento naturopático u homeopático, medicamentos naturopáticos u homeopáticos, acupuntura y cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.7. TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días desde la fecha efectiva de la póliza, salvo por lo indicado en el Artículo 6.3.

8.8. CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el ASEGURADO cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc).

8.9. CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta póliza.

8.10. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL: Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad competente en el país donde se suministre el tratamiento.

8.11. TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES: Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el ASEGURADO tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que han sido puestos bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

8.12. DESÓRDENES DE LA CONDUCTA: Desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.13. GASTOS QUE EXCEDAN EL GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y

RAZONABLE (UCR): Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

8.14. COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS: El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales.

8.15. TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o cuando el primer gasto ocurre después de treinta (30) días de la fecha de un accidente cubierto.

8.16. LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES: Tratamiento de lesiones que resulten mientras el ASEGURADO preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

8.17. VIH/SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo y enfermedades relacionadas con el SIDA, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.18. ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL: La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por LA COMPAÑÍA.

8.19. TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO: Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier ASEGURADO bajo esta póliza.

8.20. MEDICAMENTOS SIN RECETA: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como tampoco lo siguiente:

- Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
- Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a ASEGURADOS con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.
- Supositorios de progesterona.
- Dispositivos, aparatos o sueros terapéuticos inyectables, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles
- El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año

después de cuando se prescribió la última receta.

- Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos.
- Medicamentos administrados en el mismo momento y lugar donde se prescribió la receta médica.
- Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.
- Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.
- Los medicamentos o vacunas para prevenir alergias.
- Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, aunque haya sido recetado para propósitos no-anticonceptivos.

8.21. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por LA COMPAÑÍA.

8.22. ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre u otro tipo de tejido o célula, excepto sangre de cordón umbilical cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

8.23. TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

8.24. EXÁMENES Y CERTIFICADOS MÉDICOS: Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del ASEGURADO para trabajar o viajar, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.25. TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS. Los gastos asociados con cirugía bariátrica están cubiertos tal como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos.

8.26. TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

8.27. CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo, pero no limitado a impotencia, inadecuaciones y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente. Los diagnósticos de cáncer de cuello uterino o bronquial como consecuencia del Virus de Papiloma Humano (VPH) no están comprendidos en la presente exclusión y serán cubiertos según el beneficio de Tratamiento del Cáncer detallado en LA TABLA DE BENEFICIOS

8.28. TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo, pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.

8.29. EMBARAZOS: Todo tratamiento o servicio a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo y sus complicaciones.

8.30. ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

8.31. CUIDADO PODIÁTRICO: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de los pies, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.32. TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo, pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.33. PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Cualquier gasto relacionado con procedimientos de trasplante, incluyendo, pero no limitado al trasplante de órganos, células o tejidos humanos, artificiales o animales, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

8.34. ACTIVIDADES O DEPORTES PELIGROSOS: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de la práctica activa, ya sea por compensación o como profesional, excepto cuando se especifique cobertura en LA TABLA DE BENEFICIOS, 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'.

8.35. CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:

- - ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
 - ha participado activamente, o
 - ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

8.36. ACTOS NEGLIGENTES: Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

8.37. PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o dolencia y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico, o se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

ARTÍCULO 9º: ATENCIÓN DE SINIESTROS

9.1. PRINCIPIO INDEMNIZATORIO

LA COMPAÑÍA cubrirá los costos de los servicios clínicos y médicos en el extranjero (según lo detallado en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza), 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 EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO haya cumplido con las cargas y obligaciones asumidas, las cuales se indican en el artículo 11° del presente Condicionado General. En ningún caso la indemnización dará lugar a ganancias a favor del ASEGURADO.

9.2. DIAGNÓSTICO

Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

9.3. DEDUCIBLE

- a. Todos los ASEGURADOS bajo la póliza están sujetos al pago de un deducible fuera del país de residencia, por cada año póliza, según el plan seleccionado por CONTRATANTE. Cuando corresponda, la cantidad del deducible pertinente es aplicada por ASEGURADO, por año póliza, antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al ASEGURADO.
- b. En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.
- c. Para acceder al beneficio de exoneración de deducible detallado en el inciso b), el ASEGURADO debe notificar el accidente a LA COMPAÑÍA en el curso de los primeros siete (7) días a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro. No corresponderá la eliminación del deducible si el ASEGURADO no notifica como se establece previamente.

9.4. PRUEBA DE SINIESTRO:

- a. El ASEGURADO deberá someter prueba escrita del siniestro, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a través del portal Mi Bupa en www.bupasalud.com, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio.
- b. En caso que LA COMPAÑÍA necesite información para aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la información presentada y solicitada en la Póliza, tendrá los primeros veinte (20) días de los treinta (30) que tiene la COMPAÑÍA para aprobar o rechazar el siniestro o gestionarlos

por cuenta propia, siempre que sean necesarios para la evaluación de su cobertura. Asimismo, con referencia a dichas aclaraciones o precisiones adicionales, LA COMPAÑÍA podrá exigir que los certificados se extiendan notarialmente legalizados.

- c. En caso que el ASEGURADO no esté de acuerdo con lo determinado por LA COMPAÑÍA en relación a alguna solicitud de cobertura atendida, tendrá hasta ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de emisión de la liquidación de beneficios para presentar la solicitud de reconsideración.
- d. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la solicitud de cobertura. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las solicitudes de cobertura presentadas.
- e. En el caso de las solicitudes de coberturas relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren las copias de los siguientes documentos para revisión: informes policiales, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología.
- f. La solicitud de reembolso se puede solicitar en el portal Mi Bupa en www.bupalud.com,
- g. La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos será determinada según la fecha de prestación del servicio (primer día del servicio), utilizando las tasas de referencia de la web www.oanda.com excepto en Guatemala donde se utilizará la tasa de referencia del Banco Central de dicho país. Adicionalmente, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento.
- h. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, se deberá validar que los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, son solteros, presentando la copia del Documento de Identidad.

9.5. PAGO DE SINIESTRO

LA COMPAÑÍA tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, LA COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO TITULAR la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y LA COMPAÑÍA y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del ASEGURADO. En caso de que el ASEGURADO TITULAR fallezca, LA

COMPAÑÍA pagará cualquier beneficio pendiente de pago al/los beneficiarios(s) o heredero(s) legal(es) del ASEGURADO TITULAR.

LA **COMPAÑÍA** deberá recibir la información médica y no médica requerida, según lo señalado en el literal b del numeral 9.4, para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al ASEGURADO TITULAR.

Ni LA **COMPAÑÍA**, ni ninguna de sus filiales, subsidiarias o administradores y prestadores de servicio pertinentes relacionados participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de la República del Perú y de los Estados Unidos de América.

9.6. EXÁMENES FÍSICOS

Durante el proceso de una solicitud de cobertura, antes de que se llegue a una conclusión, LA **COMPAÑÍA** se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier ASEGURADO cuya enfermedad o lesión sea la base de la solicitud de cobertura y que responden a precisiones y/o aclaraciones de la documentación anteriormente presentada, en un plazo máximo de veinte (20) días dentro del plazo de treinta (30) días para resolver la solicitud de cobertura, corriendo los gastos a cargo de LA **COMPAÑÍA**.

9.7. OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN

El ASEGURADO debe proporcionar a LA **COMPAÑÍA** todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite LA **COMPAÑÍA** en un plazo máximo de (20) días dentro del plazo de treinta (30) días para resolver la solicitud de cobertura, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que LA **COMPAÑÍA** obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con LA **COMPAÑÍA**, o el no autorizar el acceso de LA **COMPAÑÍA** a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una solicitud de cobertura sea denegada por caducidad por incumplimiento de una carga por parte del ASEGURADO.

En caso de incumplimiento del ASEGURADO por dolo o culpa inexcusable, LA **COMPAÑÍA** se libera de otorgar la cobertura, si éste influyó en la extensión de la obligación asumida. Asimismo, en caso de culpa leve del ASEGURADO, la cobertura se reducirá de manera proporcional a la agravación del siniestro consecuencia del incumplimiento.

9.8. 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.

9.8.1. 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.

9.8.2. 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.

9.9. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del ASEGURADO a quien ha pagado una solicitud de cobertura, cuando el ASEGURADO haya recobrado todo o parte de dicho pago correspondiente a gastos de asistencia médica de una tercera entidad. Además, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de proceder en nombre del ASEGURADO, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de solicitar la cobertura de esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar una indemnización de beneficios por cualquier solicitud de cobertura de esta póliza.

Artículo 10º: CARGAS DEL ASEGURADO

10.1. 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

10.2. 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.

10.3. 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. Asimismo, serán considerados como gastos reembolsables por parte de LA COMPAÑÍA, aquellos en los que haya incurrido EL ASEGURADO de forma razonable con el fin de evitar o disminuir el daño del siniestro, aún cuando hayan sido infructuosos.

Artículo 11º: PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

En caso el ASEGURADO requiera una atención en el extranjero debe comunicarse con LA COMPAÑÍA a través del portal Mi Bupa en www.bupalud.com como mínimo setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier servicio médico para pre-autorizar su atención. La pre-autorización

permite:

- Ayudar al ASEGURADO a entender y coordinar sus beneficios
- Identificar el mejor tratamiento y servicio médico
- Coordinar el pago directo con los hospitales y clínicas en el extranjero y reducir recargos y gastos médicos innecesarios.

11.1. ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA O QUIRÚRGICA

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica en el extranjero debe tramitar su solicitud de pre-autorización a través de Mi Bupa en www.bupasalud.com, con por lo menos setenta y dos (72) horas de anticipación a la fecha prevista de la cita, incluyendo la siguiente información:

- La condición/síntomas que se están tratando
- El tratamiento propuesto
- El nombre del médico que hace la referencia médica
- El médico y hospital a donde prefiere ir
- Copia simple de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición

Para proceder con la autorización, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente o ASEGURADO toda la información del evento médico, incluyendo los honorarios médicos y resultados de los estudios. En algunos casos podrá ser requerido dentro del plazo de setenta y dos (72) horas, el envío de información adicional para la aprobación.

Una vez LA COMPAÑÍA cuente con toda la información:

- Verificará la vigencia de la póliza
- Verificará que la condición y tratamiento cumpla con los requisitos estipulados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.
- Confirmará la cobertura con el médico y el hospital

Si el caso es procedente, LA COMPAÑÍA enviará en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas desde la recepción de toda la información, la autorización al proveedor de servicios médicos en el extranjero, el ASEGURADO será responsable del pago del DEDUCIBLE Y COASEGURO de acuerdo a lo estipulado por la póliza. LA COMPAÑÍA realizará el pago directamente al proveedor de servicios médicos en el extranjero.

En caso que EL ASEGURADO no notifique a LA COMPAÑÍA su atención médica en la Red de Proveedores, dentro de los plazos estipulados en el artículo 4° de las Condiciones Generales, EL ASEGURADO podrá solicitar el reembolso de los gastos asumidos de manera particular, aplicándose el DEDUCIBLE y COASEGURO indicados en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA para todos los gastos cubiertos relacionados con la solicitud de cobertura, y en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se prestó el servicio. Adicionalmente, en caso de accidente serio, no corresponderá la eliminación del DEDUCIBLE si el ASEGURADO no realiza la notificación según lo estipulado en el artículo 4°.

11.2. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

El ASEGURADO deberá dirigirse inmediatamente a la clínica o centro médico de emergencia más cercano en la localidad en la que se encuentre en el extranjero, inmediatamente ocurrida la emergencia, para ser atendido.

Es obligación del ASEGURADO notificar a LA COMPAÑÍA dentro del plazo de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio, según corresponda, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. Cuando el ASEGURADO, debido a culpa leve, incumpla con la obligación de dar aviso oportuno del siniestro y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, esta se reserva el derecho de reducir la indemnización de forma proporcional al perjuicio que haya sufrido, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

Si el incumplimiento del ASEGURADO de dar aviso oportuno del siniestro obedece a dolo o culpa inexcusable, pierde el derecho a ser indemnizado.

En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente. Para tener el beneficio de exoneración de deducible, el ASEGURADO debe notificar el accidente a LA COMPAÑÍA en el curso de los primeros siete (7) días de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el ASEGURADO no notifica como se establece previamente.

11.3. TERAPIA FISICA O REHABILITACION DESPUES DE UNA CIRUGIA

En caso el ASEGURADO requiera una atención por terapia física o rehabilitación después de una cirugía en el extranjero debe tramitar su solicitud de pre-autorización a través del portal Mi Bupa en www.bupasalud.com, con por lo menos setenta y dos (72) horas de anticipación a la fecha prevista de la cita, incluyendo la siguiente información:

- El plan para la terapia, que debe incluir cuántas sesiones terapéuticas son necesarias y cuál es el progreso que se espera alcanzar
- El terapeuta que estará consultando

Para proceder con la autorización, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente o ASEGURADO toda la información del evento médico incluyendo un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. En algunos casos podrá ser requerido dentro del plazo de setenta y dos (72) horas desde la recepción de la solicitud de pre-autorización emitido por LA COMPAÑÍA o el centro médico, el envío de información adicional para la

aprobación, pudiendo LA COMPAÑÍA solicitar aclaraciones sobre la información adicional presentada, dentro de un plazo máximo de veinte (20) días contados desde la recepción de la información que requiere la póliza.

Una vez LA COMPAÑÍA cuente con toda la información:

- Verificará la vigencia de la póliza
- Verificará que la condición y tratamiento cumpla con los requisitos estipulados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.
- Confirmará la cobertura con el médico y el hospital

Si el caso es procedente, LA COMPAÑÍA enviará en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas desde la recepción de toda la información, la autorización al proveedor de servicios médicos en el extranjero, el ASEGURADO será responsable del pago del deducible de acuerdo con lo estipulado por la póliza. LA COMPAÑÍA realizará el pago directamente al proveedor de servicios médicos en el extranjero. El proveedor de servicios médicos enviará la factura posteriormente.

En caso que EL ASEGURADO no notifique a LA COMPAÑÍA su atención médica en la Red de Proveedores, dentro de los plazos estipulados en el artículo 4º, EL ASEGURADO podrá solicitar el reembolso de los gastos asumidos de manera particular, aplicándose el DEDUCIBLE y COASEGURO indicados en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA para todos los gastos cubiertos relacionados con la solicitud de cobertura, y en base a los costos UCR de la zona geográfica en la que se prestó el servicio.

11.4. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Si se encuentra estipulado en la TABLA DE BENEFICIOS, LA COMPAÑÍA pagará los gastos derivados del tratamiento en la red de proveedores de centros de atención de urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia urgente pero no grave, cubierta bajo la póliza.

- La red de proveedores de centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia se encuentra disponible en www.bupasalud.com/red-de-salud,
- EL ASEGURADO debe buscar proveedores con la denominación “Urgent care/Center/Facility”
- EL ASEGURADO debe comunicarse con la central de emergencias internacionales de LA COMPAÑÍA cuyos números encontrará en su carné de seguro.
- EL ASEGURADO deberá brindar su nombre, fecha de nacimiento, número de póliza, nombre del centro de urgencia elegido, dirección y teléfono. LA COMPAÑÍA validará la cobertura.
- EL ASEGURADO deberá presentar su carné de seguro en el centro de atención de urgencias y pagar el copago correspondiente para recibir atención.

11.5. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

En caso de una evacuación médica de emergencia, las coordinaciones se realizarán a través de nuestra central de asistencia al número que figura en las **CONDICIONES PARTICULARES** de la póliza, **LA COMPAÑÍA** proporcionará aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Estos servicios se brindan las veinticuatro (24) horas del día los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

ARTÍCULO 12º: 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 13º: 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 14º: MONEDA

14.1. 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.

14.2. Conversión Legal: No obstante, en caso que la legislación limitara o restringiera la libre disposición y/o tenencia de moneda extranjera, la póliza quedará automáticamente convertida a moneda nacional, ajustándose la suma asegurada y demás obligaciones, al tipo de cambio 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

En este caso, **LA COMPAÑÍA** notificará a **EL CONTRATANTE** sobre este cambio, y será responsabilidad exclusiva de **EL CONTRATANTE y/o TITULAR** mantener actualizada su cobertura, solicitando oportunamente el incremento de la suma asegurada.

ARTÍCULO 15º: 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 los países o territorios cubiertos por la póliza, detallados en la CONDICIONES PARTICULARES, 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 16º: 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/> 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.





SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL TRÉBOL SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL: A. DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL US\$5,000

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1.- Cobertura

La presente cláusula contempla la asignación de un DEDUCIBLE global de US\$ 5,000 para atenciones en el extranjero que debe ser cubierto en su totalidad antes de que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS. Todos los beneficios están sujetos a la aplicación de este DEDUCIBLE, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS

2.- Procedimiento en caso de siniestro

- a. Todos los ASEGURADOS bajo la póliza están sujetos al pago de este DEDUCIBLE fuera del país de residencia, por cada año póliza. Cuando corresponda, la cantidad del DEDUCIBLE pertinente es aplicada por ASEGURADO, por año póliza, antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al ASEGURADO.
- b. En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún DEDUCIBLE por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.
- c. Para acceder al beneficio de exoneración de DEDUCIBLE detallado en el inciso b), **el ASEGURADO debe notificar el accidente a LA COMPAÑÍA en el curso de los primeros diez (10) días de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el ASEGURADO no notifica como se establece previamente.** Cuando el ASEGURADO, debido a culpa

leve, incumpla con la obligación de dar aviso del siniestro en el plazo antes indicado y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, ésta podrá reducir la indemnización -hasta la concurrencia del perjuicio que sufrido-, salvo que la falta de aviso no haya influido en la verificación o determinación del siniestro.

- d. Si EL ASEGURADO ha incurrido en gastos médicos con una póliza local (DEDUCIBLES, COPAGOS o COASEGUROS) por el mismo diagnóstico y/o tratamiento por el cual requiera la atención en el extranjero, **en un plazo máximo de 30 días**, dichos gastos serán reconocidos únicamente para efectos de ser descontados del DEDUCIBLE internacional.

3. Exclusiones:

Las indicadas en el Art. 9 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global.





SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL TRÉBOL SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL: F. SALUD MENTAL

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. Cobertura:

Los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y las terapias se otorguen durante la estadía en el hospital. El ASEGURADO deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. **LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.**

2. Procedimiento en caso de siniestro:

El procedimiento en caso de siniestros forma parte integral del procedimiento para atenciones hospitalarias que se detalla en el Art. 12.1 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global.

3. Exclusiones:

Las indicadas en el Art. 9 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global, salvo las indicadas en los numerales 9.12 y 9.14.





SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL TRÉBOL SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL: G. MODIFICACIONES SOBRE LAS APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. Cobertura:

1. 1.1. La presente cláusula adicional contempla la inclusión de beneficios adicionales a lo estipulado en el **Artículo 10°, numeral 10.3.** de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional Trebol Salud Global según se detalla:

2. a) Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo equivalente a la suma de 2 deducibles individuales por año póliza. Todos los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los deducibles dentro y fuera del país de residencia. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al deducible por póliza han sido alcanzadas, la Aseguradora considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada asegurado por concepto de deducible.

b) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza en curso que sean utilizados para acumular al deducible agregado anual para dicho año póliza, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza (carry-over), siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza en curso. En caso de que el beneficio sea otorgado y posteriormente el asegurado presente siniestros o solicitudes de reembolso por gastos elegibles correspondientes a los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

1.2. Asimismo, la presente cláusula adicional reemplaza lo estipulado en el **Artículo 5º, numeral 5.14.** de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional.

a) Si el asegurado goza de cobertura bajo otra póliza de salud local que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza, los gastos incurridos en el Perú bajo la otra póliza de salud local que resulten cubiertos y elegibles bajo esta póliza, de acuerdo con los beneficios y limitaciones estipulados en la misma, serán reconocidos únicamente para efectos de ser descontados del deducible agregado anual que corresponda según las Condiciones Particulares de la Póliza.

b) El monto a ser descontado del deducible agregado anual no excederá el valor de los gastos incurridos por la Aseguradora local bajo la otra póliza de salud y, en cualquier caso, el descuento sólo aplicará sobre los beneficios cubiertos y elegibles por esta póliza.

c) El beneficio de carry-over estipulado en el numeral 1.1, inciso b) de la presente Cláusula Adicional, no será aplicable para este beneficio.

2. Procedimiento en caso de siniestro:

Para la aplicación del gasto del siniestro local al deducible agregado anual, se requiere la presentación de la copia simple de la Boleta de liquidación de siniestros emitida por la Aseguradora local que contenga como mínimo, la siguiente información:

- i. Diagnóstico
- ii. Fecha del servicio
- iii. Tipo de servicio o procedimiento detallado
- iv. Monto cubierto

3. Exclusiones:

Las indicadas en el artículo 8º de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global.





SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL TRÉBOL SALUD GLOBAL

CLÁUSULA ADICIONAL: I. EXTENSIÓN DE COBERTURA LOCAL

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. Cobertura:

La presente Cláusula Adicional modifica el Artículo 3 - COBERTURA GEOGRÁFICA de las Condiciones Generales del seguro principal, haciendo extensiva la cobertura geográfica al territorio de la República del Perú para los beneficios estipulados en el Artículo 5 - BENEFICIOS, GASTOS CUBIERTOS.

La cobertura local bajo la presente Cláusula Adicional está sujeta a lo estipulado en el Artículo 10 – ATENCIÓN DE SINIESTROS, numeral 10.1 - DEDUCIBLE, extendiendo la aplicación del deducible a atenciones médicas dentro del territorio de la República del Perú.

2. Procedimiento en caso de siniestro:

2.1. Procedimiento para atenciones vía crédito

Para atenciones médicas que requieran una pre-autorización, el ASEGURADO debe ingresar a cualquier proveedor dentro de la red de clínicas afiliadas a la COMPAÑÍA, indicadas en la URL <https://seguros.mapfre.com.pe/clinicas-afiliadas>, y presentar su DNI o documento de identidad.

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

pactar ni pagar honorarios adicionales. El proveedor médico se comunicará con EL ASEGURADO para informarle sobre el estado de la carta de garantía solicitada.

2.2. Procedimiento para atenciones vía reembolso

Para atenciones vía reembolso, aplican los procedimientos indicados en el Art. 10 – ATENCIÓN DE SINIESTROS, numeral 10.4 de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional.

LA COMPAÑÍA reconocerá los gastos normales y razonables, realizados dentro del territorio de la República del Perú, en que hubiese incurrido EL ASEGURADO a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la PÓLIZA, teniendo como referencia la Tarifa A + 200% de las Clínicas Particulares.

El plazo máximo para la emisión de una carta de garantía será de cinco (5) días contabilizados desde el ingreso de la solicitud por parte del proveedor, pudiendo LA COMPAÑÍA solicitar información ampliatoria dentro de dicho plazo. De ser el caso, una vez recibida la información adicional requerida, se contabilizarán nuevamente cinco (5) días para la evaluación y emisión de la carta de garantía.

3. Exclusiones:

Las indicadas en el artículo 8° de las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Médica Internacional Trébol Salud Global, a excepción del numeral 8.1 - GASTOS MÉDICOS EN EL PERÚ, el cual queda sin efecto.





SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL TRÉBOL SALUD GLOBAL

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- MONTO DE LA PRIMA

Prima mensual comercial:

2- VIGENCIA DEL SEGURO:

Vigencia desde: Hasta:

3- LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:

Ingresa 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
- Afiliándose 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. Armendáriz 345 Miraflores, Teléf. 213-7373 y Provincias al Teléf. 0801-1-1133, detalladas en nuestra página web <http://www.mapfre.com.pe/oficinas>

4- MEDIO Y PLAZO ESTABLECIDOS PARA EL AVISO DE SINIESTRO:

En caso de atenciones vía reembolso:

La solicitud de cobertura se realizará mediante el llenado y firma del formulario de solicitud de reembolso, enviado a través del portal Mi Bupa en <https://www.bupasalud.com>

El plazo máximo para la presentación de la solicitud de reembolso con el formulario y los comprobantes respectivos, será de 180 días calendarios contados desde la fecha en que se incurrió en los gastos por la enfermedad o dolencia, según lo señalado en el artículo 10.4 de las Condiciones Generales.

5- CANALES DE ORIENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO:

Ponemos a disposición del Asegurado y/o Contratante los siguientes canales de orientación:

- Las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en nuestra página web: <https://mapfre.com.pe/oficinas>
- Línea telefónica: 2133333
- WhatsApp MAPFRE: 999919133

6- LUGARES AUTORIZADOS POR LA EMPRESA PARA SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO:

En caso el ASEGURADO requiera una atención en el extranjero debe comunicarse con LA COMPAÑÍA a través del portal Mi Bupa en <https://www.bupasalud.com> **como mínimo setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier servicio médico para pre-autorizar su atención**, según lo establecido en el Artículo 11 de las Condiciones Generales.

En los casos de atención de reembolso, la solicitud de cobertura se realizará mediante el llenado y firma del formulario de solicitud de reembolso, enviado a través del portal Mi Bupa en <https://www.bupasalud.com>, **dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio**, según lo establecido en el Artículo 9.4 de las Condiciones Generales.

7- 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 COMPAÑÍA; podrán presentar consultas, reclamos y/o quejas 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, 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.mapfre.com.pe> 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, de ser el caso, nombre del producto/servicio afectado, así como una breve explicación, clara y precisa, del hecho reclamado y documentos que adjunta.
- “Libro de Reclamaciones Virtual”, que estará al alcance del consumidor o usuario, siendo asesorado por un Ejecutivo de Atención al Cliente en las oficinas de LA COMPAÑÍA a nivel nacional. Podrá adjuntar, de ser el caso documentos que sustenten su reclamo y/o queja.
- A través de la página web de MAPFRE PERU <http://www.mapfre.com.pe> enlazándose al link de “Libro de Reclamaciones” (Reclamos y/o Quejas).

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.

8- INSTANCIAS HABILITADAS PARA PRESENTAR RECLAMOS Y/O DENUNCIAS:

1. Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
Jr. Junín N° 270, Lima 01.
Teléfonos: 0800-10840 | (511) 200-1930
www.sbs.gob.pe
2. INDECOPI
Calle de la Prosa 104, San Borja
Teléfonos: 224 7777 (Lima) o 0800-4-4040 (provincias)
www.indecopi.gob.pe

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

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

10- **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.**

- 11- **PRINCIPALES RIESGOS CUBIERTOS**
- GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN.
 - GASTOS AMBULATORIOS CUBIERTOS.
 - EVACUACIÓN MÉDICA.
 - CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS.
 - TRATAMIENTOS ESPECIALES Y MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS
 - TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA
 - TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Adicionalmente las que se indican en el Artículo 5º de las Condiciones Generales.

12- **PRINCIPALES EXCLUSIONES**

- a. **GASTOS MÉDICOS EN EL PERÚ:** todo gasto médico incurrido dentro del territorio peruano, salvo lo indicado en el Artículo 5.14 de las Condiciones Generales.
- b. **GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS:** El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
- Que no sea médicamente necesario, o
 - Para un ASEGURADO que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
 - Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
 - Que está relacionado con el cuidado asistencial, o

- Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
 - Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo, pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.
- c. **LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS:** Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio ASEGURADO o un tercero a solicitud del ASEGURADO, suicidio, suicidio fallido, u ocasionadas por culpa grave del ASEGURADO por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.

En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el ASEGURADO esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

- d. **LESIONES POR RIÑAS:** Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el ASEGURADO TITULAR o sus DEPENDIENTES participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.
- e. **EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS:** Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

- f. **Adicionalmente las que se indican en el Artículo 8° de las Condiciones Generales.**

13- CONDICIONES DE ACCESO Y LIMITES DE PERMANENCIA EN LOS SEGUROS PERSONALES.

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

14- DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Según lo indicado en el Artículo 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.

15- DERECHO DE RESOLUCION DEL CONTRATO SIN EXPRESIÓN DE CAUSA

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

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

Contemplado en el Artículo 28° de las CLAUSULAS GENERALES DE CONTRATACIÓN.

17- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

El indicado en el artículo 11° de las Condiciones Generales.

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

