

SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN B

CODIGO SBS AE0746420004

SUMA ASEGURADA	BENEFICIO MÁXIMO POR PERSONA: US\$ 3,000,000
-----------------------	---

Atención Ambulatoria		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
Atención Ambulatoria	Clinicas a nivel Nacional	\$250/año	80%
COBERTURA INTERNACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
A través nuestra Central de Asistencia Internacional	Telf.: (51)-1-444-0606.	\$500/año	80%

Clinica Digital MAPFRE		Copago S/.	Cubierto al
Video consulta	Por Medicina general en el horario de atención de 7am a 7pm y Pediatría en el horario de atención de 9 am a 9 pm, todos los días del año. Incluye historia clínica electrónica y entrega de medicinas recetadas por el médico en modalidad de entrega o recojo en cadena afiliada. Acceso a través de la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE.	Sin Copago	90%
	Por Especialidades con reserva de cita online, dentro del horario de atención de lunes a sábados de 8am a 1pm y 2pm a 7pm según disponibilidad de la especialidad. Incluye historia clínica electrónica y entrega de medicinas bajo modalidad de entrega o recojo en cadena afiliada. Acceso a través de la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE.	Sin Copago	90%
Orientación Médica Telefónica	Asesoría médica por llamada a través de nuestro Call Center SI24 213-3333 (LIMA) / 0801-1-1133 (PROVINCIAS) para asesoría sobre temas relacionados con la salud del asegurado, así como la coordinación de otros servicios como médico a domicilio, ambulancias de ser necesario o programación de una video consulta con un especialista, sujeto a disponibilidad. Este servicio está disponible las 24 horas y 365 días del año.	Sin Copago	100%
Chat Médico	Asesoría médica por chat a través de nuestra plataforma web Portal Clientes o App MAPFRE disponible para IOS y Android, para asesoría sobre temas relacionados con la salud del asegurado, así como la coordinación de otros servicios como médico a domicilio, ambulancias de ser necesario o programación de una video consulta con un especialista sujeto a disponibilidad. Este servicio está disponible las 24 horas y 365 días del año.	Sin Copago	100%
Autoevaluador Médico	Asistente médico basado en Inteligencia Artificial para el triaje, el pre diagnóstico y el soporte a la decisión clínica. Esta herramienta se encuentra dentro de la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE.	Sin Copago	100%
Prueba de descarte COVID-19	Prueba de antígenos en los Centros Médicos Mapfre para descarte de COVID-19. Reserva de citas online desde la plataforma web Portal Clientes y en nuestra App MAPFRE.	S/ 50	100%

Atención de Hospitalización		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
Atención Hospitalaria	Clinicas a nivel Nacional	\$500/año	90%
COBERTURA INTERNACIONAL - CREDITO Y REEMBOLSO			
A través nuestra Central de Asistencia Internacional	Telf.: (51)-1-444-0606.	\$5,000/año	90%

Atención de los Servicios de Emergencia Ambulatoria		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL			
Emergencia Accidental Ambulatoria dentro de las primeras 48 horas En todas las clínicas afiliadas (Red 1, Red 2 provincias, Red 3, Red 4)		Sin deducible	100%
COBERTURA INTERNACIONAL			
A través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51)-1-444-0606		Sin deducible	100%

SEGURO MÉDICO FAMILIAR EL PREVISOR - PLAN B

CODIGO SBS AE0746420004

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)	Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL		
Después del 3er año hasta \$25,000.00 de por vida	Según cobertura	100%
Después del 6to año hasta \$100,000.00 de por vida		

Ambulancia Aérea hasta \$25,000.00	Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL		
Traslado sólo con aprobación de la compañía.	Sin deducible	100%
Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51) -1 - 444 -		

Transporte por Evacuación en el Perú	Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL		
Traslado en ambulancia y/o avión comercial por emergencia médica y/o accidental.	Sin deducible	100%
Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51) -1 - 444 -		

Asistencia en viajes	Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL		
En el Perú y en el extranjero	Sin deducible	100%
Límite de permanencia fuera del lugar de residencia 60 días		
Exclusivamente a través de nuestra Central de Asistencia Internacional. Telf.: (51)-1-444-0606		

COBERTURAS ASISTENCIA EN VIAJES	CARACTERISTICAS
a) Transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones o enfermedad	Traslado a centro hospitalario, o domicilio habitual
b) Transporte o repatriación de los asegurados acompañantes	Hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde el asegurado se encuentre
c) Desplazamiento y estancia de un familiar, en caso de que la hospitalización del asegurado fuera superior a 5 días	En el Perú: Gastos de transporte (ida y vuelta) + gastos de estadía = \$40 por En el extranjero: Gastos de transporte (ida y vuelta) + gastos de estadía = \$75
d) Desplazamiento del asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un familiar	Hasta el 2do. Grado de parentesco, hasta el lugar de inhumación; siempre que sea imposible hacerlo en el medio de transporte utilizado en dicho viaje
e) Asistencia sanitaria por lesión o enfermedad del asegurado en el	\$ 6,000 por viaje y por asegurado
f) Prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero	Gastos de Hotel: \$75 /día, máximo \$750
g) Transporte o repatriación del asegurado fallecido de los demás	Trámite y gastos de traslado del asegurado al Perú
h) Transmisión de mensajes urgentes	Relativos al evento que dio origen a las prestaciones
i) Envío de medicamentos urgentes fuera del Perú	Envío fuera del Perú sino es posible obtenerlos en el lugar donde se encuentre
j) Desplazamientos urgentes por la ocurrencia de siniestro en el domicilio permanente del asegurado	Por siniestro grave que requiera la presencia urgente del asegurado

COBERTURAS RELATIVAS A EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES	
Localización y transporte de los equipajes y efectos personales	Asesoría para la denuncia de robo o extravío, envío del equipaje
Suministro de fondos en caso de extravío del equipaje en vuelo regular	Luego de 24 horas de arribo a lugar de destino: \$ 150

AMBITO TERRITORIAL DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA	
En el Perú y en el extranjero	a), b), c), d), g), i)
Exclusivamente en el extranjero	e), h), j) : beneficios válidos por un período máximo de 60 días a partir de la fecha de inicio del viaje

Atención de Maternidad		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL			
Parto Natural, Césarea y Aborto no provocado, hasta \$4,000	En Clínicas Afiliadas (Pool A, Pool B, Pool C, Pool D)	Sin deducible	90%
COBERTURA INTERNACIONAL			
Parto Natural, Césarea y Aborto no provocado, hasta \$4,000	A través nuestra Central de Asistencia Internacional Telf.: (51) -1-444-0606.	Sin deducible	90%
Odontología		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL			
LIMA			
Por cada pieza dental tratada	CERDENT, MULTIDENT, CENTRO ODONTOLÓGICO SAN ISIDRO, CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO, DENTAL CARE, CENTRO ODONTOLÓGICO MONTEERRICO		0%
PROVINCIAS			
Por cada pieza dental tratada	CLINICA DENTAL CASO LAY (Chiclayo), CERDENT (Piura, Iquitos, Huancayo, Cusco, Arequipa), CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO (Cajamarca, Piura, Chiclayo, Trujillo, Huaraz, Huancayo, Cusco, Puno, Arequipa, Tacna, Pucallpa, Juliaca)	Desde S/.35	0%
COBERTURA INTERNACIONAL			
Hasta \$300 solo por accidentes / año	A través nuestra Central de Asistencia Internacional Telf.: (51) - 1 -444-0606.	Sin deducible	100%
Oftalmología		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL			
Examen completo de la vista	INSTITUTO OFTALMOLOGICO WONG, CONFIA INSTITUTO OFTALMOLOGICO OPELUCE, OMNIA VISIÓN OFTALMOVISION	Desde S/.45	0%
Enfermedades Congénitas hasta \$50,000 de por vida		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL			
Recien nacidos dentro de la cobertura de maternidad de la póliza. La cobertura tendrá efecto en		Sin deducible	100%
Transplante de Organos hasta \$3'000,000 con un máximo de \$500,000 al año		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL			
Gastos por concepto de hospitalización, cirugía y atención médica requeridos por transplante de :		Sin deducible	100%
Enfermedades Oncológicas		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL			
Gastos por concepto de atención ambulatoria y hospitalización en las clínicas afiliadas.		Según cobertura amb. , hosp. y pool de clínicas	Según cobertura amb. , hosp. y pool de clínicas
Material Quirúrgico Traumatológico Interno hasta \$2,000 no renovables		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL E INTERNACIONAL			
Gastos por concepto de material quirúrgico traumatológico interno.		Sin deducible	100%
Cheques Preventivos - Anual		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL - SOLO EN LIMA			
Evaluación: Clínica, exámenes auxiliares, ginecológica, cardiológica, oftalmológicas y odontológica. En Lima: Centro Médico Independencia, Clínica Vesalio, Clínica Montefiori, Centro Médico Jockey Salud Clínica Limatambo, Clínica Los Andes, Clínica Limatambo - Sede Minka		Sin deducible	100%
Consulta de Segunda Opinión por Cirugía		Deducibles	Cubierto al
SOLO COBERTURA NACIONAL			
Para todos los casos de cirugía electiva.		Sin deducible	100%
Gastos de Sepelio		Deducibles	Cubierto al
COBERTURA NACIONAL hasta \$5,000.00			
COBERTURA INTERNACIONAL hasta \$10,000.00			
Gastos por concepto de ataúd, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza y gastos administrativos con motivo de fallecimiento por enfermedad o accidente. Servicio de crédito a través de FUNERARIA MERINO o FINISTERRE . Comuníquese a nuestra Central de Asistencia SI24 para más información al Telef. 213-3333 .		Sin deducible	100%

**SEGURO MÉDICO FAMILIAR
EL PREVISOR - PLAN B**

CODIGO SBS AE0746420004

TARIFARIO ⁽¹⁾		
RANGO DE EDADES	PRIMA COMERCIAL ANUAL US\$	PRIMA COMERCIAL ANUAL US\$ + IGV
Hasta 30 años	\$1,254	\$1,254
De 31 a 35 años	\$1,320	\$1,320
De 36 a 40 años	\$1,609	\$1,609
De 41 a 45 años	\$1,807	\$1,807
De 46 a 49 años	\$2,097	\$2,097
De 50 a 55 años	\$2,926	\$2,926
De 56 a 60 años	\$3,771	\$3,771
De 61 a 65 años	\$5,670	\$5,670
De 66 a 74 años	\$8,466	\$8,466
1 Hijo	\$815	\$815
2 Hijos	\$1,644	\$1,644
3 Hijos	\$2,126	\$2,126
4 Hijos	\$2,478	\$2,478

Importante:

(1) Prima Comercial referencial en dólares sujeto a evaluación de antecedentes médicos, siniestralidad y criterios técnicos actuariales.

Las primas están sujetas a variación en el tiempo y podrán incrementarse en función a la proyección de gastos médicos.

OPCIONES DE FRACCIONAMIENTO DE PRIMA:

-Pago en 1 cuota sin interés, 4 cuotas trimestrales sin intereses, puede ser afiliado a cargo automático.

-Fraccionamiento con 2 cuotas semestrales y 10 cuotas (aplican intereses con una TEA 16.5%)

-Fraccionamiento en 12 cuotas obligatorio afiliación al cargo automático (aplican intereses con una TEA 16.5%)

PERIODICIDAD:

Renovación anual.

COMERCIALIZACIÓN:

Corredores, comisión de 10% sobre la prima comercial para nueva venta y renovaciones.